



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 26

Sayı/Number 2

Yıl/Year 2023

Sağlıkta Şiddete İlişkin Bir Çalışma

Hasan UĞURLU, Fatih ŞANTAŞ

Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: OECD Ülkeleri İçin Panel Veri Analizi

Jebağı Canberk AYDIN, Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR

Bir İl Hifzissihha Kurulunun Pandemi Döneminin İlk İki Yılında Aldığı Kararların Değerlendirilmesi

Çiğdem CERİT, Ahmet Önder PORSUK

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinde İş Stresinin İşten Ayrılma Niyetine Etkisi

Mesut TELEŞ

Knowledge and Attitudes of Surgeons on the Use and Stewardship of Prophylactic Antibiotics

Aysun KANDEMİR TÜRE, Bayram ŞAHİN

112 Çalışanlarında İş-Aile Çatışması, Tükenmişlik ve İş Yükü Fazlalığı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Fatih ÇINGİ, Gülcan ŞANTAŞ

Bibliometric Analysis of Nursing Homes Studies in the Framework of Health Management

Arzu KURŞUN

İstismarcı Yönetimin Negatif İşyeri Dedikodusuna Etkisinde Duygusal Öz Yeterliliğin Rolü

Ramazan ÇOBAN, Berat ÇİÇEK

COVID-19 Pandemisinde DUPONT Analizi ile Sağlık Sektörünün Finansal Performansının İncelenmesi

İrem KEFE

Hemşirelerde Samimi Davranışların İş Tatminiyle İlişkisinde Mutluluğun Aracı Rolü

Mehmet Ali TAŞ

Impact of e-Health Literacy and Cyberchondria Severity on Fear of COVID-19 in Turkish Society

Seda AYDAN, Gamze BAYIN DONAR, Gözde YEŞİLAYDIN, Nazan KARTAL

Tele-Tıp Uygulamalarının Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Kapsamında Değerlendirilmesi

Yılmaz ARIK



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 26

Sayı/Number: 2

2023

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 26 Sayı: 2 Yıl: 2023

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

Teknik Editör/ 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

Beyza YAPICI	Kübra SÜTCÜ
Birol YETİM	Nazan KARTAL
Büşra AKMAN	Şenol DEMİRCİ
Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI	Yasin ÇİLHORUZ
Furkan ŞAHİNBAŞ	

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

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

Gamze BAYIN DONAR

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

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

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

Yayın Türü:	Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
Yayının Yönetim Yeri:	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
Yayın Tarihi	23.06.2023

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	
Sağlıkta Şiddete İlişkin Bir Çalışma A Study on Violence in Health <i>Hasan UĞURLU, Fatih ŞANTAŞ</i>	305-334
Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: OECD Ülkeleri İçin Panel Veri Analizi Determinants of Health Expenditures: Panel Data Analysis for OECD Countries <i>Jebağı Canberk AYDIN, Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR</i>	335-352
Bir İl Hifzissihha Kurulunun Pandemi Döneminin İlk İki Yılında Aldığı Kararların Değerlendirilmesi Evaluation of the Decisions Taken by a Provincial Sanitary Board in the First Two Years of the Pandemic Period <i>Çiğdem CERİT, Ahmet Önder PORSUK</i>	353-362
Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinde İş Stresinin İşten Ayrılma Niyetine Etkisi The Effect of Work Stress on Turnover Intention among Health Staff in Primary Care <i>Mesut TELEŞ</i>	363-378
Knowledge and Attitudes of Surgeons on the Use and Stewardship of Prophylactic Antibiotics Cerrahların Profilaktik Antibiyotik Yönetimi ve Kullanımı ile İlgili Bilgi ve Tutumları <i>Aysun KANDEMİR TÜRE, Bayram ŞAHİN</i>	379-392
112 Çalışanlarında İş-Aile Çatışması, Tükenmişlik ve İş Yükü Fazlalığı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi Investigation of the Relations between Work-Family Conflict, Burnout and Excess Workload in the 112 Employees..... <i>Fatih ÇINGİ, Gülcan ŞANTAŞ</i>	393-424
Bibliometric Analysis of Nursing Homes Studies in the Framework of Health Management Huzurevi Konulu Çalışmaların Sağlık Yönetimi Çerçevesinde Bibliyometrik Analizi..... <i>Arzu KURŞUN</i>	425-438
İstismarcı Yönetimin Negatif İşyeri Dedikodusuna Etkisinde Duygusal Öz Yeterliliğin Rolü The Role of Emotional Self-Efficiency in the Effect of Abusive Management on Negative Workplace Gossip..... <i>Ramazan ÇOBAN, Berat ÇİÇEK</i>	439-460
COVID-19 Pandemisinde DUPONT Analizi ile Sağlık Sektörünün Finansal Performansının İncelenmesi The Financial Performance of the Healthcare Sector in the COVID-19 Pandemic: Evidence from Turkey <i>İrem KEFE</i>	461-478
Hemşirelerde Samimi Davranışların İş Tatminiyle İlişkinde Mutluluğun Aracı Rolü The Mediator Role of Happiness in the Relationship of Sincere Behavior and Job Satisfaction in Nurses <i>Mehmet Ali TAŞ</i>	479-494
Impact of e-Health Literacy and Cyberchondria Severity on Fear of COVID-19 in Turkish Society Türk Toplumunun e-Sağlık Okuryazarlık ve Siberkondri Düzeyinin Covid-19 Korkusu Üzerindeki Etkisi <i>Seda AYDAN, Gamze BAYIN DONAR, Gözde YEŞİLAYDIN, Nazan KARTAL</i>	495-510
Derleme	
Tele-Tıp Uygulamalarının Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Kapsamında Değerlendirilmesi Evaluation of Telemedicine Applications within the Scope of Healthcare Marketing <i>Yılmaz ARIK</i>	511-534

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIKTA ŞİDDETE İLİŞKİN BİR ÇALIŞMA*

Hasan UĞURLU**
Fatih ŞANTAŞ***

ÖZ


Bu çalışma, sağlık sektöründe görülen şiddetin Malatya ilinde hizmet veren bir kamu hastanesi özelinde incelenmesi, şiddetin yaygınlığının ortaya konulması, şiddete yönelik algının çalışanların kişisel ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma için veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Çalışmanın verileri, 08.03.2021-08.04.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Analiz yöntemi olarak tanımlayıcı istatistik yöntemleri ve Ki-kare analizi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında Malatya ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinden seçilen 334 sağlık çalışanına anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, katılımcıların %60,5'i meslek hayatları boyunca en az bir defa şiddet mağduru olduklarını belirtmiştir. En fazla görülen şiddet türü sözel/psikolojik şiddettir (%59,9). Şiddete en fazla hekimler (%70,7) ve hemşireler (%63,6) maruz kalmıştır. Sağlıkta şiddetin önlenmesi için eğitim önemli bir faktördür. Caydırıcı cezaların ve hukuki yaptırımların uygulanması faydalı olacaktır. Ayrıca yazılı ve görsel medyanın da bu doğrultuda kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta şiddet, sağlık çalışanları, hastane.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında, Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ danışmanlığında ve Hasan UĞURLU tarafından hazırlanan "Sağlıkta Şiddete İlişkin Bir Araştırma" (2020) başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

** Yüksek Lisans, Yozgat Bozok Üniversitesi LEE Sağlık Yönetimi ABD, hsngrl44@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3932-0442>

*** Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü. fatih.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

Gönderim Tarihi: 27.10.2022

Kabul Tarihi: 18.04.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Uğurlu, H. & Şantaş, F. (2023). Sağlıkta şiddete ilişkin bir çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 305-334

A STUDY ON VIOLENCE IN HEALTH *

Hasan UĞURLU **
Fatih ŞANTAS ***

ABSTRACT

This study was carried out to examine the violence in the health sector in a public hospital operating in Malatya, to reveal the prevalence of violence, and to determine whether the perception of violence changes according to the personal and demographic characteristics of the employees. Data were collected through a questionnaire. The data of the study were collected between 08.03.2021 and 08.04.2021. Descriptive statistics were computed, and Chi-square analyses were used. The questionnaire was applied to 334 health professionals at a public hospital operating in Malatya. Findings demonstrate that 60.5% of the participants have been a victim of violence at least once in their professional life. The most common type of violence is verbal/psychological violence (59.9%). Physicians (70.7%) and nurses (63.6%) were exposed to violence the most. Education is an important factor to prevent violence in health. It will be beneficial to apply deterrent penalties and legal sanctions. In addition, making use of written and visual media is recommended.

Keywords: Violence in health, healthcare professionals, hospital.


ARTICLE INFO

* This study has been derived from the dissertation titled "A study on violence in health" which has been written by Hasan UĞURLU at the Master Program of department of Health Management, Yozgat Bozok University, under the consultancy of Fatih SANTAS, Assoc. Dr.

** MSc, Yozgat Bozok University Department of Health Management, hsngrl44@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3932-0442>

*** Assoc. Prof., Yozgat Bozok University, Department of Health Management, fatih.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

Received: 27.10.2022

Accepted: 18.04.2023

Cite This Paper:

Uğurlu, H. & Şantaş, F. (2023). Sağlıkta şiddete ilişkin bir çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 305-334

I. GİRİŞ

Şiddet; sosyal bilim alanında sıklıkla ele alınan bir olgudur. Sosyolojide şiddet, sosyal kuramlar aracılığıyla şekillenen bir olgu olarak görülürken, psikolojide aynı kavram, bir davranış biçimi olarak açıklanmaya çalışılmaktadır. Freud, saldırganlık ve şiddet davranışlarının ortaya çıkmasını içgüdüsel bir davranış olarak değerlendirmiş ve bunu “ölüm içgüdü” olarak açıklamıştır. Ona göre insan, şiddet ve ölüm içgüdüüne doğuştan sahiptir ve bu nedenle şiddet içerikli davranışlar insan doğasının bir sonucudur (Taşdemir Afşar, 2015). Şiddet, ağır ve yıkıcı etkileri ile evde ya da sokakta, işyerlerinde, okullarda ve hatta sosyal platformlarda sürekli olarak kendini göstermektedir. İnsanlar savaş, katliam, terörizm ve işkence gibi şiddet öğelerine sürekli olarak maruz kalmaktadır. Doğrudan veya dolaylı şekilde maruz kalınan şiddet vakalarında mağdurlar değişiklik gösterse de şiddetin gün geçtikçe arttığı ve şiddet nedeniyle ölüm oranlarının yükseldiği kaçınılmaz bir gerçektir (De Zulueta 2006; Taşdemir Afşar, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2014 yılında yayınlanan raporda yılda ortalama 1,3 milyonun üzerinde insan, şiddet eylemlerine bağlı olarak yaşamını yitirmektedir. Bu rakam, dünyadaki tüm ölümlerin yaklaşık %2,5'ini oluştururken; 15-44 yaş arasında yer alan kişiler, bu ölüm vakalarından en çok etkilenen gruptur (WHO, 2014). 2022 verilerine göre ise yılda ortalama 1,4 milyon kişi şiddet nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu rakam yaklaşık olarak günde 3800'den fazla kişiye tekabül etmektedir ve şiddetin ciddi bir halk sağlığı ve insan hakları sorunu olduğunu göstermektedir (WHO, 2022). Ayrıca ölümlerle sonuçlanmayan ancak fiziksel yaralanma ya da psikolojik olarak zarar görme gibi sonuçlar doğuran şiddet vakaları azımsanamayacak derecede fazladır (Butchart ve Mikton, 2014).

Şiddetin iş alanlarına göre dağılımı incelendiğinde hizmet sektörü, eğitim sektörü, sosyal hizmet ve sağlık sektörü önde gelmekle birlikte sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına oranla şiddete uğrama açısından 16 kat daha fazla risk taşıdığı belirlenmiştir (Elliott, 1997; OSHA, 2016). Bu bakımdan şiddet olgusunun sağlık çalışanları açısından önemli bir problem olduğu ortadadır (Çınarlı ve Yücel, 2014). Yakın dönemde yapılan sistematik incelemeler ve DSÖ'nün Covid-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına uygulanan şiddeti kınaması, sağlıkta şiddet olgusunun dünya çapında bir problem olduğunu göstermektedir.

İşyerlerinde görülen şiddete yönelik araştırmalar, sağlık sektöründe görülen şiddet olaylarının diğer sektörlerden fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Toplumun bütününde şiddet olaylarının artış göstermesi, kanunlarda yer alan ceza ve yaptırımların yetersizliği, sağlık hizmetlerinden beklentilerin aşırılığı, sağlık sektörünün doğasından kaynaklanan riskler, iletişim yetersizliği, medyanın toplum üzerindeki etkileri ve sağlık kurumlarında görülen problemler (uzun bekleme süreleri, sağlık personelinin aşırı iş yükü, yatak kapasitesinin yetersiz kalması vb.) nedeniyle artış gösteren şiddet vakaları durumun ciddiyetine dikkat çekmektedir (Gülay, 2015). Sağlık kurumları, yapısı itibarıyla karmaşık işyerleridir. Bu işyerlerinde yüksek stres barındıran birçok işin birlikte yürütülmesi şiddet vakalarını da beraberinde getirmektedir. Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında gergin bir iletişim ortaya çıkmakta ve olumsuz sonuçları ölüme kadar uzanabilen durumlar görülmektedir (Ünal, 2019).

Türkiye'de şiddetin sürekli olarak haberlere yansımaları, şiddeti azaltmaya/önlemeye yönelik çözüm önerilerinin aranması ve şiddeti uygulayanlara yönelik cezai uygulamaların ağırlaştırılmaya çalışılması nedeniyle sağlık sektöründe şiddet gündemde yer almaktadır. Bu problemin azaltılması/ortadan kaldırılmasına bu konu ile doğrudan ilişkili kişilerin görüşlerinin belirlenmesinin katkı sağlayacağı söylenebilir. Bu amaçla bu çalışma sağlık kurumu odağında şiddetin boyutunun belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

II. ŞİDDET

Şiddet, olumsuz etkileri ile toplumların süregelen problemleri arasında yer almaktadır. İnsanlar, her gün çeşitli şekillerde şiddetin farklı türlerine maruz kalmaktadır. Kökeni Arapça olan şiddet kavramı katılık, sertlik ve kaba davranışlara başvurma gibi anlamlara gelmektedir. Öldürme, öldürmeye teşebbüs etme, sakat bırakma veya yaralama gibi eylemler aracılığıyla zarar vermeyi içeren şiddet kavramı fiziksel ve ruhsal anlamda zarar veren tüm davranışları kapsamaktadır. Bu anlamda mallara verilen zarar da şiddet tanımı kapsamında değerlendirilebilir (Kocacık, 2001).

DSÖ şiddeti; kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması şeklinde tanımlanmaktadır (Krug vd., 2002). Bir başka tanıma göre şiddet; doğrudan veya dolaylı yollarla, başka bir kişi ya da gruba yönelik olarak, DSÖ'nün sağlık tanımında da yer alan fiziksel, ruhsal ya da sosyal yönden iyi olma halini bozabilecek, mallarına ya da kültürel değerlerine zarar verebilecek kasıtlı eylemlerdir (Demirci, 2018). Alanyazında şiddet kavramına ilişkin farklı tanımlara rastlamak mümkündür. Bu tanımlar incelendiğinde şiddet kavramına ilişkin olarak DSÖ'nün Şiddet ve Sağlık Dünya Raporu'nda da belirttiği şu noktalar dikkat çekmektedir (Akt. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası, 2013):

- Genellikle kasıtlı yapılan eylemlerdir.
- Fiziksel, psikolojik ve ruhsal anlamda olumsuz etkileri vardır.
- Yetkiyi kötüye kullanmak da bir şiddet davranışıdır.
- Gelir kaybı, düşük verimlilik, yetenek ve potansiyelin boşa harcanması gibi zararlı sonuçlar doğurabilir.

Şiddete her alan ve sektörde rastlanabilmekte ancak bu çalışmanın odağının sağlık sektörü olması nedeniyle izleyen kısımda sağlıkta şiddet başlığı ele alınmaktadır.

III. SAĞLIKTA ŞİDDET

İşyerinde şiddet; izole, bireysel bir sorun olmayıp, sosyal, ekonomik, örgütsel ve kültürel faktörlere dayanan yapısal ve stratejik bir sorundur (ILO, 2003). Şiddetin iş alanlarına dağılımı incelendiğinde şiddet açısından sağlık çalışanlarının diğer meslek gruplarına oranla daha fazla risk taşıdığı ifade edilmektedir (Elliott, 1997; OSHA, 2016). Sağlık sektörüne ilişkin yapılan birçok çalışmada şiddetin diğer sektörlere kıyasla daha fazla olduğu, hemşire ve hekimler başta olmak üzere birçok sağlık çalışanının şiddete maruz bırakıldığı ve ağırlıklı olarak sözel şiddetin ön planda olduğu belirtilmektedir (İlhan vd., 2015). Sağlık sektöründe görülen şiddet, toplam işyeri şiddetinin neredeyse dörtte birini oluşturmaktadır (ILO vd., 2002). Şiddet açısından sağlık çalışanları içerisinde en riskli grubu ambulans çalışanlarının oluşturduğu ve hemşirelerin şiddete uğrama sıklığının diğer sağlık çalışanlarına oranla 3 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Di Martino, 2002).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında görülen şiddet, hastalar ve hasta yakınları ile diğer bireyler (iş arkadaşı, yönetici vb.) tarafından uygulanan, sağlık çalışanları açısından risk meydana getiren, fiziksel tehdit davranışları ve sözel tehdit, ekonomik istismar ve cinsel saldırıdan oluşan durum şeklinde tanımlanmaktadır. Hastane ortamında sıklıkla görülebilen bu davranışların genellikle kasıtlı olarak ortaya çıktığı ve saldırgan unsurlar içerdiği gözlenmiştir (Saines, 1999).

Sağlıkta şiddetin uygulayıcıları tek bir gruptan oluşmamaktadır. Sağlık kurumunda çalışan ve çalışmayan birçok grup arasında şiddet vakaları ortaya çıkabilmektedir. Yıldırım (2012) sağlıkta şiddetin taraflarını şu şekilde sınıflandırmıştır:

- Sağlık çalışanları- sağlık çalışanları,
- Sağlık çalışanları-hasta/hasta yakınları,

- Sağlık çalışanları-üçüncü şahıslar,
- Sağlık çalışanları-hasta/hasta yakınları-üçüncü şahıslar,
- Hasta/hasta yakınları-hasta/hasta yakınları,
- Üçüncü şahıslar-üçüncü şahıslar
- Hasta/hasta yakınları-üçüncü şahıslar.

Sağlık sektöründe şiddetin nedenlerini ortaya koymak genel anlamda zordur çünkü kompleks bir yapıya sahip olan sağlık kurumları farklı meslek gruplarından birçok çalışanı kapsar. Ayrıca şiddetin kaynağını oluşturabilecek birçok faktör (hasta, hasta yakını, iş arkadaşları vb.) söz konusudur. Bir diğer zorluk ise şiddetin farklı biçimlerde ortaya çıkmasıdır (Cooper ve Swanson, 1997). Şiddetin nedenleri “sapmış tepki, vicdan rahatlatma, şiddetin bir tedavi yöntemi olarak algılanması, sağlık çalışanı ile vatandaşın karşı karşıya getirilmesi, tükenmişlik, kurumsal etkenler ve toplumsal etkenler” şeklinde sıralanabilmektedir (Türk Sağlık-SEN AR-GE, 2019). Sağlıkta şiddetin kurumsal, kişisel ve toplumsal sebeplerden kaynaklandığı, bu üç nedenin eşit derecede önemli olduğu ancak kurumsal sebeplerin kilit rolü üstlendiği söylenebilir (ILO, 2003). Sağlık sektöründe şiddetin nedenleri olarak şu hususlar sıralanabilir (Cooper ve Swanson, 1997):

- *Taraflar arasındaki etkileşim:* Fiziksel ortam, tarafların bireysel özellikleri, hasta veya hasta yakını olmanın getirdiği psikolojik durumun etkisi ya da sağlık personelinin tıbbi terminolojiyi yoğun kullanması nedeniyle iletişimin güçleşmesine bağlı olarak şiddete başvurulmasını kapsar.

- *Örgütsel faktörler:* Sağlık kurumlarının kötü yönetiminden veya fiziksel koşullarından kaynaklanan sorunlar, personel yetersizliği, uzun bekleme süreleri, sağlık çalışanlarının ağır iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, hastalara yeterli zamanın ayrılamaması ve yetersiz güvenlik önlemleri gibi etkenlere bağlı olarak şiddetin ortaya çıkmasına neden olan koşulları ifade eder.

- *Çevresel faktörler:* Sağlık kurumunun bulunduğu çevrenin şiddete başvurma durumunu etkilemesidir. Sağlık kurumunun çevresinin kültürel yapısı ve işleyiş faktörleri (suç oranları, yoksulluk, nüfus yoğunluğu, barınma olanakları vb.) içerisinde yer alan bireylerin olumsuz davranışlarını sağlık kurumuna taşıması durumlarını kapsar.

- *Toplumsal faktörler:* Sağlık kurumlarında görülen şiddetin önemli bir kısmı toplumdaki şiddetin yansımasıdır. Olumsuz yaşam koşulları (maddi yetersizlik, psikolojik sorunlar, medyadan etkilenme vb.) nedeniyle yaşadığı sıkıntıları şiddet yoluyla dışarı vuran bireylerin bu tutumlarını sağlık kurumunda da göstermeleri sağlık çalışanları ile kötü bir iletişimin oluşmasına neden olmaktadır.

Sağlıkta şiddet, son yıllarda gündemde önemli yer tutmaktadır ve sağlık çalışanları şiddet sorunu nedeniyle endişe duymaktadır. Yaşanan şiddeti ve endişeyi azaltabilmek ya da önleyebilmek adına birçok uygulama yapılmaktadır. Sağlık kurumlarında şiddete yönelik hizmet içi eğitimler, stresle başa çıkma, öfke kontrolü gibi konularda eğitim ve faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Bu uygulamalarla olası bir şiddet vakasında problemin önceden sezilebilmesi ve gerçekleşmeden önlenmesi amaçlanmaktadır (TBMM, 2013; Yavuz, 2014). Sağlık sektöründe şiddete neden olan kurumsal, toplumsal, çevresel ve bireysel etkenlerin ortadan kaldırılmasına yönelik önlemlerin alınması şiddetin azaltılmasında önem arz etmektedir. TBMM (2013), “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu’nda” yapılması gerekenler şu şekilde sıralanmıştır:

- Sağlık personelinin sayı ve dağılımındaki sorunların giderilmesi
- Sağlık çalışanları üzerindeki aşırı iş yükünün optimum düzeye indirilmesi
- Sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin düzenlenmesi

- Sağlık kurumlarında risk değerlendirmesi yapılarak yeterli güvenlik önleminin alınması
- Hasta yakınlarının kullandığı alanlarda fiziki düzenleme yapılması
- Halkın sağlık okuryazarlığını artırıcı çalışmaların hazırlanması
- Eğitim düzeyinin artırılması ve kamu spotları yoluyla bilgi ve farkındalık oluşturulması
- Bireysel silah kullanımının kontrol altında tutulması
- Sağlık eğitimi verilen okullarda sağlık iletişimi konusunda dersler verilmesi
- Hizmet içi eğitimlerin verilmesi
- Sağlık hizmeti sunulan bölgelerde suç oranlarının takip edilerek suç oranı yüksek bölgelerde yüksek güvenlik önlemlerinin alınması
- Sağlıkta şiddet içerikli eylemler için verilen cezaların artırılması önerilmektedir.

Şiddet ve sağlıkta şiddetin kavramsal olarak ele alınmasının ardından izleyen bölümlerde bu araştırmanın yöntemine, bulgularına ve bulgulara yönelik tartışmaya yer verilmektedir.

IV. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlıkta şiddetin azaltılması ve mümkünse ortadan kaldırılmasında, şiddetin yaygınlığının belirlenmesi ve bu konu ile doğrudan ilişkili kişilerin görüşlerinin belirlenmesinin katkı sağlayacağı söylenebilir. Bu noktadan hareketle bu çalışmada, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin Malatya ilinde hizmet veren bir kamu hastanesi özelinde incelenmesi, şiddetin boyutunun ortaya konulması, şiddete yönelik durum ve algının çalışanların kişisel ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediğinin belirlenmesi ve alınan dönütler aracılığıyla çözüm önerileri sunulması amaçlanmıştır. Böylece çalışmada yöneticiler için şiddetin önlenmesine yönelik çalışmanın bulgularından hareketle önerilerde bulunulması ile çalışmanın ilgili literatür ve uygulamaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

4.2. Araştırmanın Yeri ve Tipi

Araştırma; Malatya ilinde bir kamu hastanesinde 08.03.2021-08.04.2021 tarihleri arasında Covid-19 pandemisi tedbirleri kapsamında gerçekleştirilmiş olup, tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

4.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Malatya ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde görev yapan 2.550 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Örneklem grubu ise bu çalışanlar arasından kota örnekleme yöntemi ile seçilen 334 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Örneklem sayısı %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile 334 olarak hesaplanmış olup, bu çalışmada 352 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Her bir meslek grubunun örneklem sayısı Tablo 1’de verilmektedir. Böylece evrenin örnekleme temsil edilmesi sağlanmış çalışılmıştır.

Tablo 1. Meslek Gruplarına Göre Evren ve Örneklem Sayıları

Meslek Grubu	Evren	Örneklem Sayısı
Hekim	290	38
Hemşire ve Ebe	1.000	131
Diğer Sağlık Çalışanları (Hemşire ve ebe dışındaki sağlık personeli)	760	100
Diğer Personel (Genel idari hizmetler, hizmet alımı ile çalışan personel)	500	65
Toplam	2.550	334

4.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma için anket formu kullanılmıştır. Anket, “kişisel bilgiler” ve “sağlıkta şiddete ilişkin sorular” olmak üzere iki bölümden ve 30 sorudan oluşmaktadır. Anket soruları, araştırmacı tarafından ilgili alanyazın incelenip konuya ilişkin makale, kitap, e-kitap vb. taranarak ve benzer çalışmalardan faydalanılarak hazırlanmıştır. Anketin içeriğinde şiddetin yaygınlığı, meydana gelen şiddetin türü, şiddetin önlenmesi için alınabilecek önlemlere yönelik sorular yer almaktadır. Anketin evet/hayır şeklindeki cevaplardan oluşması ve toplama dayalı ölçekler gibi bir bütünü oluşturan maddelerden oluşmaması nedeniyle anket için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmamıştır. Anketin görünüşü, soruların yeterliğinin belirlenmesi için uzman görüşü alınmıştır ve pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Alanında uzman iki akademisyenden uzman görüşü alınarak anketin içerik açısından eksik olmaması sağlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca nihai uygulamadan önce anketin görselliği ve anlaşılabilirliğinin belirlenmesi için örnekleme yer almayan 20 kişiye pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamanın ardından anket formuna son hali verilmiştir. Nihai olarak anket, çalışmanın yapıldığı kamu hastanesinde görev yapan 352 sağlık çalışanına uygulanmıştır.

4.5. Verilerin Analizi

Araştırma için toplanan anket verileri, SPSS v.27.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve ki-kare testi kullanılmıştır. Bilindiği üzere iki ya da daha fazla nitel değişkenler arasında ilişki/fark olup olmadığı ki-kare analizi ile incelenmektedir. Çalışmadaki anket sorularına verilen cevapların evet/hayır şeklinde kategorik olması nedeniyle çalışmada verilen analizinde ki-kare testinden yararlanılmıştır.

4.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma, Malatya ilinde yer alan bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Anket çalışmasının tek bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmesi nedeniyle analiz sonuçlarını Malatya ili geneline ya da sağlık sektörüne genellemek mümkün değildir. Ayrıca veri toplama sürecinin Covid-19 pandemi sürecine denk gelmesi nedeniyle Covid-19 servisleri de anket kapsamı dışında kalmıştır. Dolayısıyla bu bölümlerde sabit çalışanlar da kapsam dışında bırakılmıştır.

4.6. Araştırmaya Yönelik İzinler

Araştırmanın yapılabilmesi için 16119052-199-E.29885 sayılı ve 24.11.2020 tarihli Etik Komisyonu onayı alınmıştır. Ayrıca araştırmanın Malatya ilinde bir kamu hastanesinde gerçekleştirilecek olması nedeni ile Malatya İl Sağlık Müdürlüğü'nden E-72527474-771 sayılı araştırma izni alınmıştır.

V. BULGULAR

5.1. Tanımlayıcı Özellikler

Ankete katılan 352 katılımcının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 2'de verilmektedir. Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %71,9'unun kadın ve %28,1'inin ise erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaklaşık %70'i 41 yaş ve altındadır. Eğitim durumu incelendiğinde, çalışmada yer alan kişilerin yaklaşık yarısı (%49,1) lisans mezunudur. Katılımcıların %11,6'sını hekimler, %39,8'ini hemşireler, %18,8'ini idari personel ve %29,8'ini ise diğer sağlık personeli oluşturmaktadır. Çalışılan birim göz önüne alındığında, araştırmanın katılımcılarının yaklaşık üçte birinin (%30,4) servislerde çalıştığı görülmektedir. Sağlık sektöründe toplam 1-7 yıl çalışma süresine sahip olan katılımcılar %36,6'lık bir orana sahipken, 8-18 yıl çalışma süresine sahip olanlar %33,5 ve 19 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olanlar ise %29,8'lik bir orana sahiptir. Araştırma kapsamında yer alan kişilerin %48,9'u sadece gündüz çalışırken, %51,1'i gece ve gündüz dönüşümlü çalışmaktadır.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler		Sayı	%
Yaş	32 Yaş ve Altı	131	37,2
	33-41	122	34,7
	42+	99	28,1
	Toplam	352	100
Cinsiyet	Kadın	253	71,9
	Erkek	99	28,1
	Toplam	352	100
Eğitim Durumu	Lise	25	7,1
	Ön Lisans	87	24,7
	Lisans	173	49,1
	Yüksek Lisans ve Doktora	27	7,7
	Tıp ve Tıpta Uzmanlık	40	11,4
	Toplam	352	100
Hastanedeki Görev	Hekim	41	11,6
	Hemşire	140	39,8
	İdari Personel	66	18,8
	Diğer Sağlık Personeli	105	29,8
	Toplam	352	100
Çalışılan Birim	Acil Servis	46	13,1
	Poliklinik	95	27
	İdari Birimler	41	11,6
	Servis	107	30,4
	Diğer	63	17,9
	Toplam	352	100
Çalışma Süresi	1-7 Yıl	129	36,6
	8-18 Yıl	118	33,5
	19+	105	29,8
	Toplam	352	100
Çalışma Saatleri	Sadece Gündüz	172	48,9
	Gece-Gündüz Dönüşümlü	180	51,1
	Toplam	352	100
Toplam		352	100

5.2. Şiddete İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 3'te katılımcıların "Sağlık sektöründe çalıştığınız süre boyunca şiddete maruz kaldınız mı?" sorusuna verdiği cevaplar görülmektedir. Ankete katılan çalışanların %60,5'i bu soruya "evet" cevabını verirken, 139 kişi (%39,5) aynı soruya "hayır" cevabını vermiştir. Katılımcıların hangi tür şiddete maruz kaldığı konusunda verdikleri cevaplar görülmektedir. Ankete katılan çalışanlardan şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin %28,7'si fiziksel şiddete, %59,9'u sözel/psikolojik şiddete ve %3,4'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır. Sözel/psikolojik şiddetin diğer şiddet türlerine oranla belirgin şekilde fazla görüldüğü söylenebilir. Sözel şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların verdikleri cevaplar görülmektedir. Cevaplar incelendiğinde katılımcıların yarısına bağırıldığı ve üçte birine küfredildiği görülmektedir. Tablo incelendiğinde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların verdikleri cevaplar görülmektedir. Katılımcıların %26,7'si "Fiziksel zarar verilmeye tehdit etme", %7,4'ü "Fiziksel olarak zarar verilme" seçeneklerini uygun bulmuştur. Cinsel şiddete maruz kalan katılımcıların ne tür bir cinsel şiddete maruz kaldığı sorusuna verdiği cevaplar görülmektedir. Katılımcıların %2,3'ü "İmalî şekilde (davet edici) yapılan kaş, göz, el ve yüz hareketleri" cevabını vermiştir ve diğer seçenekler katılım %1 ve altındadır.

Fiziksel şiddetin büyük kısmı (%94) hasta ve hasta yakını kaynaklıdır. Katılımcıların cevapları incelendiğinde %31,8'inin hastalar, %50,2'sinin hasta yakınları, %6,6'sının iş arkadaşları, %10'unun yöneticiler ve %1,4'ünün diğer çalışanlar tarafından şiddete maruz bırakıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Fiziksel şiddet ve sözel/psikolojik şiddette olduğu gibi cinsel şiddetin büyük kısmı (%94) hasta ve hasta yakını kaynaklıdır.

Tablo 3. Şiddete İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Sorular	Sayı	%
Şiddete maruz kalma		
Evet	213	60,5
Hayır	139	39,5
Maruz kalan şiddet		
Fiziksel Şiddet	101	28,7
Sözel/Psikolojik Şiddet	211	59,9
Cinsel Şiddet	12	3,4
Maruz kalan sözel şiddet türü		
Size bağırılması	180	51,1
Size küfredilmesi	124	35,2
Küçük düşürülmeniz veya aşağılanmanız	119	33,8
Size uygunsuz bir şekilde kötü/kaba/düşmanca davranılması	145	41,2
Sizin hakkınızda kötü niyetli dedikodular yayılması	27	7,7
Diğer	9	2,6
Maruz kalan fiziksel şiddet türü		
Fiziksel zarar verilmeyle tehdit etme	94	26,7
Fiziksel olarak zarar verilme	26	7,4
Diğer	11	3,1
Maruz kalan cinsel şiddet türü		
İstenilmeyen cinsellikle ilgili şakalar, fıkralar, sorular ya da sözler	4	1,1
İmalî şekilde (davet edici) yapılan kaş, göz, el ve yüz hareketleri	8	2,3
İstenilmeyen dışarı çıkma teklifleri	1	0,3
İstenilmeyen mektuplar, telefonla aramalar	1	0,3
Bir kişinin vücudunun herhangi bölgesini cinsel yönden manalı bir şekilde teşhir etmesi	2	0,6
Vücudunuza herhangi bir kişinin elle temas etmesi, dokunması	1	0,3
Diğer	1	0,3
Fiziksel şiddeti uygulayan kişi		
Hasta	24	23,5
Hasta Yakını	72	70,6
İş Arkadaşı	1	1,0
Yönetici	1	1,0
Diğer	4	3,9
Sözel/Psikolojik şiddeti uygulayan kişi		
Hasta	67	31,8
Hasta Yakını	106	50,2
İş Arkadaşı	14	6,6
Yönetici	21	10,0
Diğer	3	1,4
Cinsel şiddeti uygulayan kişi		
Hasta	6	50,0
Hasta Yakını	2	16,7
İş Arkadaşı	1	8,3
Yönetici	3	25,0
Diğer	12	100

Şiddet en fazla poliklinik hizmetleri sırasında meydana gelmiştir. Katılımcıların %9,4'ü uğradığı şiddetten dolayı fiziksel yara aldığını belirtirken, %90,6'sı herhangi bir fiziksel yaralanma söz konusu olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların büyük kısmı (%98,1) bu soruya hayır cevabını vermiştir. Oranlara bakıldığında şiddet olayının rapor edilmesinden çok bireysel olarak çözülmeye çalışıldığı

görülmektedir. Katılımcıların %65,6'sı şiddet olayının engellenebilir olduğunu belirtmiştir. “Şiddet olayından sonra saldırganın akıbeti ne oldu?” sorusuna verdiği cevaplar yer almaktadır. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%43,4) hiçbir şey yapılmadı cevabını vermiştir. Ankete katılan çalışanlardan şiddete uğradığını belirten ve bunu rapor etmeyen/anlatmayan katılımcılara bu davranışının nedeni sorulduğunda, birçok katılımcı mesleğinin bir gereği olarak düşündüğü, gereksiz bulduğu ya da olumsuz sonuçlarından çekindiği için olayı herhangi bir şekilde bildirmediyi/raporlamadığını belirtmiştir. Katılımcıların yarısından biraz fazlası (%54) güvenlik önlemlerini yetersiz bulmaktadır (bkz. Tablo 4).

Tablo 4. Şiddete İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Sorular	Sayı	%
Şiddet olayının zamanı		
Ziyaret Saatinde	40	18,9
Poliklinik Hizmetleri Sırasında	123	58,0
Taburculuk İşlemleri Sırasında	5	2,4
Diğer	44	20,8
Şiddet olayından dolayı fiziksel yara alma		
Evet	20	9,4
Hayır	192	90,6
Toplam	212	100
Şiddeti kendi suçu görme		
Hayır	208	98,1
Kısmen	4	1,9
Şiddete karşılık verme		
Hiçbir şey yapmadım	48	13,6
Hiç olmamış saymaya çalıştım	38	10,8
Yöneticiye rapor ettim	70	19,9
Kendimi fiziksel olarak korumaya çalıştım	56	15,9
Kişiye yapmamasını söyledim	89	25,3
Bir meslektaşına anlattım	65	18,5
Arkadaşlara/aileme anlattım	51	14,5
Diğer	27	7,7
Şiddet olayının önlenbilirliği		
Evet	139	65,6
Hayır	73	34,4
Şiddet olayından sonra saldırganın akıbeti		
Hiçbir şey yapılmadı	92	43,4
Polise rapor edildi	27	12,7
Sözlü uyarı yapıldı	35	16,5
Saldırgana dava açıldı	18	8,5
Bilmiyorum	33	15,6
Diğer	7	3,3
Şiddet olayını bildirmeme nedeni		
Önemli değildi	5	3,7
Gereksiz buldum	42	31,1
Mesleğimin bir parçası olarak düşündüm	33	24,4
Utandım	2	1,5
Olumsuz sonuçlarından korktum	30	22,2
Kime rapor edeceğimi bilemedim	9	6,7
Diğer	14	10,4
Kurumda şiddete yönelik güvenlik önlemlerinin yeterli olduğunu düşünme		
Evet	37	10,5
Hayır	190	54,0
Kısmen	125	35,5

Tablo 5. Şiddete İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Sorular	Sayı	%
İşyerinde işyeri şiddeti ile ilgili alınan önlemler		
Güvenlik elemanı sayısının artırılması	283	80,4
Güvenlik kamerası görüntüleri	282	80,1
Çalışan sayısının artırılması	66	18,8
Eğitim programlarının düzenlenmesi	90	25,6
Çevre düzenlemesi	45	12,8
Hasta protokolleri	105	29,8
Çalışma zamanlarının değiştirilmesi	21	6,0
Diğer	12	3,4
Son bir yıl içerisinde Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını düşünme		
Evet	330	93,8
Hayır	22	6,3
Toplam	352	100
Sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisi olduğunu düşünme		
Evet	278	79,0
Hayır	74	21,0
Toplam	352	100
Kişi ya da kişilerin şiddete başvurmasıyla gelir düzeyi arasında ilişki		
Evet	176	50,0
Hayır	176	50,0
Toplam	352	100
Sağlık çalışanlarına karşı şiddetin sebebi		
Şiddeti yapanların eğitimsizlikleri	259	73,6
Şiddeti yapanların mağdur edilmeleri	52	14,8
Şiddeti yapanların haklarını aramaları	24	6,8
Sağlık çalışanlarının görevlerini iyi yapmamaları	26	7,4
Uzun süre beklemek/bekletilmek	168	47,7
Sağlık çalışanlarının işlerinin çok yoğun olması	230	65,3
Yeterli yatak kapasitenin olmaması	45	12,8
Hasta ve yakınlarının çok sabırsız olmaları	292	83,0
Medyada şiddeti tahrik edici haberler, yayınlar, filmlerin yer alması	201	57,1
Hastaneden hastaneye yapılan sevkler ve transferler	49	13,9
Siyasetçilerin sağlık çalışanlarının aleyhine olan beyanatları	110	31,3
Sağlık çalışanlarının toplumda çok para kazanıyorlar algısının yaygın olması	213	60,5
Diğer	14	4,0
Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda eğitim alma		
Evet	165	46,9
Hayır	187	53,1
Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için sizce yapılması gerekenler		
Gerekli yasal düzenlemeler yapılmalı	326	92,6
Güvenlik önlemleri artırılmalı	291	82,7
Çalışanlara eğitimler verilmeli	190	54,0
TV/Kamu spotları, gazetelerde olumsuz yayın yapılmamalı	263	74,7

“İşyerinizde işyeri şiddeti ile ilgili ne gibi önlemler bulunmaktadır?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplardan “Güvenlik elemanı sayısının artırılması” ve “Güvenlik kamerası görüntüleri” öne çıkmıştır. “Son bir yıl içerisinde Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını düşünüyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %93,8 gibi büyük bir kısmı “evet” cevabını vermiştir. Sağlıkta şiddetin artmasında medyanın rolü olup olmadığı sorusuna katılımcılardan %79’u “evet” cevabını vermiştir. “Kişi ya da kişilerin şiddete başvurmasıyla gelir düzeyi arasında ilişki kurulabilir

mi?” sorusuna katılımcıların yarısı bu soruya “evet” cevabını verirken diğer yarısı “hayır” cevabını vermişlerdir. Katılımcılara “sağlık çalışanlarına karşı şiddetin sebebi sizce ne olabilir?” şeklinde bir soru sorulmuş ve verilen cevapların belirli seçeneklerde yoğunlaştığı görülmüştür. Tablo incelendiğinde “Hasta ve yakınlarının çok sabırsız olmaları” ve “Şiddeti yapanların eğitimsizlikleri” ilk iki sırayı almıştır. Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik eğitim alıp almadıkları sorusuna verdikleri cevaplar görülmektedir. Ankete katılan çalışanların %53,1’i bu konuda herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılara sorulan son soru “sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için sizce yapılması gerekenler nelerdir?” sorusudur. Üzerinde neredeyse hemfikir olan görüş gerekli yasal düzenlemelerin yapılması (%92,6) şeklindedir (bkz. Tablo 5).

5.3. Katılımcıların Sağlıkta Şiddete İlişkin Görüşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlişisine İlişkin Analiz Sonuçları

Tablo 6’da katılımcıların “sağlık sektöründe çalıştığınız süre boyunca şiddete maruz kaldınız mı?” sorusuna verdikleri cevapların sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı verilmektedir. Sosyo-demografik değişkenler ile şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Ki-Kare analizi ile değerlendirilmiş; yaş, eğitim durumu, hastanedeki görev, çalışılan birim ve çalışma süresi değişkenleri ile şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yaş değişkeni için şiddete en fazla maruz kaldığını belirten grup 33-41 yaş grubudur ve bu yaş grubundaki katılımcıların %69,7’si şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. 42 yaş ve üzeri için bu oran %67,7 iken, 32 yaş ve altında ise %46,6 olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumu değişkenine bakıldığında şiddete en çok maruz kalanlar tıp ve tıpta uzmanlık düzeyinde eğitim alanlardır (%70).

Hastanedeki görev açısından ele alındığında şiddete en fazla maruz kalanlar hekimler (%70,7) ve hemşirelerdir (%63,6). Diğer sağlık personeli oran olarak bu gruba yakınen (%62,9), idari personelin nispeten daha düşük bir orana (%42,9) sahip olduğu söylenebilir. Çalışılan birim dikkate alındığında şiddete en fazla maruz kalan çalışanların acil servis çalışanları olduğu görülmektedir. Poliklinikler ise yine şiddet vakalarına sık rastlanan birimlerdendir. Hastanedeki görev ve çalışılan birim açısından değerlendirildiğinde dikkat çeken nokta hasta ve hasta yakınları ile doğrudan iletişim halinde olan çalışanların diğer çalışanlara oranla şiddete daha fazla maruz kalması durumudur. Buna bağlı olarak idari birimler, teşhis ve tedavi hizmeti veren birimlere oranla şiddet vakalarının daha az yaşandığı birimlerdir. Çalışma süresi değişkeni dikkate alındığında, 8-18 yıl süreyle çalışan grubun diğer gruplara kıyasla şiddete maruz kalma oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (%71,2). 19 yıl ve üzerinde çalışması tecrübesi olanlar için bu oran %67,6 iken 1-7 yıl süreli çalışanlarda %45’tir. Cinsiyet ve çalışma saatleri değişkenleri açısından şiddete maruz kalma durumu ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak kadınların şiddete uğrama oranı (%62,5) erkeklerin şiddete uğrama oranından (%55,6) daha fazladır.

Tablo 6. Katılımcıların Sağlık Sektöründe Çalıştığı Süre Boyunca Şiddete Maruz Kalma Durumunun Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi

Değişken		Evet	%	Hayır	%	Toplam
Yaş Ki-Kare=17,705 p=0,000	32 Yaş ve Altı	61	46,6	70	53,4	131
	33-41	85	69,7	37	30,3	122
	42+	67	67,7	32	32,3	99
	Toplam	213	60,5	139	39,5	352
Cinsiyet Ki-Kare=1,416 p=0,234	Kadın	158	62,5	95	37,5	253
	Erkek	55	55,6	44	44,4	99
	Toplam	213	60,5	139	39,5	352
Eğitim Durumu Ki-Kare=9,907 p=0,042	Lise	15	60	10	40	25
	Ön Lisans	42	48,3	45	51,7	87
	Lisans	114	65,9	59	34,1	173
	Yüksek Lisans ve Doktora	14	51,9	13	48,1	27
	Tıp ve Tıpta Uzmanlık	28	70	12	30	40
Toplam	213	60,5	139	39,5	352	
Hastanedeki Görev Ki-Kare=10,168 p=0,017	Hekim	29	70,7	12	29,3	41
	Hemşire	89	63,6	51	36,4	140
	İdari Personel	29	43,9	37	56,1	66
	Diğer Sağlık Personeli	66	62,9	39	37,1	105
Toplam	213	60,5	139	39,5	352	
Çalışılan Birim Ki-Kare=24,504 p=0,000	Acil Servis	36	78,3	10	21,7	46
	Poliklinik	69	72,6	26	27,4	95
	İdari Birimler	16	39	25	61	41
	Servis	62	57,9	45	42,1	107
	Diğer	30	47,6	33	52,4	63
Toplam	213	60,5	139	39,5	352	
Çalışma Süresi Ki-Kare=20,902 p=0,000	1-7 Yıl	58	45	71	55	129
	8-18 Yıl	84	71,2	34	28,8	118
	19+	71	67,6	34	32,4	105
	Toplam	213	60,5	139	39,5	352
Çalışma Saatleri Ki-Kare=1,228 p=0,268	Gündüz	99	57,6	73	42,4	172
	Gece-Gündüz Dönüşümlü	114	63,3	66	36,7	180
	Toplam	213	60,5	139	39,5	352

Tablo 7’de katılımcıların “uğradığınız şiddette sizin suçunuz olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verdiği cevapların sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımının anlamlı olup olmadığı incelenmiş; cinsiyet değişkeni açısından anlamlı sonuç elde edilmiştir ($p<0,05$). Kadın katılımcıların %99,4’ü, erkek katılımcıların ise %94,5’i uğradığı şiddette kendisinin herhangi bir suçu olmadığını belirtmiştir. Kadın katılımcıların %0,6’sı uğradığı şiddette kendisinin de kısmen suçlu olduğunu belirtirken bu oran erkek katılımcılarda %5,5’tir. Yaş, eğitim durumu, hastanedeki görev, çalışılan birim, çalışma süresi ve çalışma saatleri değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişkilere ulaşılamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Katılımcıların Uğradığı Şiddette Kendisinin Suçu Olup Olmadığına Dair Görüşlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi

Değişken		Hayır	%	Kısmen	%	Toplam
Yaş Ki-Kare=0,718 p=0,698	32 Yaş ve Altı	60	98,4	1	1,6	61
	33-41	84	98,8	1	1,2	85
	42+	64	97	2	3	66
	Toplam	208	98,1	4	1,9	212
Cinsiyet Ki-Kare = 5,107 p=0,024	Kadın	156	99,4	1	0,6	157
	Erkek	52	94,5	3	5,5	55
	Toplam	208	98,1	4	1,9	212
Eğitim Durumu Ki-Kare=5,552 p=0,235	Lise	15	100	0	0	15
	Ön Lisans	42	100	0	0	42
	Lisans	111	98,2	2	1,8	113
	Yüksek Lisans ve Doktora	14	100	0	0	14
	Tıp ve Tıpta Uzmanlık	26	92,9	2	7,1	28
Toplam	208	98,1	4	1,9	212	
Hastanedeki Görev Ki-Kare=4,812 p=0,186	Hekim	27	93,1	2	6,9	29
	Hemşire	88	98,9	1	1,1	89
	İdari Personel	29	100	0	0	29
	Diğer Sağlık Personeli	64	98,5	1	1,5	65
Toplam	208	98,1	4	1,9	212	
Çalışılan Birim Ki-Kare=1,426 p=0,840	Acil Servis	35	97,2	1	2,8	36
	Poliklinik	67	97,1	2	2,9	69
	İdari Birimler	16	100	0	0	16
	Servis	61	98,4	1	1,6	62
	Diğer	29	100	0	0	29
Toplam	208	98,1	4	1,9	212	
Çalışma Süresi Ki-Kare=1,570 p=0,456	1-7 Yıl	58	100	0	0	58
	8-18 Yıl	81	97,6	2	2,4	83
	19+	69	97,2	2	2,8	71
	Toplam	208	98,1	4	1,9	212
Çalışma Saatleri Ki-Kare =3,505 p=0,061	Gündüz	98	100	0	0	98
	Gece-Gündüz Dönüşümlü	110	96,5	4	3,5	114
	Toplam	208	98,1	4	1,9	212

Tablo 8’de sosyo-demografik değişkenlerle şiddet olayının önlenabilirliği arasındaki ilişki görülmektedir. Değişkenler için yapılan analiz sonuçları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Katılımcıların Şiddet Olayının Önlenebilirliğine Yönelik Düşüncelerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi

Değişken		Evete	%	Hayır	%	Toplam
Yaş Ki-Kare=2,022 p=0,364	32 Yaş ve Altı	43	70,5	18	29,5	61
	33-41	51	60	34	40	85
	42+	45	68,2	21	31,8	66
	Toplam	139	65,6	73	34,4	212
Cinsiyet Ki-Kare=0,212 p=0,984	Kadın	103	65,6	54	34,4	157
	Erkek	36	65,5	19	34,5	55
	Toplam	139	65,6	73	34,4	212
Eğitim Durumu Ki-Kare=2,833 p=0,586	Lise	9	60	6	40	15
	Ön Lisans	27	64,3	15	35,7	42
	Lisans	78	69	35	31	113
	Yüksek Lisans ve Doktora	10	71,4	4	28,6	14
	Tıp ve Tıpta Uzmanlık	15	53,6	13	46,4	28
	Toplam	139	65,6	73	34,4	212
Hastanedeki Görev Ki-Kare=2,517 p=0,472	Hekim	16	55,2	13	44,8	29
	Hemşire	61	68,5	28	31,5	89
	İdari Personel	21	72,4	8	27,6	29
	Diğer Sağlık Personeli	41	63,1	24	36,9	65
	Toplam	139	65,6	73	34,4	212
Çalışılan Birim Ki-Kare=4,602 p=0,331	Acil Servis	27	75	9	25	36
	Poliklinik	39	56,5	30	43,5	69
	İdari Birimler	11	68,8	5	31,2	16
	Servis	41	66,1	21	33,9	62
	Diğer	21	72,4	8	27,6	29
	Toplam	139	65,6	73	34,4	212
Çalışma Süresi Ki-Kare=0,721 p=0,697	1-7 Yıl	40	69	18	31	58
	8-18 Yıl	55	66,3	28	33,7	83
	19+	44	62	27	38	71
	Toplam	139	65,6	73	34,4	212
Çalışma Saatleri Ki-Kare=1,522 p=0,217	Gündüz	60	61,2	38	38,8	98
	Gece-Gündüz Dönüşümlü	79	69,3	35	30,7	114
	Toplam	139	65,6	73	34,4	212

“Kurumunuzda şiddete yönelik güvenlik önlemlerinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusu katılımcılara sorulmuş; yanıtların sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisinin anlamlı olup olmadığına bakılmıştır. Ulaşılan sonuçlar, Tablo 9’da yer almaktadır.

Eğitim durumu, hastanedeki görev, çalışılan birim ve çalışma saatleri ile sosyo-demografik değişkenler arasında anlamlı ilişkiler görülürken; yaş cinsiyet ve çalışma süresi değişkenleri ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumu göz önüne alındığında güvenlik önlemlerinin yeterli olduğunu düşünenler arasındaki en yüksek oran (%12,6) ön lisans mezunlarına aittir. Eğitim durumu arttıkça güvenlik önlemlerine ilişkin düşüncenin olumsuzlaştığı söylenebilir. Güvenlik önlemlerini yetersiz bulanlar arasında ilk sıralarda hekimler (%80,5) ve hemşireler (%53,6) yer almaktadır. Acil servis çalışanlarının %73,9’u şiddete yönelik güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu belirtirken, servislerde bu oran %58,9’dur. İdari birimlerde %26,8 oranında “yeterli”; %31,7 oranında ise “kısmen yeterli” cevabı verilmiştir. Çalışma saatleri üzerinden değerlendirildiğinde gündüz çalışanların %45,3’ü, gece ve gündüz dönüşümlü çalışanların %62,2’si şiddete yönelik güvenlik önlemlerini yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 9. Katılımcıların Çalıştığı Kurumda Şiddete Yönelik Güvenlik Önlemlerinin Yeterliliği Konusundaki Görüşlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi

Değişken		Evet	%	Hayır	%	Kısmen	%	Toplam
Yaş Ki-Kare=0,593 p=0,964	32 Yaş ve Altı	12	9,2	70	53,4	49	37,4	131
	33-41	14	11,5	66	54,1	42	34,4	122
	42+	11	11,1	54	54,5	34	34,3	99
	Toplam	37	10,5	190	54	125	35,5	352
Cinsiyet Ki-Kare=2,579 p=0,275	Kadın	29	11,5	130	51,4	94	37,2	253
	Erkek	8	8,1	60	60,6	31	31,3	99
	Toplam	37	10,5	190	54	125	35,5	352
Eğitim Durumu Ki-Kare=16,029 p=0,042	Lise	4	16	12	48	9	36	25
	Ön Lisans	11	12,6	39	44,8	37	42,5	87
	Lisans	19	11	94	54,3	60	34,7	173
	Yüksek Lisans ve	2	7,4	13	48,1	12	44,4	27
	Doktora	1	2,5	32	80	7	17,5	40
	Tıp ve Tıpta Uzmanlık Toplam	37	10,5	190	54	125	35,5	352
Hastanedeki Görev Ki-Kare=19,213 p=0,004	Hekim	1	2,4	33	80,5	7	17,1	41
	Hemşire	11	7,9	75	53,6	54	38,6	140
	İdari Personel	12	18,2	28	42,4	26	39,4	66
	Diğer Sağlık Personeli	13	12,4	54	51,4	38	36,2	105
	Toplam	37	10,5	190	54	125	35,5	352
Çalışılan Birim Ki-Kare=25,995 p=0,001	Acil Servis	3	6,5	34	73,9	9	19,6	46
	Poliklinik	7	7,4	48	50,5	40	42,1	95
	İdari Birimler	11	26,8	17	41,5	13	31,7	41
	Servis	7	6,5	63	58,9	37	34,6	107
	Diğer	9	14,3	28	44,4	26	41,3	63
	Toplam	37	10,5	190	54	125	35,5	352
Çalışma Süresi Ki-Kare=5,286 p=0,259	1-7 Yıl	17	13,2	60	46,5	52	40,3	129
	8-18 Yıl	9	7,6	70	59,3	39	33,1	118
	19+	11	10,5	60	57,1	34	32,4	105
	Toplam	37	10,5	190	54	125	35,5	352
Çalışma Saatleri Ki-Kare=10,978 p=0,004	Gündüz	24	14	78	45,3	70	40,7	172
	Gece-Gündüz Dön.	13	7,2	112	62,2	55	30,6	180
	Toplam	37	10,5	190	54	125	35,5	352

Tablo 10’da ankette yer alan “son bir yıl içerisinde Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını düşünüyor musunuz?” sorusuna 330 katılımcı (%93,8) “evet” cevabını verirken 22 katılımcı (%6,2) “hayır” cevabını vermiştir. Alınan cevaplar incelendiğinde hastanedeki görev ve çalışılan birim değişkenleri ile son bir yıl içerisinde Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını düşüncesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan hekimlerin tamamı, hemşirelerin %95’i, idari personelin %87,9’u, diğer sağlık personelinin %93,3’ü son 1 yılda Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını belirtmiştir. Çalışılan birim değişkeni üzerinden ele alındığında acil servis çalışanlarının %97,8’i, idari birimlerde çalışanlarının %85,4’ü son bir yılda Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını belirtmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi ve çalışma saatleri değişkenleri ile son bir yıl içerisinde Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artması durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 10. Katılımcıların Son Bir Yıl İçerisinde Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Artıp Artmadığına İlişkin Görüşlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi

Değişken		Evet	%	Hayır	%	Toplam
Yaş Ki-Kare=0,803 p=0,669	32 Yaş ve Altı	121	92,4	10	7,6	131
	33-41	116	95,1	6	4,9	122
	42+	93	93,9	6	6,1	99
	Toplam	330	93,8	22	6,2	352
Cinsiyet Ki-Kare=1,148 p=0,284	Kadın	235	92,9	18	7,1	253
	Erkek	95	96	4	4	99
	Toplam	330	93,8	22	6,2	352
Eğitim Durumu Ki-Kare=4,173 p=0,383	Lise	24	96	1	4	25
	Ön Lisans	81	93,1	6	6,9	87
	Lisans	161	93,1	12	6,9	173
	Yüksek Lisans ve Doktora	24	88,9	3	11,1	27
	Tıp ve Tıpta Uzmanlık	40	100	0	0	40
Toplam	330	93,8	22	6,2	352	
Hastanedeki Görev Ki-Kare=8,818 p=0,032	Hekim	41	100	0	0	41
	Hemşire	133	95	7	5	140
	İdari Personel	58	87,9	8	12,1	66
	Diğer Sağlık Personeli	98	93,3	7	6,7	105
Toplam	330	93,8	22	6,2	352	
Çalışılan Birim Ki-Kare=8,325 p=0,041	Acil Servis	45	97,8	1	2,2	46
	Poliklinik	92	96,8	3	3,2	95
	İdari Birimler	35	85,4	6	14,6	41
	Servis	101	94,4	6	5,6	107
	Diğer	57	90,5	6	9,5	63
Toplam	330	93,8	22	6,2	352	
Çalışma Süresi Ki-Kare=2,480 p=0,289	1-7 Yıl	119	92,2	10	7,8	129
	8-18 Yıl	114	96,6	4	3,4	118
	19+	97	92,4	8	7,6	105
	Toplam	330	93,8	22	6,2	352
Çalışma Saatleri Ki-Kare=0,982 p=0,322	Gündüz	159	92,4	13	7,6	172
	Gece-Gündüz Dönüşümlü	171	95	9	5	180
	Toplam	330	93,8	22	6,2	352

Tablo 11’de katılımcılara yöneltilen “sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar görülmektedir. Medyanın sağlıkta şiddeti artırması durumu ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde yaş, cinsiyet, çalışma süresi ve çalışma saatleri değişkenleri ile anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Eğitim durumu, hastanedeki görev ve çalışılan birim değişkenleri açısından ise sonuçlar anlamlıdır. Tıp ve tıpta uzmanlık mezunu çalışanların %92,5’i sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisi olduğu düşüncesini savunurken onu sırasıyla lisans (%79,8), ön lisans (%75,9), yüksek lisans ve doktora (%74,1) ve lise (%68) takip etmektedir. Hastanedeki görev açısından ele alındığında, hekimlerin büyük kısmı (%92,7) medyanın sağlıkta şiddeti artırdığı düşüncesini savunduğu görülebilir. Hemşireler ise ikinci en yüksek yüzdeye (%82,1) sahiptir. Çalışılan birimler açısından ele alındığında ise acil serviste (%91,3) ve servislerde (%83,2) çalışanların büyük kısmı medyanın sağlıkta şiddeti artırdığı görüşünü savunmaktadır.

Tablo 11. Katılımcıların Sağlıkta Şiddetin Artmasında Medyanın Etkisine Dair Görüşlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi

Değişken		Evet	%	Hayır	%	Toplam
Yaş Ki-Kare=1,253 p=0,534	32 Yaş ve Altı	101	77,1	30	22,9	131
	33-41	95	77,9	27	22,1	122
	42+	82	82,8	17	17,2	99
	Toplam	278	79	74	21	352
Cinsiyet Ki-Kare=0,278 p=0,598	Kadın	198	78,3	55	21,7	253
	Erkek	80	80,8	19	19,2	99
	Toplam	278	79	74	21	352
Eğitim Durumu Ki-Kare=5,062 p=0,024	Lise	17	68	8	32	25
	Ön Lisans	66	75,9	21	24,1	87
	Lisans	138	79,8	35	20,2	173
	Yüksek Lisans ve Doktora	20	74,1	7	25,9	27
	Tıp ve Tıpta Uzmanlık	37	92,5	3	7,5	40
Toplam	278	79	74	21	352	
Hastanedeki Görev Ki-Kare=9,499 p=0,023	Hekim	38	92,7	3	7,3	41
	Hemşire	115	82,1	25	17,9	140
	İdari Personel	50	75,8	16	24,2	66
	Diğer Sağlık Personeli	75	71,4	30	28,6	105
Toplam	278	79	74	21	352	
Çalışılan Birim Ki-Kare=9,021 p=0,041	Acil Servis	42	91,3	4	8,7	46
	Poliklinik	69	72,6	26	27,4	95
	İdari Birimler	32	78	9	22	41
	Servis	89	83,2	18	16,8	107
	Diğer	46	73	17	27	63
Toplam	278	79	74	21	352	
Çalışma Süresi Ki-Kare=3,024 p=0,220	1-7 Yıl	99	76,7	30	23,3	129
	8-18 Yıl	90	76,3	28	23,7	118
	19+	89	84,8	16	15,2	105
	Toplam	278	79	74	21	352
Çalışma Saatleri Ki-Kare=3,205 p=0,073	Gündüz	129	75	43	25	172
	Gece-Gündüz Dönüşümlü	149	82,8	31	17,2	180
	Toplam	278	79	74	21	352

Tablo 12’de “kişi ya da kişilerin şiddete başvurmasıyla gelir düzeyi arasında ilişki kurulabilir mi?” sorusuna verilen yanıtlar sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmiş; hastanedeki görev ve çalışma süresi değişkenleri ile anlamlı bir ilişki saptanırken cinsiyet, eğitim durumu, çalışılan birim ve çalışma saatleri değişkenleri ile anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. İdari personelin %65,2’si “evet” yanıtını verirken, hekimlerin %65,9’u aynı soruya “hayır” yanıtını vermiştir. Çalışma süresi açısından bakıldığında çalışma süresi uzadıkça “evet” yanıtını verenlerin yüzdesinin azaldığı görülmektedir. Çalışma süresi bakımından ulaşılan sonuçlar yorumlandığında, daha uzun süreli çalışma tecrübesi olan personelin şiddete başvuru ile gelir düzeyi arasında bir ilişki olmadığı düşüncesini daha fazla savunduğu söylenebilir.

Tablo 12. Şiddete Başvurma Durumu ile Gelir Düzeyi Arasındaki Bağa İlişkin Katılımcı Görüşlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi

Değişken		Evete	%	Hayır	%	Toplam
Yaş Ki-Kare=4,340 p=0,114	32 Yaş ve Altı	72	55	59	45	131
	33-41	63	51,6	59	48,4	122
	42+	41	41,4	58	58,6	99
	Toplam	176	50	176	50	352
Cinsiyet Ki-Kare=0,126 p=0,722	Kadın	128	50,6	125	49,4	253
	Erkek	48	48,5	51	51,5	99
	Toplam	176	50	176	50	352
Eğitim Durumu Ki-Kare = 6,707 p= 0,152	Lise	10	40	15	60	25
	Ön Lisans	42	48,3	45	51,7	87
	Lisans	95	54,9	78	45,1	173
	Yüksek Lisans ve Doktora	15	55,6	12	44,4	27
	Tıp ve Tıpta Uzmanlık	14	35	26	65	40
	Toplam	176	50	176	50	352
Hastanedeki Görev Ki-Kare=10,983 p=0,012	Hekim	14	34,1	27	65,9	41
	Hemşire	65	46,4	75	53,6	140
	İdari Personel	43	65,2	23	34,8	66
	Diğer Sağlık Personeli	54	51,4	51	48,6	105
	Toplam	176	50	176	50	352
Çalışılan Birim Ki-Kare=4,462 p=0,347	Acil Servis	21	45,7	25	54,3	46
	Poliklinik	50	52,6	45	47,4	95
	İdari Birimler	26	63,4	15	36,6	41
	Servis	49	45,8	58	54,2	107
	Diğer	30	47,6	33	52,4	63
	Toplam	176	50	176	50	352
Çalışma Süresi Ki-Kare=7,674 p=0,022	1-7 Yıl	76	58,9	53	41,1	129
	8-18 Yıl	57	48,3	61	51,7	118
	19+	43	41	62	59	105
	Toplam	176	50	176	50	352
Çalışma Saatleri Ki-Kare=2,228 p=0,135	Gündüz	93	54,1	79	45,9	172
	Gece-Gündüz Dönüşümlü	83	46,1	97	53,9	180
	Toplam	176	50	176	50	352

Tablo 13'te katılımcılara yöneltilen "sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda eğitim aldınız mı?" sorusuna verilen cevapların sosyo-demografik değişkenler ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığına ilişkin analiz sonuçları yer almaktadır. Ankete katılan 352 katılımcının %46,5'i sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin eğitim aldığını belirtirken %53,1'i bu konuda herhangi bir eğitim almadığını söylemiştir. Sağlık çalışanına yönelik şiddete ilişkin eğitim alma durumu ile sosyo-demografik değişkenler arasında çalışma süresi değişkeni hariç anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Çalışma süresi açısından sonuçlar anlamlıdır. 1-7 yıl çalışanların %38'i eğitim aldığını belirtirken, 8-18 yıl çalışanların %51,7'si, 19 yıl ve üzeri çalışanların ise %52,4'ü şiddet konusunda eğitim aldıklarını belirtmiştir. Çalışma süresi arttıkça sağlıkta şiddete yönelik eğitim alanların oranının arttığı görülmektedir.

Tablo 13. Sağlık Personeline Yönelik Şiddet Konusunda Eğitim Alma Durumuna İlişkin Katılımcı Görüşlerinin Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi

Değişken		Evet	%	Hayır	%	Toplam
Yaş Ki-Kare=2,009 p=0,366	32 Yaş ve Altı	55	42	76	58	131
	33-41	61	50	61	50	122
	42+	49	49,5	50	50,5	99
	Toplam	165	46,9	187	53,1	352
Cinsiyet Ki-Kare=0,729 p=0,393	Kadın	115	45,5	138	54,5	253
	Erkek	50	50,5	49	49,5	99
	Toplam	165	46,9	187	53,1	352
Eğitim Durumu Ki-Kare=6,793 p=0,147	Lise	14	56	11	44	25
	Ön Lisans	35	40,2	52	59,8	87
	Lisans	84	48,6	89	51,4	173
	Yüksek Lisans ve Doktora	17	63	10	37	27
	Tıp ve Tıpta Uzmanlık	15	37,5	25	62,5	40
	Toplam	165	46,5	187	53,1	352
Hastanedeki Görev Ki-Kare=4,031 p=0,258	Hekim	15	36,6	26	63,4	41
	Hemşire	66	47,1	74	52,9	140
	İdari Personel	28	42,4	38	57,6	66
	Diğer Sağlık Personeli	56	53,3	49	46,7	105
	Toplam	165	46,5	187	53,1	352
Çalışılan Birim Ki-Kare=3,654 p=0,455	Acil Servis	18	39,1	28	60,9	46
	Poliklinik	47	49,5	48	50,5	95
	İdari Birimler	16	39	25	61	41
	Servis	50	46,7	57	53,3	107
	Diğer	34	54	29	46	63
	Toplam	165	46,5	187	53,1	352
Çalışma Süresi Ki-Kare=6,474 p = 0,039	1-7 Yıl	49	38	80	62	129
	8-18 Yıl	61	51,7	57	48,3	118
	19+	55	52,4	50	47,6	105
	Toplam	165	46,5	187	53,1	352
Çalışma Saatleri Ki-Kare=0,315 p=0,575	Gündüz	78	45,3	94	54,7	172
	Gece-Gündüz Dönüşümlü	87	48,3	93	51,7	180
	Toplam	165	46,5	187	53,1	352

VI. TARTIŞMA

Bu çalışmada amaç, sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin Malatya ilinde hizmet veren bir kamu hastanesi özelinde incelenmesi, şiddetin boyutunun ortaya konulması, şiddete yönelik durum ve algının çalışanların kişisel ve demografik özelliklerine göre değişip değişmediğinin belirlenmesi ve alınan geri bildirimler aracılığıyla çözüm önerileri sunulmasıdır. Araştırmanın bulgularına yönelik tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 1: Katılımcıların çoğu şiddete maruz kalmıştır. Şiddete ilişkin genel durum şöyledir:

- Sağlık çalışanlarının çoğu şiddete maruz kalmıştır.

Katılımcıların %60,5'i sağlık sektöründe çalıştığı süre boyunca fiziksel, sözel/psikolojik veya cinsel şiddet türlerinden en az birine maruz kaldığını belirtmiştir. Fiziksel şiddete uğrama oranı %28,7, sözel/psikolojik şiddete uğrama oranı %59,9 ve cinsel şiddete uğrama oranı %3,4'tür. Araştırmanın bulgusu, literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlara ulaşıldığını göstermektedir. Arnetz ve Arnetz (1996), yapmış oldukları bir çalışmada sağlık sektöründe çalışanların %83'ünün işyeri şiddetine maruz kaldıklarını belirtmiştir. Demiroğlu ve diğerleri (2015) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının iş yaşamı boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kalma oranı %74,6 olarak bulunmuştur. Boz Eravcı (2014) yaptığı çalışmada bir hastanede şiddete maruz kalma oranını %65,2 olarak bulmuştur. Vento ve diğerleri (2020) tarafından yayınlanan çalışmada katılımcıların %61,9'u

işyerinde şiddetin herhangi bir biçimine maruz kaldığını belirtmiştir. Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması (2013) sonuçlarına göre meslek hayatı boyunca en az bir kez sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %86,8'dir. Türkiye'de yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranının %49-91 arasında olduğunu göstermiştir (Türk Tabipler Birliği, 2019).

Şiddete sağlık sektöründe sıklıkla başvurulduğu gözlenmektedir. Bu durum insanların şiddeti bir problem çözme yöntemi olarak görmesi, karşılaştığı bir durum karşısında tepki verme şekli ya da karşıdaki kişi üzerinde baskı kurarak hizmet alım sürecini hızlandırmak istemesi vb. birçok nedene bağlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetinden yararlananlar çoğunlukla fiziki koşullardan, bekleme sürelerinden ve sağlık personelinin tavırlarından şikâyetçi olurken sağlık hizmetini sunanlar çoğunlukla hasta yoğunluğunun fazla olmasından, hizmet alan grubun sabırsız davranışlarından ve sağlık personelinin koruyucu nitelikte mevzuat ve yaptırımların yetersizliğinden şikâyetçi olmaktadır. Burada empati yeteneğinin kullanılması iki grubun birbirini anlaması ve çözüm üretilebilmesi açısından önem arz etmektedir.

- En fazla maruz kalınan şiddet türü sözel şiddettir.

Şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin %59,9'u sözel/psikolojik şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Sözel şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların %51,1'i kendisine bağırıldığını belirtirken %41,2'si uygunsuz ve kaba davranışlara maruz kaldığını belirtmiştir. Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar (Liu vd., 2019; TBMM, 2013; Enişte, 2019; Öztunç, 2001; Ayrancı vd., 2006; Demiroğlu vd., 2015; Vento vd., 2020) araştırmanın bu bulgusunu desteklemektedir.

Sözel şiddetin diğer şiddet türlerinden daha fazla görülmesinin birçok nedeni vardır. Uygulanmasının kolay olması, herhangi bir fiziksel tahrip söz konusu olmadığından suçun ispatlanmasının zor olması, fiziksel ve cinsel şiddete oranla sözel şiddete daha fazla insiyatif gösterilmesi gibi nedenlerle sözel şiddet sıkça görülmektedir. Çoğu kurumda kullanılan güvenlik kameraları sadece görüntü kaydı yapmakta, ses kaydı almamaktadır. Bu durum sağlık kurumları için de geçerlidir. Diğer şiddet türleri açısından bir caydırıcılığı olan güvenlik kameraları sözel şiddet açısından her zaman söz konusu olmayabilmektedir. Yine sağlık kurumlarında şiddeti engellemek amacıyla güvenlik personeli bulundurulması ya da fiziksel alanların şiddeti önlemeye yönelik düzenlenmesi gibi tedbirler sözel şiddeti engellemek açısından yeterli olmamaktadır. Dolayısıyla sağlık çalışanları sözel şiddete diğer şiddet türlerine oranla çok daha fazla rastlamakta ve maruz kalmaktadır.

-Şiddetin en büyük nedenleri sabırsızlık ve eğitim seviyesinin düşüklüğüdür.

Katılımcılar şiddetin nedeni olarak %83 oranında hasta ve hasta yakınlarının sabırsız olmalarını, %73,6 oranında ise eğitimsizliği göstermişlerdir. Sağlık çalışanları üzerindeki yanlış algılar, uzun bekleme süreleri, sağlık çalışanlarının iş yoğunluğu ve medyanın etkisi de şiddetin nedenleri arasında gösterilmiştir. Gündüz (2019) yaptığı çalışmada, şiddetin nedenleri arasında en yüksek orana sahip seçenek %68 ile "eğitimsizlik" olarak bulunmuştur. Yüksek oranda tercih edilen diğer seçenekler bekleme süreleri ve hasta yakınlarının sabırsız davranışları olmuştur.

Eğitim konusu her alanda olduğu gibi sağlıkta şiddetin azaltılması konusunda da göz ardı edilemez bir konudur. Hasta ve hasta yakınlarının sabırsız davranışları da şiddete yol açabilmektedir ancak bu davranışların azaltılması da eğitimle mümkündür. Sadece koşulların iyileştirilmesi şiddet vakalarının önüne geçemeyecektir. Söz konusu hizmet sağlık hizmeti olduğundan standart bir sunum mümkün değildir. Her zaman ekstra durumların ortaya çıkma ihtimali vardır. Dolayısıyla ne kadar iyi organize edilirse edilsin yeni bir problemle karşılaşma ihtimali vardır. Bu noktada tarafların bilinçli davranması ve farkındalık göstermesi gerekmektedir. İki taraf için de bu durum eğitim ile sağlanabilir.

-Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları sorunlarını bireysel olarak çözme çabası içindedirler.

Şiddete maruz kalan katılımcıların %13,6'sı hiçbir şey yapmadığını, %10,8'i görmezden geldiğini belirtmiştir. Yaşadığı mağduriyeti bir meslektaşına ya da ailesine anlatanların oranı, %33'tür. Kendini fiziksel olarak koruma yolunu seçenlerin oranı ise %15,9'dur. Katılımcıların sadece %19,9'luk kısmı durumu yöneticisine rapor etmiştir. Ayrancı ve diğerleri (2002) tarafından yapılan çalışmada, şiddet vakalarında çalışanların %53,3'ünün güvenlik görevlilerini çağırmak yerine kendini savunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Demiroğlu ve diğerleri (2015) tarafından yapılan bir çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının %63,9'unun işlem yapılmadığı için saldırı sonrasında şikâyetle bulunmadığı görülmüştür. Bir başka çalışmada sağlık çalışanlarının şiddet olayı sonrasında durumu rapor etmediği ve hizmet sunumuna devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Toraks Bülteni, 2013). Şahin ve diğerleri (2011), yapmış olduğu bir çalışmada acil polikliniğinde çalışanların %70,11'inin şiddete maruz kaldıktan sonra hastaya hizmet vermeye devam ettiği bulgusuna ulaşmıştır.

Sağlık personelinin birçoğunun şiddet mağduru olduğu halde şikâyetçi olmadığı ya da durumu rapor etmediği ve bazen hizmet sunumuna devam ettiği görülmektedir. Bu önemli bir sorundur çünkü var olan bir problemde şikâyetçi olunmaması o problemin kabullenildiğini ya da yok sayıldığını göstermektedir. Her iki durumda da bu davranış biçiminin yanlış olduğu söylenebilir. Çünkü üzeri kapatılan problemler büyüyerek ilerde daha fazla sorun yaşanmasına zemin oluşturabilmektedir.

Bulgu 2: Sosyo-demografik değişkenler ile sağlık sektöründe görülen şiddet arasında anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Ulaşılan sonuçlar şöyledir:

-Yaş ve eğitim durumu ile şiddete maruz kalma durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Şiddete en fazla maruz kalan yaş grubu, 33-41 yaş grubudur ve bu yaş grubundaki katılımcıların %69,7'si şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Yapılan bir araştırmada yaş açısından 28-32 yaş grubundaki hemşirelerin diğer yaş gruplarına oranla daha fazla olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Şiddetin 28-32 yaş grubunda yoğunlaşmasının nedeni olarak çalışanların çoğunluğunun bu yaş grubunda olması gösterilmiştir (Can ve Beydağ, 2013).

Eğitim durumu değişkenine bakıldığında şiddete en çok maruz kalanlar tıp ve tıpta uzmanlık düzeyinde eğitim alanlar olarak görülmektedir (%70). Daha sonra lisans mezunları (%65,9) gelmektedir. Çamci ve Kutlu (2011), yaptığı çalışmada eğitim durumu açısından şiddete en fazla maruz kalan grubu 4 yıllık yüksek okul mezunları (%32,7) olarak bulmuştur. Bu durumun nedeni olarak eğitim düzeyi yüksek personelin doğrudan hasta ve yakınları ile yüz yüze iletişimin gerekli olduğu işleri yapması şeklinde düşünülebilir.

-Kadın çalışanların şiddete uğrama oranı erkek çalışanlardan daha yüksektir.

Kadın katılımcıların şiddete uğrama oranı %62,5, erkek katılımcılarda ise bu oran %55,6'dır. Öz (2020) tarafından yapılan meta analiz çalışmasında sağlık çalışanları açısından kadın çalışanların erkek çalışanlara oranla daha fazla risk altında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadın çalışanların daha fazla şiddet mağduru olmasının birçok nedeni sayılabilir. Kadınların toplumda güçsüz olarak görülmesi/düşünülmesi, şiddet olayında karşılık verme ihtimalinin erkek personele oranla düşük olması, tedavi hizmeti veren çalışanların çoğunluğunun kadın olması vb. bunlardan bazılarıdır.

-Şiddete en çok maruz kalanlar hekimler ve hemşirelerdir.

Hastanedeki görev açısından ele alındığında şiddete en fazla maruz kalanlar hekimler (%70,7) ve hemşirelerdir (%63,6). Diğer sağlık personeli oran olarak bu gruba yakınsa (%62,9) idari personelin nispeten daha düşük bir orana (%42,9) sahip olduğu söylenebilir. TBMM (2013) tarafından yapılan araştırmada hekimler (%55) ve hekim dışı sağlık personeli (%30) en fazla şiddete maruz kalan gruplar olmuşlardır. Ayrancı ve diğerleri (2002) tarafından yapılan çalışmada, çalışanların meslek gruplarına göre şiddete uğrama sıklıkları incelenmiş ve şiddete en fazla maruz kalan meslekler, hekimler ve hemşireler olarak bulunmuştur. Demiroğlu ve diğerleri (2015) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık

çalışanlarından şiddete en çok maruz kalanlar hekimler (uzman hekim %85,4, pratisyen hekim %87,5) ve ebeler (%78) olarak bulunmuştur. Vento ve diğerleri (2020) tarafından yapılan çalışmada hastalar ve ziyaretçiler tarafından hemşirelere ve doktorlara yönelik işyerinde şiddet yaygınlığının yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Saldırganların çoğunlukla hasta ve hasta yakınları olduğu ve şiddete en sık hekim ve hemşirelerin maruz kaldığı düşünüldüğünde, bu durumun hekim ve hemşireler ile hasta ve hasta yakınları arasındaki sürekli ve direkt iletişimden kaynaklı ortaya çıktığı görülebilir. Hasta ve hasta yakınları hastaneye başvurmalarına neden olan rahatsızlık nedeniyle olumsuz bir ruh halinde olmaktadır. Hekimler ve hemşireler ise yoğun iş temposu nedeniyle psikolojik ve fiziksel olarak yıpranmaktadır. Dolayısıyla bu iki grubun sürekli iç içe olması uyumsuzluklara ve buna bağlı olarak şiddet vakalarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

-Şiddete en çok maruz kalınan birimler acil servislerdir.

Çalışılan birim dikkate alındığında şiddete en fazla maruz kalan çalışanların %78,3 ile acil servis çalışanları olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Devlet hastaneleri acil hizmetleri şiddet vakalarının en sık görüldüğü yerlerdir. Türkiye’de şiddet olaylarının %79’u acil servislerde meydana gelmektedir (Toraks Bülteni, 2013). Beyaz koda başvurular üzerinde yapılan bir araştırmaya göre (01 Temmuz-31 Aralık 2012) şiddete en çok maruz kalınan birimler sırasıyla acil servis ve polikliniklerdir (TBMM, 2013). Şiddet olaylarına en fazla rastlanan birimlerin acil servis ve poliklinikler olmasının birçok nedeni vardır. Acil servisin kesintisiz olarak hizmet vermesi ve hasta sirkülasyonunun fazla olması, çalışma koşulları itibariyle hasta/hasta yakınları ve sağlık personelinin iç içe olması ve acil servise getirilen hastaların hayati tehlikelerinin olabilmesi en önemli etkenlerdir.

-Şiddete en fazla hasta ve hasta yakınları tarafından maruz kalınmıştır.

Fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların %23,5’i hastalar tarafından şiddete maruz kaldığını belirtirken, %70,6’sı hasta yakınları tarafından şiddet mağduru olmuştur. Sözel şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların %31,8’i hastalar, %50,2’si hasta yakınları tarafından şiddete uğramıştır. Cinsel şiddete maruz kaldığını belirten katılımcıların %50’si hastalar tarafından, %16,7’si hasta yakınları tarafından cinsel şiddete maruz kalmışlardır. Demiroğlu ve diğerleri (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, en çok şiddet uygulayanların hasta yakınları (%64,1) ile hastalardan (%30,1) oluştuğu saptanmıştır. Türkiye’de şiddet olaylarının %91’inin hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ifade edilmiştir. Şiddet uygulayanlar çoğunlukla hasta veya hasta yakınları olup, çoğunlukla tedavi hizmetleri sırasında şiddete başvurmuşlardır (Toraks Bülteni, 2013). Hasta ve hasta yakınları hizmet sunumu sırasında sağlık çalışanları ile temas halinde olmaları dolayısıyla şiddete başvurmaları halinde sağlık personeline ulaşma imkânı bulmaktadır. Bu bakımdan çalışma alanlarının sağlık personeli ile hasta arasında doğrudan teması kesecek şekilde düzenlenmesi faydalı olacaktır ancak söz konusu hizmet sağlık hizmeti olduğundan bunun pratikte uygulaması tam anlamıyla mümkün olmamaktadır.

-Şiddet olayları en fazla poliklinik hizmetleri sırasında gerçekleşmektedir.

Katılımcıların %18,9’u ziyaret saatinde, %58’i poliklinik hizmetleri sırasında, %2,4’ü taburculuk hizmetleri sırasında, %20,8’i diğer saatlerde şiddet vakaları ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. En yüksek oran, poliklinik hizmetleri sırasında şiddete maruz kalan çalışanlara aittir. Hizmet sunumu sırasında sağlık personelinin yoğunluğu, çalışma şartlarının ağır ve yıpratıcı olması şiddete zemin hazırlamaktadır. Aynı şekilde hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları rahatsızlık dolayısıyla üzüntü ve stres yaşamaları, bekletilmek istememeleri vb. nedenlerle sağlık çalışanlarına karşı doğru olmayan yaklaşımlar sergileyebilmektedir. Poliklinik hizmetleri sırasında bu iki grubun aynı ortamda olması da şiddetin sıklıkla görülmesine neden olmaktadır. Şartların iki taraf için de düzeltilmesi önemlidir. Karşılıklı empati yapılmalı ve daha verimli bir iletişim süreci oluşturulmalıdır.

Bulgu 3: Sağlık çalışanlarının çoğu uğradığı şiddette kendisinin suçu olmadığını düşünmektedir.

Katılımcıların %98,1'i uğradığı şiddette kendisinin neden olmadığını düşünmektedir. Kadın katılımcıların %99,4'ü, erkek katılımcıların ise %94,5'i uğradığı şiddette kendisinin herhangi bir suçu olmadığını belirtmiştir. Millet (2016), yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %95,3'ü gibi büyük bir çoğunluğunun uğradıkları şiddette suçu olmadığını düşündüğü bulgusuna ulaşmıştır. Malpraktis dâhil tıbbi uygulamalarda yapılan hata ya da hasta ve yakınlarına karşı istenmeyecek davranışlar gösterilse dahi sağlık çalışanlarına karşı şiddeti haklı göstermez. Bu gibi durumlarda adli ve idari yollarla hak aranmalıdır.

Bulgu 4: Sağlık çalışanlarının çoğu sağlık sektöründe görülen şiddetin önlenilebileceğini düşünmektedir.

Katılımcıların %65,6'sı sağlık sektöründe karşılaştıkları şiddet vakalarının önlenilebilir olduğunu düşünmektedirler. Şiddet olayının engellenebilir olduğunu savunanlar arasında en yüksek oran %71,4 ile yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim alan katılımcılara aittir. Eğitim seviyesi yüksek çalışanların şiddet vakalarının önlenilebilirliği konusundaki inancı daha fazladır. Hastanedeki görev açısından değerlendirme yapıldığında şiddet olayının engellenebilir olduğunu söyleyenler arasında en büyük pay %72,4 ile idari personeldir. Özdemir Takak (2017), yaptığı çalışmada katılımcıların %67,3'ü önlenilebilir olduğunu, %32,7'si önlenemeyeceğini söylemiştir. Eğitim seviyesi yüksek çalışanların bu konudaki inancının daha fazla olması, idari personelin çoğunluğunun şiddetin önlenilebilir olduğunu düşünmesi bu konuda sunabilecekleri çözüm önerileri olduğunu düşündürmektedir. Bu anlamda yetkin personelin görüşleri değerlendirilmeli, şiddet vakalarının önüne geçebilmek adına fikirleri alınmalıdır.

Bulgu 5: Sağlık çalışanlarının çoğu çalıştığı kurumda şiddete yönelik güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir.

Katılımcıların %54'ü çalıştığı kurumdaki güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Millet (2016), tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının %68,1'i çalıştıkları kurumda güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Sağlık kurumlarında güvenlik personeli, güvenlik kamerası vb. birçok güvenlik önlemi alınmış ve sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik yasal mevzuatlar hazırlanmış olduğu halde çalışanların bu tedbirleri yetersiz bulması üzerinde düşünülecek bir durumdur. Alt yapısı var olan bu tedbirlerin etkin şekilde uygulanması ve takibinin yapılması faydalı olacaktır. Sağlık çalışanlarının güvende hissedecekleri bir çalışma ortamında faaliyetlerini yürütmeleri sunulan sağlık hizmetinin kalitesi açısından da önem arz etmektedir.

Bulgu 6: Sağlık çalışanlarının çoğu son bir yıl içerisinde Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını düşünmektedir.

Katılımcıların %93,8'i son bir yıl içerisinde şiddet vakalarının arttığını düşünmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin tamamı, hemşirelerin %95'i, idari personelin %87,9'u, diğer sağlık personelinin %93,3'ü son 1 yılda Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını belirtmiştir. Katılımcıların %79'u bu artışta medyanın etkisi olduğunu düşünmektedir. Acil servis çalışanlarının %97,8'i, poliklinik çalışanlarının %96,8'i, idari birimlerde çalışanların %85,4'ü, servis çalışanlarının %94,4'ü, diğer birimlerde çalışanların %90,5'i olmak üzere son bir yılda Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığını belirtmişlerdir. Oranların yüksek olması şiddet vakalarındaki artışın ciddiyetine dikkat çekmektedir. Aydın (2008) yaptığı bir çalışmada son bir yılda toplumda şiddet vakalarının arttığını düşünenlerin oranı %86, sağlıkta şiddet olaylarının arttığını düşünenlerin oranı %72, görev yaptığı kurumda şiddet vakalarının arttığını düşünenlerin oranı ise %51 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %91'i Türkiye'de şiddetin arttığı yönünde görüş belirtmiştir.

Yapılan çalışmalar, sağlıkta şiddet vakalarının önüne geçilmesi ertelenemez bir gereklilik halini aldığını göstermektedir. Sağlık kurumlarında şiddet vakalarında görülen artış birçok sebebe bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Covid-19 pandemisi dolayısıyla hastanelerin yoğun çalışması, sağlık personelinin yeterli izin kullanamaması gibi nedenlere bağlı olarak şiddet vakalarının arttığı düşünülmektedir. Ayrıca son dönemde şiddete ilişkin olumsuz yayımlarla sıklıkla karşılaşılması şiddeti tetikleyen bir unsur olabilir. Sağlık sektörünün dışında karşılaşılan şiddet vakalarının sağlık sektörüne yansması, şiddetin toplumda bir çözüm yöntemi olarak görülmesi insanların şiddet eğilimi göstermesine neden olabilmektedir.

Bulgu 7: Sağlık çalışanlarının çoğu sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisi olduğunu düşünmektedir.

Katılımcıların %79'u şiddetin artmasında medyanın etkisi olduğunu düşünmektedir. Tıp ve tıpta uzmanlık mezunu çalışanların %92,5'i sağlıkta şiddetin artmasında medyanın etkisi olduğunu düşüncesini savunmaktadır. Meslek grubu açısından bu düşüncüyü en çok savunan grup hekimler (%92,7) ve hemşirelerdir (%82,1). Çalışılan birimler açısından ele alındığında ise acil serviste (%91,3) ve servislerde (%83,2) çalışanlarda medyanın sağlıkta şiddeti artırdığı görüşü hâkimdir. Durmuş (2019), yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında medyanın etkisi olup olmadığını sormuş, %93,8 oranında evet cevabını almıştır. Medyada şiddeti tetikleyen olumsuz haberlerin sıklıkla gündeme gelmesi insanların şiddete olan eğilimlerini artırmaktadır. İnsanların şiddete neden olan saldırganın ceza almadığını ya da hafif cezalar aldığını görmesi şiddete başvurma konusunda cesaretlerini artırmaktadır. Bu bağlamda saldırganların kimliklerinin ifşa edilmesi, işledikleri suçun ve uygulanan yaptırımın medyaya yansıtılması faydalı olacaktır.

Bulgu 8: Sağlıkta şiddet konusunda eğitim alma oranı yarıdan azdır.

Katılımcıların yarısından fazlası (%53,1) sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Eğitim alan %46,5'lik kısım ele alındığında çalışma süresi açısından anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. 1-7 yıl çalışanların %38'i eğitim aldığını belirtirken 8-18 yıl çalışanların %51,7'si, 19 yıl ve üzeri süredir çalışanların ise %52,4'ü şiddet konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Çalışma süresi arttıkça sağlıkta şiddete yönelik eğitim alanların oranının arttığı görülmektedir. Kişisel çabaların haricinde kurum içi eğitimlerin bu anlamda etkili olduğu yorumu yapılabilir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda bu araştırmanın bulgularından hareketle sağlık kurumlarında görülen şiddet vakalarının önüne geçebilmek/azaltabilmek adına öneriler şu şekildedir:

-Sağlık kurumlarında şiddete yönelik hizmet içi eğitimler verilmelidir. Şiddet olayı öncesinde alınması gereken tedbirler, olay sırasında yapılması gerekenler ve olay sonrasında takip edilmesi gereken prosedürler hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Sadece şiddete yönelik eğitimler yeterli olmayabilir. Bu bakımdan taraflar arasında sağlıklı iletişim kurulabilmesi adına, kişiler arası iletişime yönelik eğitimler faydalı olacaktır. Ayrıca stres yönetimi, stres ile başa çıkma yolları, kriz yönetimi, öfke kontrolü, vb. içeriklere sahip eğitimler verilebilir.

-Şiddet olaylarında saldırganlara yönelik yaptırımlar gerçekçi olmalı ve anında uygulanabilir nitelikte olmalıdır. Sağlık çalışanları şiddet olayı sonrasında yaptırımların yetersiz olduğunu düşünmektedir. Saldırganların şiddete başvurduktan sonra ciddi bir yaptırımlara maruz kalacağını bilmesi şiddete başvurma eğilimini azaltacaktır.

-Şiddeti önlemek amacıyla teknolojinin sunduğu imkânlardan faydalanılmalıdır. Hâlihazırda kullanılan alarm sistemleri ve güvenlik kameralarının yanında saldırganların kimlik bilgilerinin

işaretlenebildiği, başka bir sağlık kuruma giriş yaptığında sağlık personeline uyarı veren bir otomasyon sistemi faydalı olacaktır.

-Karşılaşılan şiddet vakaları kayıt altına alınmalı geleceğe yönelik risk planları oluşturulurken bu kayıtlardan faydalanılmalıdır.

-Kurum içi güvenlik önlemleri, şiddetin yoğun olduğu birimlerde daha sıkı tutulmalıdır. Örneğin acil servis ve polikliniklerde hastane polisi ve güvenlik personeli sayıları idari birimlere oranla daha fazla olmalıdır. Risk değerlendirmesi yapılarak gerekli tedbirlerin alınması önemlidir. Gerektiğinde hasta ile sağlık çalışanı arasında teması kesebilecek güvenli alanların oluşturulması, hastane içi beyaz kod uygulaması, yoğun alanlarda uygun bekleme alanlarının oluşturulması gibi önlemler artırılabilir.

-Sağlık çalışanlarının mesai sürelerine ilişkin düzenlemeler yapılmalı ve daha makul düzeye getirilmelidir. Yoğun çalışma temposu ve uzun süren mesailer sağlık personelinin olumsuz etkilemekte ve bu durum hastalara da yansiyabilmektedir.

-Sağlık kurumlarında hasta ve hasta yakınlarının konforunu sağlayacak fiziki düzenlemeler yapılmalıdır. Böylece hasta ve hasta yakınları açısından konforlu bir hizmet ortamı oluşurken sağlık çalışanları da hizmet sunumu sırasındaki yoğunluktan kurtulacaktır.

-Sağlık sektöründe görülen şiddet; toplumda görülen şiddetten ayrı görülmemeli, mesleğin bir parçası ya da olağan bir durum olarak düşünülmemeli, göz ardı edilmemelidir. Bu bakımdan toplumun da eğitilmesi/bilinçlenmesi gereklidir. Eğitim kurumlarında sağlık okuryazarlığını artırabilecek dersler verilebilir; temel sağlık süreçleri hakkında bilgilendirme yapılabilir, sevk zinciri hakkında bilgilendirme yapılabilir.

-Toplumsal bilinç oluşturulması açısından medya aktif ve etkili kullanılmalıdır. Kamu spotları yayınlanmalı, olumsuz ve taraflı haberlerin yayınlanması engellenmeli ve ilgili Bakanlıklarca takip edilmelidir. Sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçlarda saldırganın akıbeti toplumla paylaşılmalıdır. Saldırganların çarptırıldıkları cezaların toplum tarafından bilinmesi toplumda bir güven duygusu oluştururken, şiddet eğilimi olan kişiler için caydırıcı bir faktör olacaktır.

-Sağlıkta şiddeti ortaya çıkaran durumlar arasında sağlık hizmetine erişememek de yer almaktadır. Kişilerin ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerine erişmeleri sağlık sistemlerinin önemli amaçlarındandır. Bu nedenle ülke genelinde sağlık personeli ve özellikle hekimlerin sayı ve nitelik olarak dengeli dağılımı sağlanarak kişilerin sağlık hizmeti kullanımını kolaylaştırılmalıdır.

Bu çalışma sonunda gelecekte yapılacak çalışmalara yönelik öneriler şu şekildedir:

-Bu çalışma bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda şiddet, kamu hastanesi yanında özel hastanelerde de araştırılarak kamu-özel karşılaştırması yapılabilir.

-Çalışmanın araştırma kısmı, sağlık çalışanlarının görüşleri üzerinden gerçekleştirilmiştir. Yapılacak yeni çalışmalarda sağlıkta şiddete ilişkin hasta ve hasta yakınlarının görüşleri de alınarak konu farklı açıdan incelenebilir.

Etik Kurul İzni: Araştırmanın yapılabilmesi için 16119052-199-E.29885 sayılı ve 24.11.2020 tarihli Etik Komisyonu onayı alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Arnetz, J. E., Arnetz, B. B., & Petterson, I. L. (1996). Violence in the nursing profession: Occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. *Work and Stress, 10*(2), 119-127.
- Aydın, M. (2008). *Isparta-Burdur sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddet algısı*. Türk Tabipler Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Balcı, Y., & Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(2), 276-296.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., & Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3*, 147-154.
- Butchart, A., & Mikton, C. (2014). *Global status report on violence prevention*. WHO, UNODC and UNDP.
- Boz Eravcı, D. (2014). Şiddet: Sağlık çalışanları üzerindeki etkisi, risk faktörleri: Bir kamu hastanesi örneği [Uzmanlık Tezi]. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi.
- Can, K., & Beydağ, K. D. (2013). Acil servis hemşirelerine hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddetin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2*(4), 419-430.
- Cooper, C. L., & Swanson, N. (1997). *Workplace violence in the health sector: State of The Art*. https://static1.squarespace.com/static/579770cd197aea84455d6908/t/57d862ce1b631b9612505e16/1473798863485/sew_workplace_violence_in_the_health_sector_state_of_the_art_paper.pdf
- Çamcı, O., & Kutlu, Y. (2011). Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2*(2), 9-16.
- Çınarlı, İ., & Yücel, H. (2014). Sağlık iletişiminin bakış açısı ile Türkiye'de sağlık işyeri ortamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı: 3* (Sağlık İletişimi), 31-52.
- De Zulueta, F. (2006). *From pain to violence: The traumatic roots of destructiveness*. John Wiley&Sons
- Demirci, Ş. (2018). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Demiroğlu, T., Kılınç, E., & Atay, E. (2015). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Kilis ili örneği. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 24*(1), 49-55.
- Di Martino, V. (2002). *Workplace violence in the health sector country case studies Thailand and an additional Australian study by*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/WVsynthesisreport.pdf?ua=1
- Durmuş, M. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Konya 112 acil sağlık hizmetleri'nde bir uygulama* [Yüksek Lisans Tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Enişte, S. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve nedenleri: Sivas numune hastanesi örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.

- Elliott, P. P. (1997). Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nursing Management*, 28(12), 38-41.
- Gülay, S. (2015). Sağlık kurumlarında şiddet. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü*, 33, 32-33.
- Gündüz, M. (2019). *Hastaların sağlıkta şiddete yönelik görüşleri ile hasta haklarını kullanma tutumlarının belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Trakya Üniversitesi.
- ILO, ICN, WHO & PSI. (2002). *Framework guidelines addressing workplace violence in the health sector*. Geneva.
- ILO. (2003). *Workplace violence in the health sector country case study research instrument guideline for focus group discussion*. ILO/ICN/WHO/PSI.
- İlhan, M. N., Yılmaz, D., Barkan, O., Toksoy, N., & Uysaler, Y. Z. (2015). *Sağlıkta şiddet nasıl biter?* Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi, 1-34.
- Kocacık, F. (2001). Şiddet olgusu üzerine. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-7.
- Krug, E. G., Dahlberg, T. T., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Sampson, O., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F., & Lu, Z. (2019). Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76(12), 927-937.
- Millet, F. M. (2016). *Sağlık çalışanlarına şiddet davranışlarının değerlendirilmesi ve sağlık çalışanları iş doyumunu* [Yüksek Lisans Tezi]. Kırklareli Üniversitesi.
- OSHA. (2016). *Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers*. Occupational Safety and Health Administration: U.S. Department of Labor.
- Özdemir Takak, S. (2017). *Ankara Atatürk eğitim ve araştırma hastanesi'ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusundaki görüş ve tutumları ile bunlara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi* [Uzmanlık Tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Öz, E. (2020). *Sağlıkta şiddetin gelişimine neden olan risk faktörleri: Meta analiz çalışması* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- Öztunç, G. (2001). Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1), 1-9.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2013). *Sağlık çalışanları şiddet araştırması*. SAĞLIK-SEN Yayınları, Ankara. Erişim: 10.10.2021, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saglikksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf
- Saines, J. C. (1999). Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 8-12.
- Şahin, B., Gaygisiz, Ş., Balci, F. M., Öztürk, D., Sönmez, M. B., & Kavalci, C. (2011). Violence against allied healthcare personnel in an emergency department. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(3), 110-114.

- Taşdemir Afşar, S. (2015). Türkiye’de şiddetin “kadın yüzü”. *İstanbul Journal of Sociological Studies*, 52, 715-753.
- TBMM. (2013). *Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu*. Yasama dönemi:24, Yasama Yılı:3, Sıra Sayısı: 454. Ocak 2013.
- Toraks Bülteni. (2013). *Analiz: Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırma komisyonu raporu*.
https://toraks.org.tr/site/sf/books/pre_migration/4245b10cfe789eda50a63891d5d850c395e2c19812119d5bf3ba93e1dfecb63e.pdf
- Türk Sağlık-SEN AR-GE. (2019). *Sağlıkta şiddetin nedenleri ve çözüm önerileri, yeni bir çözüm önerisi: Sağlıkta sıfır toleranslı alan uygulaması*.
<https://www.turksaglikksen.org.tr/belgeler/6344683875-tss-saglikta-siddet-kitapcik.pdf>
- Türk Tabipler Birliği. (2019). *Şiddetle başa çıkmak* [2. Baskı]. TTB.
- Ünal, A. (2019). *Sağlıkta şiddet olaylarında hukuki sorumluluk*. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.
- Vento, S., Cainelli, F., & Vallone, A. (2020). Violence against healthcare workers: A worldwide phenomenon with serious consequences. *Frontiers in Public Health*, 8(September), 10-13.
- WHO. (2014). *Global status report on violence prevention*. WHO.
- WHO (2022). 10 Facts About Violence Prevention. Erişim: 13.06.2021,
https://www.who.int/features/factfiles/violence/violence_facts/en/
- Yavuz, A. İ. (2014). *Sağlık işletmelerinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında çalışanlara yönelik şiddet: Dr. Behçet Uz çocuk hastalıkları ve cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi örneği*. [Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Yıldırım, H. H. (2012). *Sağlık işyeri ortamında şiddet: Halkın şiddet algısı ve değerlendirmeleri, ön bulgular raporu*. Sağlık-Sen Yayınları.

SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLEYİCİLERİ: OECD ÜLKELERİ İÇİN PANEL VERİ ANALİZİ *

Jebağı Canberk AYDIN **

Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR ***

ÖZ


Sağlık harcamaları, son yirmi yılda reel olarak iki kat artarak 8,5 trilyon dolar (\$) seviyesine ulaşmıştır. Günümüzde bu oran küresel GSYH'nin yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarındaki süregelen artış ve bu harcamaların sürdürülebilir finansmanın sağlanabilmesi amacıyla sağlık harcamalarını etkileyen etmenlerin belirlenmesi hem araştırmacıların hem de sağlık hizmetlerinin yönetimi ve planlanmasında yer alan kişi ve kurumların yoğun olarak ilgisini çekmektedir. Bu çalışma sağlık harcamalarının belirleyicilerini tespit edebilmek amacıyla, gelişmiş/gelişmekte olan üyesi olduğu ve küresel sağlık harcamalarının önemli bölümünü de gerçekleştiren OECD üyesi ülkelerde sağlık harcamalarını etkileyen etmenleri karşılaştırılabilir veriler üzerinden tespit edebilmek için 2000-2018 yıllarını kapsayan bir panel veri analizidir. Araştırmada bağımlı değişken olarak kişi başı toplam sağlık harcaması; bağımsız değişkenler olarak ise kişi başı GSYH, istihdam oranı, 65 yaş üstü nüfus oranı, doğumda beklenen yaşam süresi ve kentleşme oranı ile ilgili veriler kullanılmıştır. Modelde yatay kesit bağımlılığı, birim ve zaman etkileri açısından test edilmiş, gölge değişkenli en küçük kareler yöntemi ile tahmin edilmiştir. Panel veri analizi sonucunda, OECD ülkesinde kişi başı toplam sağlık harcamasını pozitif yönde etkileyen etmenler kişi başı GSYH ve istihdam oranı olarak tespit edilmiştir. Negatif yönlü etmen ise 65 yaş üstü nüfus oranı olarak tespit edilmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresi ve kentleşme oranının istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Araştırma sonucunda, kişi başı toplam sağlık harcamasına pozitif yönlü etkisi olan kişi başı GSYH ile ilgili sonuç, literatürdeki araştırmaları destekler niteliktedir. İstihdam oranının pozitif etkisi üzerine literatürde karşılaştırılabilir nitelikte araştırma tespit edilememiştir. Bu açıdan istihdam ve sağlık harcaması arasındaki ilişki özgünlük taşımaktadır. Yaşlanmanın sağlık harcamaları üzerine pozitif etkisi olduğu ve 65 yaş üstü nüfus oranı ile bu ilişkinin ortaya konduğu pek çok araştırma olmakla birlikte bu araştırmanın sonucu negatif yönlü bir ilişkiyi ortaya koymaktadır. Bu sonuç, bir nedensellik olarak değerlendirilmemekle birlikte özgünlük taşımaktadır. Bu açıdan yaşlanmanın sağlık harcaması üzerine etkisinin farklı boyutları ile araştırılması gerekmektedir. Ayrıca sağlık harcamalarının belirleyicilerinin tespit edilmesi için gerçekleştirilecek çalışmaların; kapsamdaki ülke sayısı, zaman boyutu ve değişkenler açısından çeşitlendirilmesi, sağlık sistemleri özellikleri ve sağlık politikası açısından da farklı boyutlardan da değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık harcaması, sağlık harcamalarının belirleyicileri, OECD ülkeleri, panel veri analizi.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma, Jebağı Canberk AYDIN'ın 30.06.2021 tarihinde savunduğu "Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: OECD Ülkelerine Yönelik Kümeleme ve Panel Veri Analizi" başlıklı doktora tezi temel alınarak hazırlanmıştır.

** Dr. Öğr. Üyesi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, jcanberkaydin@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4612-8176>

*** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gulbiyey@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8617-7162>

Gönderim Tarihi: 27.04.2022

Kabul Tarihi: 21.06.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Aydın, J. C. & Yenimahalleli Yaşar, G. (2023). Sağlık harcamalarının belirleyicileri: OECD ülkeleri için panel veri analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2), 335-352

DETERMINANTS OF HEALTH EXPENDITURES: PANEL DATA ANALYSIS FOR OECD COUNTRIES *

Jebağı Canberk AYDIN **

Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR***

ABSTRACT

Health expenditures have doubled in real terms over the past two decades, reaching \$8.5 trillion. Today, this represents approximately 10% of global GDP. The continuous increase in health expenditures and the determination of the factors affecting these expenditures are attracting the attention of researchers, as well as individuals and institutions involved in the management and planning of healthcare services. This study is a panel data analysis covering the years 2000-2018 in order to determine the factors affecting health expenditures in OECD member countries, which are members of developed/developing countries and also account for a significant part of global health expenditures. The analysis utilizes comparable data and employs techniques such as testing for cross-sectional dependence, unit and time effects, and estimation using the least squares method with shadow variables. The dependent variable in the model is per capita total health expenditure, and the independent variables used are per capita GDP, employment rate, proportion of the population over 65 years of age, life expectancy at birth, and urbanization rate. The model was tested for cross-sectional dependence, unit and time effects, and estimated using the least squares method with shadow variables. The results of the panel data analysis show that GDP per capita and the employment rate are factors that positively affect per capita total health expenditure in OECD countries. The negative factor is the proportion of the population over 65 years of age. Life expectancy at birth and urbanization rate were found to have no statistically significant impact. The result concerning GDP per capita, which has a positive effect on per capita total health expenditure, supports existing studies in the literature. No comparable research could be found in the literature regarding the positive effect of the employment rate. Therefore, the relationship between employment and health expenditure is unique. Although there are many studies showing that aging has a positive effect on health expenditures, particularly in relation to the population over 65 years old, the result of this research reveals a negative relationship. While this result is not considered causality, it is original. Therefore, the effect of aging on health expenditure should be investigated from different dimensions. Additionally, for future studies aimed at determining the determinants of health expenditures, it is recommended to diversify the number of countries included in terms of time dimension and variables and to evaluate them from different dimensions in terms of health system characteristics and health policy.

Keywords: Health expenditure, determinants of health expenditures, OECD countries, panel data analysis.

ARTICLE INFO

* This study was prepared on the basis of the doctoral thesis titled "Determinants of Health Expenditures: Clustering and Panel Data Analysis for OECD Countries" defended by Jebağı Canberk AYDIN on 30.06.2021.

** Asst. Prof., Trakya University, jcanberkaydin@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4612-8176>

*** Prof., Ankara University, gulbiyey@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8617-7162>

Received: 27.04.2022

Accepted: 21.06.2023

Cite This Paper:

Aydın, J. C. & Yenimahalleli Yaşar, G. (2023). Determinants of health expenditures: panel data analysis for OECD countries. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2), 335-352

I. GİRİŞ

Sağlığa yapılan küresel harcamalar son yirmi yılda reel olarak iki katına çıkarak 2019 yılında 8,5 trilyon Amerika Birleşik Devletleri (ABD) doları (\$) seviyesine ulaşmıştır. Bu harcama düzeyi, 2019 yılında küresel Gayrisafi Yurt İçi Hasıla'nın (GSYH) %9,8'inin sağlık harcamalarına yapıldığını göstermektedir ki 2000 yılında bu oran %8,5 düzeyindeydi. Sağlık harcamaları aynı zamanda ülkeler açısından da eşitsizlikler barındırmaktadır. Yüksek gelirli ülkeler küresel sağlık harcamalarının yaklaşık %80'inini oluşturmaktadır. Sadece ABD, küresel sağlık harcamalarının %40'ından fazlasını tek başına gerçekleştirmektedir. Aynı zamanda yüksek gelirli ülkelerde kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı, düşük gelirli ülkelere en az dört kat daha fazladır (WHO, 2021). Sağlık harcamalarındaki süregelen artış ve bu harcamaların sürdürülebilir finansmanının sağlanabilmesi amacıyla sağlık harcamalarını etkileyen etmenlerin belirlenmesi hem araştırmacıların hem de sağlık hizmetlerinin yönetimi ve planlanmasında yer alan kişi ve kurumların önemli derecede ilgisini çekmektedir.

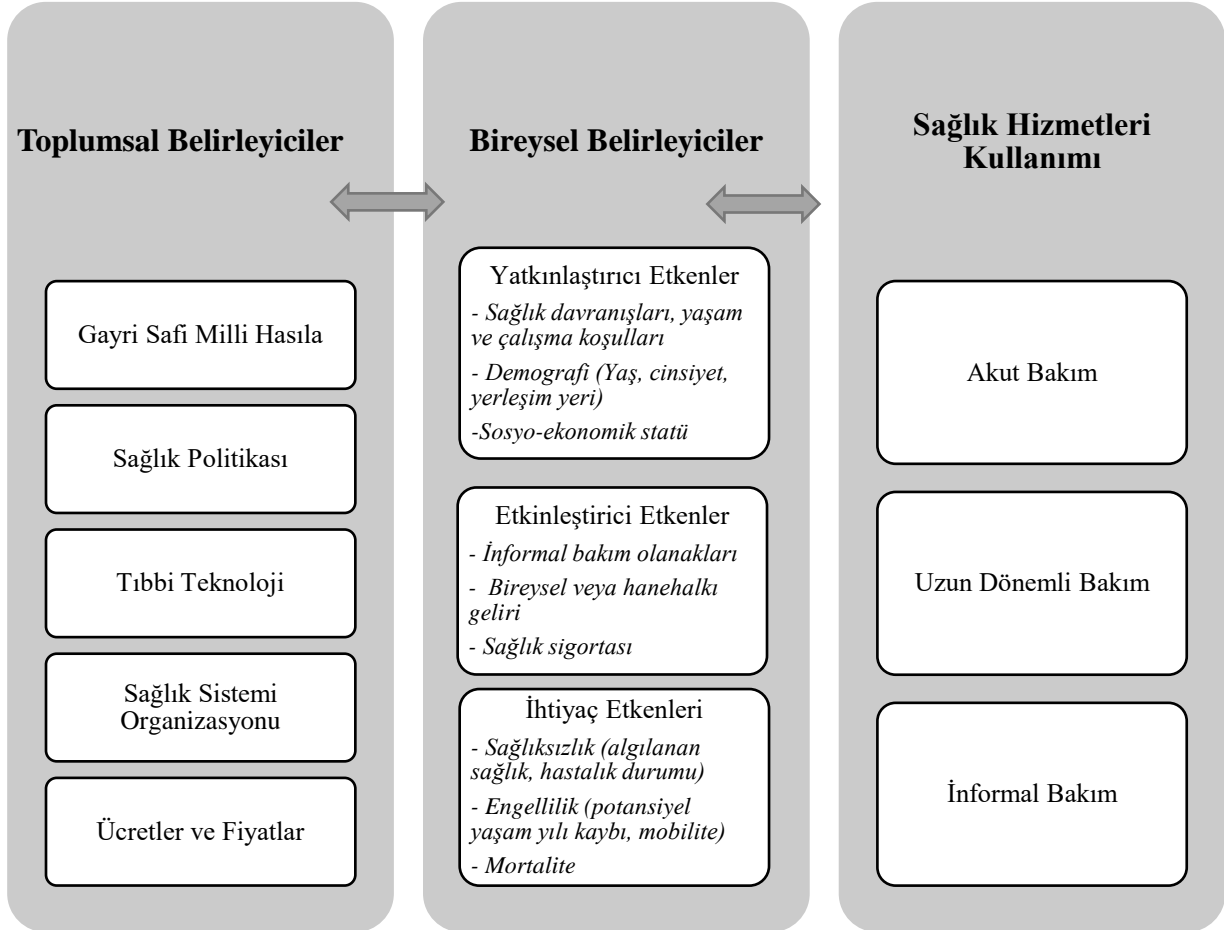
Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün (OECD) tanımına göre sağlık harcaması; kişiye yönelik bakım ile (tedavi edici, rehabilite edici, uzun dönemli bakım faaliyetleri ile bunlara yönelik yardımcı hizmetleri ve tıbbi ürünleri) topluma yönelik (halk sağlığı ve sağlık yönetimi) faaliyetler kapsamında gerçekleşen tüm sağlık ürün ve hizmetlerinin nihai tüketiminin ölçülmesini ifade etmektedir. Bu ölçüm, genellikle bir yıllık bir dönemin parasal değeri üzerinden gerçekleşmekte ve bu ölçüm cari sağlık harcaması olarak adlandırılmaktadır. Cari sağlık harcamasına, harcamalar üzerine olumlu veya olumsuz etkileri uzun yıllar boyunca devam edebileceğinden dolayı yatırım harcamaları dahil edilmemektedir. Yatırım harcamalarının, cari sağlık harcamalarına eklenmesi ile toplam sağlık harcamaları verisi elde edilebilmektedir. Fakat yıllık olarak (cari) derlenen OECD sağlık harcamaları verileri –aksi belirtilmediği sürece- sağlık yatırımı harcamalarını içermemektedir (OECD, 2022). Türkiye İstatistik Kurumu'na (TÜİK) göre sağlık harcaması; ilaçlar, sağlık ürünleri, tedavi edici alet ve malzemeler (gözlük, lens, boyunluk, işitme cihazı, yürüteç vb.), sağlıkla ilgili aletler (tansiyon aleti, şeker ölçme aleti vb.) hastane ve hastane dışı tıbbi hizmetler (doktor muayene ücreti, dişçilik hizmetleri, röntgen, ultrason, tomografi, tahlil vb. ile hastane yatak, ameliyat, doğum, fizik tedavi, ambulans vb.) ile ilgili tüketim harcamalarını kapsamaktadır (TÜİK, 2020).

Ülkeler arasında bir standart oluşabilmesi ve bu sayede karşılaştırmalı analizler yapılabilmesi için 1970'li yıllarda sağlık harcaması verilerini düzenleme konusunda girişimlere başlayan OECD, 1980 yılında 24 OECD ülkesinin sağlık harcaması verisini derleyip, araştırmacıların kullanıma sunmuştur. 2000 yılında Sağlık Hesapları Sistemi (SHS)'ni geliştiren OECD, 2011 yılında Eurostat ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile iş birliği içinde SHS 2011'i düzenlemiş ve bu harcama modülü sağlık harcamalarının hesaplanmasında en yaygın kullanılan araç haline gelmiştir (OECD/Eurostat/WHO, 2017). SHS, bir ülkede bir yılda gerçekleştirilen sağlık faaliyetlerinin parasal değerini ölçer. Temel amaç; kimin, ne için, ne kadar ödeme yaptığının belirlenmesidir. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde kullanılan paranın nereden geldiği (finansman) ve nereye gittiği (harcamalar) tespit edilebilmektedir (Bui vd., 2015). Türkiye'de sağlık harcamalarının tespitinde standart bir yöntem kullanma girişimi ilk kez 1999 ve 2000 yılları için sağlık harcamalarının OECD Ulusal Sağlık Hesapları sistemine göre belirlenmesi çalışması ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilen bu ilk çalışma, 2001 yılı sonrasında TÜİK tarafından düzenli bir şekilde yıllık bazda sürdürülmektedir (Yenimahalleli Yaşar ve Aydın, 2020).

Sağlık harcamalarını etkileyen ekonomik, kültürel, demografik, davranışsal, politik ve çevresel pek çok sağlık harcamalarının belirleyicileri olarak adlandırılmaktadır. Buna göre, sağlık harcamalarını belirleyen etkenler Andersen ve Newman tarafından (1973) geliştirilen ve sağlık hizmetleri kullanımının davranışsal etkilerini belirleyen modele dayanmaktadır. Bu modele daha sonraki yıllarda gerçekleştirilen araştırmalarla gelir, ücretler, fiyatlar, tıbbi teknoloji, sağlık sistemi özellikleri ve politikaları vb. pek çok farklı değişken eklenmiştir (Şekil 1). Buna göre sağlık harcamalarını belirleyen üç ana başlık bulunmaktadır. Bunlar toplumsal, bireysel ve sağlık hizmeti kullanımı olarak gruplanabilmektedir. Toplumsal belirleyiciler, sağlık harcamalarını bireylerin davranışları ile etkileşim içinde olarak etkileyen faktörleri ifade etmektedir. Özellikle kamusal araçlarla finanse edilen sağlık

sistemlerinde sağlık harcamalarının belirleyicileri olarak toplumsal belirleyiciler ön plana çıkarken, sağlık harcamalarının dağıtımından ise bireysel belirleyiciler etkili olmaktadır (Getzen, 2000). Sağlık harcamaları artışı üzerinde en çok etkisi olan toplumsal belirleyiciler olarak kişi başı GSYH, tıbbi teknoloji, ücret ve fiyatlar gösterilmektedir (Reinhardt, 2003). Sağlık politikaları ve sağlık sisteminin organizasyonu da sağlık harcamaları üzerinde özellikle maliyet sınırlama uygulamaları açısından etkiye bulunmaktadır. Fakat bu etkinin uzun vadede sınırlı olduğu iddia edilmektedir (Woodward ve Wang, 2012).

Şekil 1. Sağlık Harcamalarının Belirleyicilerinin Kavramsal Çerçevesi



Kaynak: de Meijer vd. (2013)

Sağlık harcamalarını etkileyen bireysel faktörler; yatkınlaştırıcı, etkinleştirici ve ihtiyaç etkenleri olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır. Yatkınlaştırıcı etkenler, bireylerin kullanıma yönelik eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Bu eğilim, sağlık hizmetleri kullanımından doğrudan sorumlu olmadan kişinin sağlık hizmetlerini kullanma olasılığını ifade etmektedir. Yatkınlaştırıcı etkenler içerisinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, sosyo-ekonomik düzey, yaşam ve çalışma koşulları gibi faktörler yer almaktadır. Etkinleştirici etkenler, sağlık hizmeti ihtiyacının karşılanacağı kaynakla ilgilidir. Bu kaynaklar; infomal bakım olanaklarını, bireysel veya hanehalkı gelirini ve sağlık sigortası kapsamını ifade etmektedir. İhtiyaç etkenleri ise temelde sağlık ihtiyacının nedenini oluşturan faktörlerdir. Sağlık ihtiyacının ana belirleyicileri, sağlıksızlık ve engellilik durumudur. Sağlıksızlık durumu kronik hastalıkların varlığı, algılanan sağlık durumu, mental ve fiziksel hastalık gibi çeşitli boyutlardan oluşur. Engellilik ise sağlıksızlık durumunun günlük hayatı ve hareketliliği sınırlandırdığı durumlarda ortaya çıkar. Sağlıksızlık ve engellilik durumu arasındaki ilişki aynı zamanda akut veya uzun dönemli bakım ile de bağlantılı olarak sağlık harcamaları üzerinde etkiye bulunur. Mortalite de sağlıksızlık ve engellilik durumlarının bir sonucu olarak bir ihtiyaç etkeni olarak görülmektedir (de Meijer vd., 2013).

Sağlık harcamalarının artışı etkileyen belirleyenlerin ortaya çıkarılması için pek çok araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalar belirli ülke ve ülkenin alt bölgelerini kapsayan araştırmalardan, ülkelerin birbirleri ile karşılaştırıldığı veri setleri üzerinden de gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmalarda temel soru, sağlık harcamalarını hangi faktörlerin etkilediğinin belirlenmesidir. Özellikle 2000’li yıllardan itibaren gerçekleştirilen çalışmalarda kullanılan temsili değişkenler Tablo 1’de listelenmiştir.

Tablo 1. Sağlık Harcaması Etkenleri Ve Kullanılan Değişkenler

Sağlık harcaması etkeni	Kullanılan değişkenler
Yaşlanma	Yaşlı oranı (65+), Genç oranı (15-), Yaşam beklentisi, Ölümle ilişkili maliyetler ve yaşa özgü maliyetler
Baumol hipotezi - Maliyet hastalığı	Tıbbi fiyatlar, Ücretler ve verimlilik
Gelir	Kişi başı GSYİH
Teknoloji	Hastane-ülke özellikleri indeksi, Yaşam beklentisi, Bebek ölümleri, Ölüm oranları, Ar-Ge harcamalarının payı, Patent payları, Zaman eğilimleri, Kalan (residual) tahmini, Tıbbi teknoloji indeksi
Politikalar	Ülkelerin politika indeksleri ve kurumsal özellikleri, Sağlık reformları

Kaynak: Marino vd. (2017)

Sağlık harcamalarının belirleyicilerinin tespit edilmesinde kullanılan modeller ve değişkenlerdeki farklılıklar, araştırmacıların amaçları ve ölçmek istedikleri etkilerden kaynaklanmaktadır. Fakat son yıllarda gerçekleştirilen çalışmalar ortak özellikler göstermektedir. Bu özellikler genel olarak şunlardır (Marino ve Lorenzoni, 2019):

- Regresyon metodolojisi (sabit veya rassal etkiler): 20’den fazla ülkeden oluşan ve mümkün olduğunca uzun yılları kapsayan bir panel veri setine uygulanmaktadır.
- Durağanlık ve eş bütünleşme sorunu: tüm veriler kendi logaritmik fark (log difference) formuna dönüştürülür.
- Bağımlı değişken: Toplam veya kamu/özel cari sağlık harcaması kullanılır.
- Kişi başı GSYH: gelir etkisini ölçmek için kullanılır.
- Demografik etkiler: Nüfusun yapısı ve büyüklüğü, ölüm oranları ve ölümle ilişkili maliyetler, yaşam beklentisi gibi değişkenler kullanılır.
- Baumol etkisi: emeğin toplam ekonomideki payına veya tıbbi fiyatlara göre uyarlanmış genel ekonomideki ücretler ve verimlilik değişkenleri kullanılır.
- Teknolojinin etkisi: Kalıntı (residual) yöntemi, zamana bağlı etkiler (time fixed effects), Ar-Ge veya patent değişkenleri kullanılır.
- Politika etkisi: ülkelerin politika indeksleri ve kurumsal özellikleri ile sağlık reformları kullanılır.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı, Kapsamı ve Sınırlılıkları

Bu araştırma, OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının belirleyicilerini en geniş ülke kapsamı ve en uzun zaman boyutuyla ilgili literatürde sağlık harcamaları ile ilişkisi muhtemel değişkenler açısından incelemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçla 36 OECD ülkesinin kişi başı toplam sağlık harcaması bağımlı değişken olarak belirlenmiş ve belirlenen beş bağımsız değişkenden oluşturulan bir veri seti üzerinden panel veri analizi yöntemleri ile analiz edilmiştir.

Araştırma kapsamını Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü üyesi 36 ülke oluşturmaktadır. Bu ülkeler alfabetik sıralama ile; Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Almanya, Avustralya, Avusturya, Belçika, Birleşik Krallık, Çekya (Çek Cumhuriyeti), Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Güney Kore, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, İtalya, İzlanda, Japonya, Kanada, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya (Slovak Cumhuriyeti), Slovenya, Şili, Türkiye, Yeni Zelanda ve Yunanistan’dır.

OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının belirleyicilerini tespit edebilmek için sağlık harcamasını temsil eden bir bağımlı değişken ile buna etkisi test edilecek beş bağımsız değişken belirlenmiştir. İlgili değişkenlerle ilgili veriler 2000-2018 yıllarını kapsayacak şekilde derlenmiştir. Bu nedenle araştırma sadece ilgili 36 OECD ülkesi ile sınırlı olup, başka ülkeler açısından genellenemezler. Ayrıca araştırmadan elde edilen bulgular ve bu bulgulardan elde edilen sonuçlar ancak kullanılan değişkenler ve bu değişkenlerle ilgili verilerin derlendiği yıllar olan 2000-2018 yılları için açıklayıcı ve bu dönem ile sınırlıdır.

2.2. Veri Toplama

Araştırmada kullanılan değişkenlere ilişkin veriler, farklı veri tabanlarındaki nicel ve nitel farklılıkları ortadan kaldırmak ve karşılaştırılabilir bir veri seti elde edilebilmesi açısından OECD'nin kamusal erişime açık <https://stats.oecd.org/> ulaşım adresli veri tabanından elde edilmiştir (OECD, 2022). Veri seti oluşturulurken karşılaştırılabilir verilerin en fazla ülke için yer aldığı 2000 yılı başlangıç kabul edilmiş olup, 2019 yılının son döneminde ortaya çıkan ve küresel bir salgın haline gelen Covid-19'un sağlık harcamaları üzerine olası etkisini dışarıda bırakmak için 2018 yılına kadar olan veriler derlenmiştir.

Sağlık harcamalarının belirleyicilerini analiz edebilmek için bağımlı değişken olarak kişi başı toplam sağlık harcaması kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler olarak ise sağlık harcamalarını etkileyebilecek beş değişken veri setine dahil edilmiştir. Bunlar; kişi başı GSYİH, istihdam, 65 yaş üstü nüfus oranı, doğumda beklenen yaşam süresi ve kentte yaşayan nüfus oranıdır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerle ilgili bilgiler Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. Değişkenlerle İlgili Bilgiler

Değişken	Tür	Açıklama	Kısaltma	Dönem
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması	Bağımlı	Bir ülkedeki toplam sağlık harcamasının tüm nüfus başına düşen miktarı (SGP*, \$)	KBSH	2000-2018
Kişi Başı GSYİH	Bağımsız	Bir ülkedeki gayri safi yurt içi hasılabın tüm nüfus başına düşen miktarı (SGP*, \$)	KBYH	2000-2018
İstihdam	Bağımsız	15-64 yaş arası çalışabilecek kişilerin tüm nüfusa oranı (%)	IS	2000-2018
65 Yaş Üstü Nüfus	Bağımsız	65 yaş üstü kişilerin tüm nüfusa oranı (%)	65Y	2000-2018
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	Bağımsız	Yeni doğmuş bir kişinin yaşaması beklenen toplam süre	DBYS	2000-2018
Kentte Yaşayan Nüfus	Bağımsız	Çoğunluğu kentsel bölgelerde yaşayan nüfusun toplam nüfusa oranı (%)	KEN	2000-2018

* Satın alma gücü paritesi

Kaynak: OECD (2022)

2.3. Veri Analizi

Araştırma kapsamında 36 OECD ülkesinde 2000 ile 2018 arasında yıllık veri ile toplam sağlık harcamaları üzerinde etkisi olabilecek bir dizi bağımsız değişken belirlenerek panel veri ekonometrisi ile söz konusu muhtemel etkilerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu bağlamda belirlenen araştırma modeli Denklem 1'deki gibi ifade edilebilir.

$$KBSH_{it} = \alpha_0 + \beta_1 KBYH_{it} + \beta_2 IS_{it} + \beta_3 65Y_{it} + \beta_4 DBYS_{it} + \beta_5 KEN_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

Denklemden yer alan $KBSH_{it}$, i ülkesinin t dönemindeki kişi başı toplam sağlık harcaması; $KBYH_{it}$, i ülkesinin t dönemindeki kişi başı GSYİH; IS_{it} , i ülkesinin t dönemindeki istihdam oranı; $65Y_{it}$, i ülkesinin t dönemindeki 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı; $DBYS_{it}$, i ülkesinin t dönemindeki doğumda

beklenen yaşam süresi; KEN , ise i ülkesinin t döneminde kentte yaşayan nüfusun toplam nüfusa oranıdır. Denklemde yer alan α_0 sabit terim, ε_{it} hata terimleri, i birim boyutunu (ülke) t ise zaman boyutunu (yıl) ifade etmektedir.

Panel veri setleri için ilk aşamada yatay kesit bağımlılığının varlığını araştırma amacıyla yatay kesit bağımlılığı testleri uygulanmaktadır. Panel veri modellerinde, durağanlık varsayımlarının sınanması esnasında birim boyutunda yer alan birimlerin birbirleri arasındaki ilişkiler önem arz etmektedir. Bir değişkenin birimler arasında ilişkili olması durumu yatay kesit bağımlılığı olarak adlandırılmaktadır. Yatay kesit bağımlılığı, farklı muhtemel nedenlere bağlı olarak, tüm birimler için ortak ve her birini etkileyen, gözlemlenmemiş bazı ortak faktörlerin etkisine dayanmaktadır (Henningsen ve Henningsen, 2019). Yatay kesit birim bağımlılığına sahip değişkenlere ait durağanlık süreçlerinin klasik birinci nesil birim kök testleri yerine yatay kesit bağımlılığı dikkate alan ikinci nesil birim kök testleri ile incelenmesi gerekmektedir (Tatoğlu, 2017).

Değişkenlerin birinci farkları ile kurulan modelde bir sonraki aşamada birim etkisinin testine geçilmektedir. Modelde birim etkisinin saptanması durumunda birim etkiyi dikkate alan tahmin yöntemlerinden, birim etkisinin görülmemesi durumunda ise klasik havuzlanmış en küçük kareler yönteminden faydalanılmaktadır. Birim etkisinin tespiti için Breusch Pagan (1980) yaklaşımından faydalanılmaktadır. Breusch Pagan (1980), birim etkinin varlığını bir başka ifade ile havuzlanmış en küçük kareler modelinin uygun olup olmadığını tesadüfi etkiler modeline karşı sınamak için, havuzlanmış en küçük kareler modelinin kalıntılarına dayanan, Lagrange Çarpanı (LM) testini geliştirmişlerdir (Breusch ve Pagan, 1980).

Birim etkisinin var olması durumunda panel veri setinde birim etkisinin türünün tespit edilmesi gerekmektedir. Birim etkisinin sabit veya rassal olması durumunda tutarlı olan tahmin yöntemleri farklılaşmaktadır. Bu sebeple birim etkisinin türünü tespit etmek amacıyla Hausman (1978) yaklaşımından faydalanılmaktadır. Sabit etkili modellerde bağımsız değişkenlerin hata terimi bileşenleri ile ilişkisiz olduğu varsayımı yokken, rassal etkili modellerde hata terimi bileşenleri ile modeldeki bağımsız değişkenlerin ilişkisiz olduğunu varsayar. Hausman (1978) testi bu varsayımı dayanarak geliştirilmiştir (Hausman, 1978). Rassal etkili modelin hata teriminde yer alan bileşenler, bağımsız değişkenler ile ilişkilirse sabit etkili modelin tahmincileri tutarlı olurken, rassal etkili modelin tahmincileri tutarlı olmayacaktır. Rassal etkili modelin hata teriminde yer alan bileşenler, bağımsız değişkenler ile ilişkisiz ise, sabit ve rassal etkili modellerin tahmincileri tutarlı olurken, rassal etkili modelin tahminleri asimptotik olarak etkin olacak ve rassal etkili modelin kullanılması daha uygun olacaktır (Tatoğlu, 2013).

III. BULGULAR

OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının belirleyicilerini tespit edebilmek için derlenen değişkenlerle ilgili tanımlayıcı istatistikler Ek I'de sunulmuştur. OECD ülkelerinin yer aldığı model için değişkenler arası korelasyon matrisi Tablo 3'te sunulmuştur. Değişkenler arasındaki korelasyon matrisi incelendiğinde bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarının mutlak değerce 0,054 ile 0,657 arasında değiştiği görülmektedir. Bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon ilişkilerinin çok güçlü olmaması sebebiyle araştırma modelinde tama yakın çoklu doğrusal bağlantı sorunu beklenmemektedir. ($R < 0,80$). Diğer yandan bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki korelasyon katsayılarının 0,047 ile 0,824 arasında değiştiği görülmektedir.

Tablo 3. Tüm Veri Grubu Değişken Korelasyon Matrisi

Değişken	KBSH	KBYH	IS	65Y	DBYS	KEN
KBSH	1,000					
KBYH	0,824	1,000				
IS	0,493	0,452	1,000			
65Y	0,344	0,259	0,236	1,000		
DBYS	0,633	0,657	0,445	0,369	1,000	
KEN	0,047	0,299	-0,091	0,079	-0,054	1,000

Modelde yer alan değişkenlere ait yatay kesit bağımlılığı testi bulguları Tablo 4'te sunulmuştur. Tablo 4'te görüldüğü üzere tüm değişkenler için %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı birimler arası korelasyon tespit edilmiştir. ($p < 0,01$) Söz konusu birimler arası korelasyon sebebiyle gerek birim kök testleri, gerekse model tahmin yöntemleri birimler arası korelasyonu dikkate alan yöntemler arasından seçilecektir.

Tablo 4. Tüm Veri Grubu Değişken Yatay Kesit Bağımlılık Testi

Değişken	CD	p	corr	corr
KBSH	99,63***	0,001	0,911	0,911
KBYH	104,45***	0,001	0,955	0,955
IS	43,58***	0,001	0,398	0,548
65Y	98,56***	0,001	0,901	0,901
DBYS	105,33***	0,001	0,963	0,963
KEN	99,000***	0,001	0,847	0,847

***(%1) anlamlılık düzeyinde yatay kesit bağımlılığı ifade eder.

Panel değişkenlerin durağanlıklarının incelenmesi amacıyla birimler arası korelasyon durumunda güvenilir sonuçlar verdiği bilinen ikinci nesil CIPS birim kök testi uygulanmıştır. İkinci nesil CIPS birim kök testi bulguları Tablo 5'te sunulmuştur. Tablo 5 incelendiğinde tüm değişkenlerin düzey değerlerde durağan olmadığı, fakat birinci devresel farklarında durağanlaştıkları görülmektedir. Düzey değerlerde durağan olmayıp birinci devresel farklarında durağanlaşan bu gibi serilere birinci dereceden tümleşik seriler denmekte ve $I(1)$ şeklinde ifade edilmektedir. ($p < 0,01$) Söz konusu değişkenlerin düzey değerleri arasındaki ilişkiler durağan dışılıktan kaynaklanabilecek sahte regresyon olgusu içerebilmesi açısından regresyon tahminleri güvenilir olmayacaktır. Fakat değişkenlerin birinci devresel farkları alınmak suretiyle durağanlaştıkları görüldüğünden tüm değişkenler birinci farkları ile modellenerek durağanlık sağlanabilmektedir.

Tablo 5. Tüm Veri Grubu İkinci Nesil CIPS Birim Kök Testi Bulguları

Değişken	Sabitli	Sabitli ve Trendli
KBSH	-1,611[2]	-2,050[2]
	(0,758)	(0,923)
Δ KBSH	-2,457***[1]	-2,699***[1]
	(0,001)	(0,008)
KBYH	-1,878[1]	-1,950 [1]
	(0,192)	(0,978)
Δ KBYH	-3,374***[0]	-3,482***[0]
	(0,001)	(0,001)
IS	-1,479[1]	-1,995[1]
	(0,930)	(0,960)
Δ IS	-3,079***[0]	-3,209***[0]
	(0,001)	(0,001)
65Y	-1,422[2]	-1,594[2]
	(0,965)	(1,000)
Δ 65Y	-4,578***[0]	-3,061***[0]
	(0,000)	(0,001)
DBYS	-2,017**[1]	-1,862[0]
	(0,046)	(0,965)
Δ DBYS	-4,237***[0]	-4,384***[0]
	(0,001)	(0,001)
KEN	-1,382 [1]	-2,248 [1]
	(0,911)	(0,547)
Δ KEN	-2,624***[0]	-2,810***[0]
	(0,008)	(0,005)

(%5),*(%1) anlamlılık düzeyinde durağanlığı simgeler, (parantez içleri birim kök testi olasılık değeridir(sig.)), [Köşeli parantez içleri birim kök test regresyonu gecikme uzunlukları olup Akaike Bilgi Kriterlerine (AİC) göre belirlenmişlerdir]

Değişkenlerin birinci farkları alındıktan sonra Denklem 1'deki araştırma modeli Denklem 2'deki gibi ifade edilebilir.

$$\Delta KBSH_{it} = \alpha_0 + \beta_1 \Delta KBYH_{it} + \beta_2 \Delta IS_{it} + \beta_3 \Delta 65Y_{it} + \beta_4 \Delta DBYS_{it} + \beta_5 \Delta KEN_{it} + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

Denklem 2 birim etkisi içerip içermemesi bakımından Breusch Pagan (1980) yaklaşımı çerçevesinde test edildiğinde elde edilen bulgular Tablo 6'da sunulmuştur. Tablo 6 incelendiğinde Denklem 2 için yapılan birim etki testinin %1 anlamlılık düzeyinde anlamlı olduğu görülür ($p < 0,01$). Daha açık bir ifade ile model parametreleri birimlerden etkilenmektedir. Bu durumda modelin birim etkisini hesaba katan yöntemler ile tahmin edilmesi güvenilir olacaktır. Diğer yandan birim etkisinin sabit veya rassal olmasına göre de tahmin yöntemleri farklılaşmaktadır. Bu sebeple birim etkisinin türünü tespit etmek amacıyla Hausman (1978) yaklaşımı çerçevesinde birim etkisinin türü tespit edilmeye çalışılmaktadır.

Tablo 6. Tüm Veri Grubu İçin Breusch Pagan (1980) Yaklaşımı İle Birim Etkisinin Testi

Değişken	Varyans	S,D
DKBSH	13682,21	116,971
e	10467,54	102,311
u	1583,686	39,79556
$X^2(1)=180,61***$		$p=0,001$

***(%1) anlamlılık düzeyinde anlamlılığı ifade etmektedir. X^2 : Ki-Kare test istatistiği, (parantez içi testin serbestlik derecesini içermektedir.)

Hausman (1978) testi bulguları Tablo 7’de sunulmuştur. Tablo 7 incelendiğinde modeldeki birim etkisinin sistematik olduğu yönündeki sıfır hipotezinin reddedildiği görülmektedir ($p<0,01$). Dolayısıyla Hausman (1978) Yaklaşımı çerçevesinde modelin tesadüfi etkiler tahmincisinin tutarsız olduğu, sabit etkiler tahmincisinin ise tutarlı olduğu söylenebilir.

Tablo 7. Tüm Veri Grubu İçin Hausman (1978) Yaklaşımı İle Birim Etki Türünün Testi

Değişken	Sabit Etki Katsayısı (b)	Rassal Etki Katsayısı (B)	Fark (b-B)
$\Delta KBYH$	0,014	0,126	-0,112
$\Delta İS$	6,189	8,285	-2,096
$\Delta 65Y$	-53,481	-60,373	6,892
$\Delta DBYS$	-10,288	-5,623	4,665
ΔKEN	-27,360	-14,339	12,021
$X^2(5)=107,56***$		$p=0,001$	

***(%1) anlamlılık düzeyinde anlamlılığı ifade etmektedir. X^2 : Ki-Kare test istatistiği, (parantez içi testin serbestlik derecesini içermektedir.)

Araştırma modelinde birimler arası korelasyon, birim etkisinin varlığı ve birim etkisinin sabit etki olması bulguları ışığında modelin sabit etki modellerinden gölge değişkenli en küçük kareler yöntemi ile çözümlenmesinin mümkün olduğu görülmektedir. Gölge değişkenli en küçük kareler yaklaşımı modelde her birimi bir gölge değişken olarak tanımlayıp, bir tane birimin gölge değişken tuzağına düşmemek adına dışarıda bırakılarak modele açıklayıcı değişken olarak eklenmesine dayanmaktadır. Gölge değişkenli en küçük kareler tahmini için Denklem 2’deki model gölge değişkenler eklenerek Denklem 3’teki gibi revize edilebilir.

$$\Delta KBSH_{it} = \alpha_0 + \beta_1 \Delta KBYH_{it} + \beta_2 \Delta İS_{it} + \beta_3 \Delta 65Y_{it} + \beta_4 \Delta DBYS_{it} + \beta_5 \Delta KEN_{it} + \theta_i \sum_{i=2}^{36} C_i + \varepsilon_{it} \quad (3)$$

Denklem 2’den farklı olarak Denklem 3’te ikinci ülkeden başlamak üzere ülke gölge değişkenlerinin açıklayıcı değişken olarak modele eklendiği görülmektedir.

Gölge değişkenli en küçük kareler yöntemi ile tahmin edilen model için ülke gölge değişkenlerinin birim etkisini tam olarak açıklayabildiğinden emin olmak amacıyla Denklem 2’deki araştırma modelinde birim etkisinin Breusch Pagan (1980) yaklaşımı ile araştırılması faydalı olacaktır. Gölge değişkenli model için birim etkisinin testine dair bulgular Tablo 8’de sunulmuştur. Tablo 8 incelendiğinde gölge değişkenlerden önce birim etkisinin anlamlı olduğu Denklem 2’deki form, gölge değişkenlerin eklenmesiyle revize edilen Denklem 3’teki formunda birim etkisinin içermediği görülmektedir ($p>0,10$). Bu durumda Denklem 3’teki kukla değişkenlerin birim etkilerini yeterince ifade ettiği söylenebilir.

Tablo 8. Tüm Veri Grubu İçin Gölge Değişkenli Modelde Breusch Pagan (1980) Yaklaşımı İle Birim Etkisinin Testi

Değişken	Varyans	S,D
DKBSH	13682,21	116,971
e	10467,54	102,311
u	0	0
$X^2(1)=0,000$		$p=1,000$

X^2 : Ki-Kare test istatistiği, (parantez içi testin serbestlik derecesini içermektedir.)

Denklem 3 gölge değişkenli en küçük kareler yöntemi ile tahmin edilmiştir. Gölge değişkenli en küçük kareler tahmininden sonra denklemdeki hata terimlerinin varsayımları karşılayıp karşılamadığı kontrol edilmiştir. Modeldeki otokorelasyon varlığı Wooldridge panel otokorelasyon testi ile incelenmiş ve modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür ($p>0,10$). Diğer yandan heteroskedastisite için yapılan White panel heteroskedastisite testinde modelin heteroskedastisite yani değişen varyans sorununa sahip olduğu görülmüştür ($p<0,01$).

Heteroskedastisiteden kaynaklanacak etkinlik kaybının önüne geçmek amacıyla model heteroskedastisiteye karşı dirençli esnek geliştirilmiş gölge değişkenli en küçük kareler yöntemi ile tahmin edilmiştir. Modelin esnek geliştirilmiş gölge değişkenli en küçük kareler yöntemi ile tahmini sonucu elde edilen bulgular Tablo 9’da paylaşılmıştır. Tablo 9 incelendiğinde bir uyum iyiliği test türü olan Wald testine göre modelin %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir model olduğu görülmektedir. ($X^2(22)=1292,40$, $p<0,01$). Modelin düzeltilmiş determinasyon katsayısı ise modelde yer alan açıklayıcı değişkenlerin açıklanan değişkendeki değişimlerin yaklaşık %24’ünü açıklayabildiğini göstermektedir.

Tablo 9. Tüm Veri Grubu İçin Esnek Genelleştirilmiş Gölge Değişkenli En Küçük Kareler Tahmin İstatistikleri

Değişken	β	S,H ^d	z	p
Δ KBYH	0,012	0,001	19,24	0,001***
Δ İS	7,279	0,888	8,20	0,001***
Δ 65Y	-33,342	2,918	-11,43	0,001***
Δ DBYS	-4,216	2,448	-1,72	0,085*
Δ KEN	-12,092	22,935	-0,54	0,587
Sabit Terim	114,124	9,068	12,59	0,001***
Tanısal Testler				
Wald Testi	$X^2(22)=1292,40$ ***			$p=0,001$
Determinasyon Katsayısı	$R^2=0,282$	$D, R^2=0,235$		
Wooldridge Panel Otokorelasyon Testi	$F(1,35)=2,578$			$p=0,117$
White Panel Heteroskedastisite Testi	$X^2(26)=58,670$ ***			$p=0,001$

*(%10)***(%1) anlamlılık düzeyinde anlamlılığı ifade eder, d üst imi dirençli standart hataları ifade eder, (parantez içleri test serbestlik derecelerini içerir), D, R²: düzeltilmiş determinasyon katsayısını ifade eder.

Modelde tahmin edilen parametreler incelendiğinde KBYH değişkenine ait parametrenin %1 anlamlılık düzeyinde anlamlı ve pozitif olduğu görülmektedir. ($\beta=0,012$, $p<0,01$). Daha açık bir ifade ile ele alınan zaman boyutunda panel dâhilindeki OECD ülkelerinde kişi başı GSYH’daki artış kişi başı toplam sağlık harcamalarında da artışa sebep olmuştur. İS değişkenine ait parametrenin %1 anlamlılık düzeyinde anlamlı ve pozitif olduğu görülmektedir. ($\beta=7,279$, $p<0,01$). Ele alınan zaman boyutunda panel dâhilindeki OECD ülkelerinde istihdamdaki artış kişi başı toplam sağlık harcamalarında da artışa sebep olmuştur.

65Y değişkenine ait parametrenin %1 anlamlılık düzeyinde anlamlı ve negatif olduğu görülmektedir. ($\beta=-33,342$, $p<0,01$). Ele alınan zaman boyutunda panel dâhilindeki OECD ülkelerinde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranındaki artış kişi başı toplam sağlık harcamalarında azalışa sebep olmuştur. DBYS değişkenine ait parametrenin %10 anlamlılık düzeyinde anlamlı ve negatif olduğu görülmektedir. ($\beta=-4,216$, $p<0,10$). Ele alınan zaman boyutunda panel dâhilindeki OECD ülkelerinde beklenen yaşam süresindeki artış kişi başı toplam sağlık harcamalarında azalışa sebep olmuştur.

KEN değişkenine ait parametrenin %10 anlamlılık düzeyinde anlamsız olduğu görülmektedir. ($\beta=-12,092$, $p>0,10$). Ele alınan zaman boyutunda panel dâhilindeki OECD ülkelerinde kentsel nüfusun toplam nüfusa oranı ile toplam sağlık harcamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

IV. TARTIŞMA

Bu araştırma kapsamında 36 OECD ülkesine dair 2000-2018 yıllarına ait bağımsız değişken olarak kişi başı toplam sağlık harcaması (KBSH); bağımlı değişkenler olarak da kişi başı GSYH (KBYH), istihdam oranı (IS), 65 yaş üstü nüfus (65Y), doğumda beklenen yaşam süresi (DBYS) ve kentleşme (KEN) değişkenleri üzerinden kurulan bir model ile istatistiksel analize dahil edilmiştir.

Modelin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu; OECD ülkeleri için incelenen dönemde kişi başı GSYH'daki artış ile kişi başı toplam sağlık harcamalarındaki artış arasında %1 anlamlılık düzeyinde anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre; OECD ülkelerinde kişi başı GSYH'daki artış, kişi başı toplam sağlık harcamasında artışa neden olmaktadır. Sağlık harcamalarının belirleyicileri alanındaki literatürde, kişi başı sağlık harcamaları ile ilişkisi en çok araştırılan değişkenlerin başında olarak kişi başı GSYH olduğu görülmektedir. Özellikle artan gelir düzeyi, sağlık sistemlerinin sunması gereken hizmetlerin çeşitliliğine ve kalitesine dair beklentileri de yükseltmektedir. Bu nedenle gelir artışı, sağlık harcamalarındaki artışın ana nedenlerinden birisi olarak görülmekte ve bilimsel çalışmalar da bu durumu desteklemektedir (Marino ve Lorenzoni, 2019). Farklı ekonomik gelişmişlik düzeyindeki ülke gruplarında da kişi başına düşen gelir veya GSYH'daki artış ile toplam sağlık harcamalarındaki artış arasında güçlü yönde ilişki olduğu belirtilmektedir (Baltagi vd., 2017). Hatta gelir ile sağlık harcamaları arasında; ülke büyüklüğü, hizmet sunumundaki farklılıklar, hükümet biçimleri, coğrafi özellikler ve nüfusun etnik yapısı bağlamında geniş bir yelpazede yer alan ülkeler açısından bile neredeyse doğrusal bir ilişki olduğu söylenmektedir (Phelps, 2017). Özellikle gelişmemiş ülkelerde kişi başı GSYH'da gerçekleşen artış çok daha yüksek oranda kişi başı sağlık harcamasında artışa neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise kişi başı GSYH'da gerçekleşen artış ile kişi başı toplam sağlık harcaması pozitif yönlü bir ilişki bulunmakla birlikte gelişmemiş ülkeler ile aynı düzeyde değildir. OECD üyesi ülkeler üzerine yapılan çalışmalar da pozitif yönlü bu ilişkiyi tespit etmektedir ve bu sonuçlar da bu araştırmanın bulguları ile örtüşmektedir (Aydın ve Yaşar, 2020; Martin vd., 2011).

İstihdam oranındaki artış ile kişi başı toplam sağlık harcaması arasında OECD ülkeleri için %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır. İstihdam oranı ile toplam sağlık harcaması arasındaki ilişki literatürde pek fazla araştırılmış bir konu değildir. Fakat Panopoulou ve Pantelidis tarafından 19 OECD ülkesini kapsayan ve 2012 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada istihdam oranı ile kişi başı sağlık harcaması arasında bir yakınsama olduğu belirtilmektedir (Panopoulou ve Pantelidis, 2012). Literatürde kısmen işsizlik oranı ve emek verimliliği ile kişi başı toplam sağlık harcaması arasında ilişki olduğuna yönelik bir yaklaşım bulunmaktadır (Nghiem ve Connelly, 2017). Bu açıdan bu araştırmanın ele aldığı zaman boyutu açısından; OECD ülkeleri için istihdam oranının, kişi başı sağlık harcamasını artıran bir faktör olarak tespit edilmesi özgünlük taşımaktadır. İstihdam ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki iki boyutta gerçekleşmektedir. İlk olarak; istihdam oranının yükselmesi veya düşmesi, özetle çalışan insan sayısındaki değişimi göstermektedir. İstihdam oranındaki artış, bireylerin gelir elde ettikleri anlamına gelmektedir. Çalışanların elde ettikleri gelir sağlık harcamalarına -finansman yöntemleri değişiklik gösterse bile- vergi, sigorta primi veya cepten ödeme olarak doğrudan yansımaktadır. İkinci olarak ise, istihdam oranı ile kişilerin sağlık durumları arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Çalışma yaşamının ortaya çıkardığı hastalıklarla

birlikte, kişilerin sahip oldukları rahatsızlıklar da istihdam oranını etkilemektedir. Özellikle kronik rahatsızlıkların ve sağlık için davranışsal risk faktörlerinin, istihdam oranına etkisi büyüktür. Örneğin; Avrupa'da 50-59 yaşları arasındaki kişilerde bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olanların, hastalığa sahip olmayanlara göre istihdama katılma oranları daha düşüktür. Aynı zamanda obezite, sigara tüketimi ve aşırı alkol tüketimi gibi davranışsal risk faktörlerine sahip kişilerin de istihdama katılma oranları daha düşüktür (OECD/European Union, 2016).

65 yaş üstü nüfus oranındaki artış ile kişi başı toplam sağlık harcaması arasında OECD ülkeleri için %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel yönden anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Ele alınan zaman boyutu açısından OECD ülkelerinde 65 yaş üstü nüfus oranının toplumda artışının, kişi başı toplam sağlık harcamasını düşürdüğü tespit edilmiştir. Literatürde 65 yaş üstü nüfusun oranı ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki konusunda yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar farklılıklar göstermektedir. Nüfusun yaşlanmasının sağlık harcamaları üzerine etkisine dair çalışmalar, 1990'lı yıllara kadar yaş ve yıllık ortalama sağlık harcaması arasındaki ilişkinin incelenmesine dayanıyordu. Bu çalışmalar yaş artışı ile sağlık harcamalarının artışı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermekteydi (OECD, 1988). Fakat O'Connell tarafından 1996 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada 21 OECD ülkesi için 65 yaş üstü nüfusun artışının, sağlık harcamalarını arttırdığı ülke sayısı 8 olarak tespit edilmiş olup, diğer ülkeler açısından hiçbir etkisi bulunmadığı belirtilmiştir (O'Connell, 1996). Yaş açısından gruplanan nüfus ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki, nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak sağlık harcamalarında artış olacağı tahmin edilmesine olanak sağlıyordu. Örneğin, Williams ve diğerleri tarafından 2019 yılında Avrupa Birliği ülkelerinde yaş ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki üzerine yapılan bir çalışmada, doğumdan 1 yaşına kadar ve 50 yaşından 90 yaşına kadar sağlık harcamalarının istikrarlı bir şekilde artış gösterdiği söylenmektedir. Fakat yazarlar, gelecek 40 yıldaki kendi başına sağlık harcamalarına etkisinin düşük düzeyde olacağını öngörmektedir. Yazarlar ayrıca yaşlanmanın sağlık harcamalarının artışının ana itici gücü olamayacağını, var olan kısmi etkinin ise yaşlanma dışındaki başka faktörlerle ilişkili olduğunu ve bu durumun da politika müdahalelerine alan sağladığını belirtmektedirler (Williams vd., 2019). Nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamaları arasındaki ilişki ancak yaş artışı ile sağlık sorunlarının başlangıcı arasında bir bağlantı olduğu varsayıldığı zaman bir anlam taşımaktadır. Ancak yaştan bağımsız olarak, kişinin yaşamının son yıllarında olması (ölüme yakınlık) ve bu dönemde gerçekleşen yüksek sağlık harcamaları bu varsayımınla kısmen çelişmektedir. Fakat bu çelişki, yaşamının son yıllarında olan insanların yaş profiline genellikle daha yüksek yaş gruplarında yer alması nedeni ile aşılabilmektedir (de Meijer vd., 2013). 2000'li yıllarda gerçekleştirilen çalışmalarda yaşlanma ile sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı ve kişinin yaşından çok ölüme yakınlığının sağlık harcamaları açısından belirleyici olduğuna dair görüşler de artmaktadır (Gray, 2005). Ayrıca de Meijer ve diğerleri (2013) düşen ölüm oranları ve uzayan yaşam süreleri nedeniyle, yaşamının son yılında bulunan (ölüme yakınlık) insan sayısının daha az sayıda olmasının sağlık harcamalarındaki artışı azaltabileceğine vurgu yapmaktadır. Bu araştırma kapsamında elde edilen negatif yönlü ilişki, bir nedensellik olarak değerlendirilmemekle birlikte, ilgili literatür açısından özgünlük taşımaktadır.

Doğumda beklenen yaşam süresi ve kentleşme oranının bu araştırmanın panel veri analizi sonucunda elde edilen bulgular ışığında OECD ülkeleri açısından kişi başı toplam sağlık harcaması ile %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki içerisinde olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık harcaması ile doğumda beklenen yaşam süresi arasındaki ilişkiye yönelik literatürde çeşitli tartışmalar bulunmaktadır. Bu tartışmalarda sağlık harcaması artışının, doğumda beklenen yaşam süresini arttırdığına yönelik bir eğilim söz konusudur. Fakat bu ilişkinin ne düzeyde olduğu konusu belirsizdir (Sghari ve Hammami, 2016). Kentleşmenin özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamaları ile pozitif yönde ilişkili olduğu literatürde belirtilmektedir. Örneğin; Canser ve diğerlerinin 2020 yılında OECD ülkeleri için yaptıkları çalışmada kentleşme ile sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğunu tespit etmişlerdir (Canser vd., 2020). Fakat gelişmiş ülkelerde son yıllarda bu etkinin daha az gözlenmekte olduğu belirtilmektedir (Çetin ve Bakırtaş, 2019).

V. SONUÇ

Bireylerin ve toplumun sağlık ihtiyacının karşılanabilmesi tarih boyunca tüm toplumların başlıca sorunlarından birisi olmuştur. Tıbbi tedavi yöntemlerindeki ve tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerle birlikte sağlık hizmetleri sanayileşmiş toplumlarda tüm topluma sağlık hizmeti veren kurumlar üzerinden yayılmaya başlamıştır. Bireylerin ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap veren, sağlığı koruyan ve geliştiren tüm bu hizmetlerin gerçekleştirilmesi süreci sağlık sistemi olarak adlandırılmaktadır. Modern toplumlarda sağlık sistemi hem toplumun refahını artırmak hem de toplumun yaşam kalitesini yükseltmek için vazgeçilmez unsurlardan birisi haline gelmiştir. Fakat sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli unsurlar içermesi nedeniyle, sağlık sisteminin finansmanı ve bunun sürdürülebilirliği her zaman araştırmacılar için yoğun ilgi ve tartışmalara neden olmuştur.

Araştırma kapsamında 36 OECD ülkesi için sağlık harcamalarının belirleyicileri panel veri analizi yöntemleri analiz edilmiştir. Panel veri analizinde veri grubu olarak 36 OECD ülkesine dair 2000-2018 yıllarına ait için bağımsız değişken olarak kişi başı toplam sağlık harcaması (KBSH), bağımlı değişkenler olarak da kişi başı GSYH (KBYH), istihdam oranı (IS), 65 yaş üstü nüfus (65Y), doğumda beklenen yaşam süresi (DBYS) ve kentleşme (KEN) değişkenleri istatistiksel analize dahil edilmiştir.

Panel veri analizi sonucunda 36 OECD ülkesi için oluşturulan modelin %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir model olduğu görülmektedir. Modelin düzeltilmiş determinasyon katsayısı ise modelde yer alan açıklayıcı değişkenlerin açıklanan değişkendeki değişimlerin yaklaşık %24'ünü açıklayabildiğini göstermektedir. Modelde tahmin edilen parametreler incelendiğinde KBYH değişkenine ait parametrenin %1 anlamlılık düzeyinde anlamlı ve pozitif olduğu tespit edilmiştir. Daha açık bir ifade ile ele alınan zaman boyutunda panel dâhilindeki OECD ülkelerinde kişi başı GSYH'daki artış kişi başı toplam sağlık harcamasında da artışa sebep olmuştur. IS değişkenine ait parametrenin %1 anlamlılık düzeyinde anlamlı ve pozitif olduğu tespit edilmiştir. Ele alınan zaman boyutunda panel dâhilindeki OECD ülkelerinde istihdamdaki artış kişi başı toplam sağlık harcamasında da artışa sebep olmuştur. 65Y değişkenine ait parametrenin %1 anlamlılık düzeyinde anlamlı ve negatif olduğu tespit edilmiştir. Ele alınan zaman boyutunda panel dâhilindeki OECD ülkelerinde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranındaki artış kişi başı toplam sağlık harcamasında azalışa sebep olmuştur. Bu araştırma sonucunda, sağlık harcamalarının belirleyicileri ile ilgili literatüre kişi başı GSYH ve kişi başı sağlık harcaması arasındaki ilişki açısından destekleyici nitelikte, istihdam oranı ile kişi başı sağlık harcaması arasındaki ilişki açısından özgün nitelikte ve 65 yaş üstü nüfus ile kişi başı sağlık harcaması arasındaki ilişki açısından ise tartışmaları destekleyici nitelikte katkıda bulunulmuştur.

Araştırma sonuçları doğrultusunda geliştirilen öneriler aşağıdaki gibidir:

- Sağlık harcamalarının belirleyicilerinin tespit edilebilmesi için hem ülke sayısı, hem zaman boyutu, hem de değişken sayısı açısından daha geniş panel veri setleri üzerinden araştırılması,
- Sağlık harcamalarının belirleyicilerini tespit etmek için oluşturulacak modellerde nüfusun yaşlanmasının etkisini ölçebilmek için daha farklı (örneğin; 80 yaş üstü nüfus) değişkenler kullanılması,
- Nüfusun yaşlanmasının sağlık harcamalarına etkisinden farklı olarak ölüme yakınlık veya ölümlerle ilişkili harcamaları temsil edebilecek değişkenlerin kullanılması,
- Sağlık harcamalarını etkileyen en önemli faktörlerden birisi olarak teknolojinin etkisine ilgili literatürde yoğun olarak atıfta bulunmaktadır. Bu nedenle daha sonraki araştırmalarda sağlık harcamasına teknolojinin etkisini temsil edebilecek daha farklı değişkenlerin analize dahil edilmesi,
- Sağlık harcamaları ile sağlık sistemleri ve sağlık politikaları arasındaki ilişkiyi de inceleyen araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 95-124.
- Aydın, J. C., & Yaşar, G. (2020). Sağlık harcamalarının gelir esnekliği açısından değerlendirilmesi: Sistematik bir derleme. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 63-80.
- Baltagi, B. H., Lagravinese, R., Moscone, F., & Tosetti, E. (2017). Health care expenditure and income: A global perspective. *Health Economics*, 26(7), 863–874.
- Breusch, T., & Pagan, A. (1980). The lagrange multiplier test and its applications to model specification in econometrics. *Oxford University Press*, 239-253.
- Bui, A. L., Lavado, R. F., Johnson, E. K., Brooks, B. P., Freeman, M. K., Graves, C. M., Haakenstad, A., Hanlon, M., & Dieleman, J. L. (2015). National health accounts data from 1996 to 2010: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 566-576.
- Canser, B. O. Z., Nihat, T. A. Ş., & Önder, E. (2020). The impacts of aging, income and urbanization on health expenditures: A panel regression analysis for OECD countries. *Turkish Journal of Public Health*, 18(1), 1-9.
- Çetin, M. A., & Bakırtaş, İ. (2019). Does urbanization induce the health expenditures? A dynamic macro-panel analysis for developing countries. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 61, 208-222.
- De Meijer, C., Wouterse, B., Polder, J., & Koopmanschap, M. (2013). The effect of population aging on health expenditure growth: A critical review. *European Journal of Ageing*, 10(4), 353-361.
- Getzen, T. E. (2000). Health care is an individual necessity and a national luxury: Applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. *Journal of Health Economics*, 19(2), 259-270.
- Gray, A. (2005). Population ageing and health care expenditure. *Oxford Institute of Ageing, Ageing Horizons*, 2, 15-20.
- Hausman, J. (1978). Specification tests in econometrics. *Econometrica*, 46, 1251-1271.
- Henningsen, A., & Henningsen, G. (2019). Analysis of panel data using R. *Panel data econometrics* (pp. 345-396). Academic Press.
- Marino, A., Morgan, D., Lorenzoni, L., & James, C. (2017). Future trends in health care expenditure: A modelling framework for cross-country forecasts. *OECD Health Working Papers*, No. 95, OECD Publishing.
- Marino, A., & Lorenzoni, L. (2019). The impact of technological advancements on health spending: A literature review. *OECD Health Working Papers*, No. 113, OECD Publishing.
- Martin, J. J. M., González, P., & García, M. D. C. (2011). Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure. *Applied Economics*, 43(1), 19-46.
- Nghiem, S. H., & Connelly, L. B. (2017). Convergence and determinants of health expenditures in OECD countries. *Health economics review*, 7(1), 1-11.
- O'Connell, J. M. (1996). The relationship between health expenditures and the age structure of the population in OECD countries. *Health economics*, 5(6), 573-578.

- OECD (1988). *Aging population: the social policy implications*. OECD Publishing.
- OECD (2022). *OECD Database*. <https://stats.oecd.org/>
- OECD/European Union (2016). *Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing.
- OECD/EUROSTAT/WHO (2017). *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*. OECD Publishing.
- Panopoulou, E., & Pantelidis, T. (2012). Convergence in per capita health expenditures and health outcomes in the OECD countries. *Applied Economics*, 44(30), 3909-3920.
- Phelps, C. E. (2017). Universal insurance issues and international comparisons of health care systems. In *Health Economics 6th ed.*, Routledge.
- Reinhardt, U. E. (2003). Does the aging of the population really drive the demand for health care?. *Health Affairs*, 22(6), 27-39.
- Sghari, M. B. A., & Hammami, P. S. (2016). The relationship between life expectancy and health spending. *International Journal of Development and Economic Sustainability*, 4(6), 45-53.
- Tatoğlu, F. Y. (2013). *Panel veri ekonometrisi*. Beta Yayınevi.
- Tatoğlu, F. Y. (2017). *Panel zaman serileri analizi*. Beta Yayınevi.
- TÜİK (2020). *Hanehalkı Bütçe Araştırması Tüketim Harcamaları Birleşik Mikro Veri Seti 2016-2017-2018*. <https://www.tuik.gov.tr/media/microdata/pdf/hanehalki-butce.pdf>
- WHO (2021). *Global expenditure on health: public spending on the rise?* <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1400583/retrieve>
- Williams, G., Cylus, J., Roubal, T., Ong, P., Barber, S., & World Health Organization. (2019). *Sustainable health financing with an ageing population: will population ageing lead to uncontrolled health expenditure growth? European Observatory on Health Systems and Policies*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550603/>
- Woodward, R. S., & Wang, L. (2012). The oh-so straight and narrow path: can the health care expenditure curve be bent?. *Health economics*, 21(8), 1023-1029.
- Yenimahalleli Yaşar, G., & Aydın, J. C. (2020). Sağlık harcamaları ve finansmanı: OECD ülkeleri ve Türkiye. Benli, H. T., Hacısalıhoğlu, E., Kutlu, D. & Savul G. (Edt.), *Sosyal Politika ve İktisat Yazıları Prof. Dr. Seyhan Erdoğdu'ya Armağan* (1. Basım, ss: 366-390). Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları.

Ek I. Tanımlayıcı İstatistikler

n=36	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
KBSH	\bar{X}	1806,1	1939,8	2136,2	2220,8	2365,4	2447,5	2588,0	2741,6	2915,6	3010,6	3093,3	3177,4	3277,4	3402,4	3479,8	3583,8	3755,5	3905,3	4062,7
	σ	997,2	1055,1	1163,0	1198,9	1262,4	1294,2	1348,0	1393,8	1449,0	1499,9	1523,9	1549,0	1599,3	1650,1	1712,3	1756,6	1813,1	1867,0	1919,4
KBYH	\bar{X}	23291,2	24231,1	25274,1	25951,2	27524,1	28900,4	31476,1	33503,0	34862,2	33725,4	34897,8	36588,1	37386,7	38966,1	40086,0	41421,3	43332,2	45446,7	47332,5
	σ	10306,5	10391,2	10651,9	10651,7	11234,6	11813,0	13024,6	13672,9	14118,3	13384,3	13679,4	14430,2	14516,0	14979,3	15477,8	16110,8	16868,1	17345,4	18141,6
IS	\bar{X}	64,85	65,40	65,22	65,72	65,91	66,11	66,40	67,26	67,46	65,56	65,12	65,50	65,82	66,08	66,81	67,61	68,43	69,41	70,29
	σ	7,22	7,31	7,22	7,29	7,00	7,01	7,77	7,78	7,62	7,35	7,12	7,10	7,30	7,49	7,39	7,27	7,21	7,02	6,91
65Y	\bar{X}	13,53	13,69	13,81	13,94	14,09	14,27	14,44	14,61	14,77	14,95	15,17	15,37	15,69	16,02	16,35	16,70	16,99	17,29	17,57
	σ	3,28	3,24	3,28	3,33	3,37	3,44	3,52	3,59	3,62	3,69	3,71	3,71	3,75	3,81	3,90	3,93	3,98	4,00	4,03
DBYS	\bar{X}	77,00	77,31	77,28	77,43	77,91	78,06	78,38	78,55	78,89	79,16	79,43	79,71	79,82	80,14	80,48	80,40	80,65	80,74	80,74
	σ	2,71	2,80	2,98	2,93	3,00	3,06	3,13	3,16	3,00	2,90	2,85	2,78	2,76	2,61	2,63	2,57	2,58	2,54	2,54
KEN	\bar{X}	73,67	73,67	73,73	73,80	73,87	73,93	73,98	74,04	74,12	74,21	74,27	74,34	74,40	74,46	74,54	74,61	74,68	74,74	74,79
	σ	16,31	15,86	15,83	15,80	15,77	15,74	15,72	15,71	15,67	15,62	15,60	15,57	15,54	15,52	15,48	15,45	15,41	15,39	15,39

Not: Ortalama (\bar{x}), standart sapma (σ) ile sembolize edilmiştir.

BİR İL HIFZISSİHHA KURULUNUN PANDEMİ DÖNEMİNİN İLK İKİ YILINDA ALDIĞI KARARLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ *

Çiğdem CERİT **
Ahmet Önder PORSUK ***

ÖZ

Bu çalışma ile COVID-19 pandemisinin ilk iki yılında bir ilde alınan hıfzıssıhha kurulu kararlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu tanımlayıcı çalışmada, bir il hıfzıssıhha kurulunca sağlık mevzuatına göre alınan, kamuya açık veri olarak yayınlanan kararlar incelenmiştir. Kararlar yasaklama getirmesi ya da bunların kaldırılması, bireylere veya kurumlara yönelik olması, merkezi talimatlarla alınması gibi özellikleri bakımından sınıflandırılmıştır. İncelenen 240 kararın 232'sinin (%96,6) COVID-19 ile ilgili karar olduğu, bu kararların %68,1'inin (n=158) 2020 yılında alındığı belirlenmiştir. Bir kararın ortalama 4.36±4.96 sayıda madde içerdiği görülmüştür. Kararların %71,6'sının (n=166) ilk kez alındığı, %62,5'inin (n=145) tavsiye içerdiği, %92,7'sinin (n=215) bireylere yönelik, %66,8'inin (n=155) kurumlara yönelik maddeler içerdiği saptanmıştır. Kararların %36'sının (n=84) merkezi bir talimat olmaksızın alındığı görülmüştür. Çalışmamızın önemli bir bulgusu, ilde en fazla sayıda kararın Türkiye'deki vakaların en yüksek noktaya ulaşmadan önceki aylarda alınmış olmasıdır. Alınan kararlarda bir öngörü olduğunu ve böylece merkezi otoriteden önce reaksiyon göstererek, yerel düzeyde önlemler alınmasının önemi gösterilmiştir. Olağanüstü sağlık sorunlarıyla mücadelede hıfzıssıhha kurullarının rehberlik ve ikna edicilik gibi rollerinin önemi bu çalışmayla bir kez daha ortaya konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: COVID 19, pandemi, il hıfzıssıhha kurulu, karantina, halk sağlığı

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışmanın verilerinin bir kısmı 13-18 Aralık 2021 tarihleri arasında çevrim içi olarak düzenlenen 5. Uluslararası ve 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuş ve özet olarak yayınlanmıştır.

** Dr. Öğr. Üyesi, Kırklareli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, cigdemcerit@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9952-0510>

*** Doç.Dr., Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü, onderporsuk@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0971-5227>

Gönderim Tarihi: 29.10.2022

Kabul Tarihi: 04.04.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Cerit, Ç., & Porsuk, A.Ö. (2023). Bir İl Hıfzıssıhha Kurulunun Pandemi Döneminin İlk İki Yılında Aldığı Kararların Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 353-362

EVALUATION OF THE DECISIONS TAKEN BY A PROVINCIAL SANITARY BOARD IN THE FIRST TWO YEARS OF THE PANDEMIC PERIOD *

Çiğdem CERİT **
Ahmet Önder PORSUK ***

ABSTRACT

The aim of this study was to examine the decisions of a provincial sanitary board in the first two years of the COVID-19 pandemic. In this descriptive study, we analyzed the decisions taken by a provincial sanitary board according to health legislation, which were published as publicly available data. Decisions were classified according to whether they imposed or lifted bans, whether they were directed at individuals or institutions, whether they were made with central instruction. It was determined that 232 (96.6%) of the 240 decisions analyzed were COVID-19-related decisions, and 68.1% (n=158) of these decisions were taken in 2020. It was observed that a decision contained an average of 4.36±4.96 items. It was found that 71.6% (n=166) of the resolutions were adopted for the first time, 62.5% (n=145) contained recommendations, 92.7% (n=215) contained items for individuals, and 66.8% (n=155) contained items for institutions. It was observed that 36% (n=84) of the decisions were taken according to without a central instruction. The important finding of our study is that the highest number of decisions in the province were taken in the months before the peak of cases in Turkey. This shows that there is foresight in the decisions taken and thus the importance of taking measures at the local level by reacting before the central authority. The importance of the guidance and persuasive role of sanitation committees in combating extraordinary health problems is once again demonstrated by this study.

Keywords: COVID 19, pandemic, provincial sanitary board, quarantine, public health

ARTICLE INFO

* A part of the data of this study were presented as an oral presentation at the 5th International and 23rd National Public Health Congress held online between 13-18 December 2021 and a short summary has been published in the Congress Book.

* Assist. Prof., Department of Public Health, Kırklareli University Faculty of Medicine, Kırklareli, cigdemcerit@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9952-0510>

** Assoc. Prof., Lüleburgaz District Health Directorate, onderporsuk@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0971-5227>

Received: 29.10.2022

Accepted: 04.04.2023

Cite This Paper:

Cerit, Ç., & Porsuk, A.Ö. (2023). Bir İl Hıfzıssıhha Kurulunun Pandemi Döneminin İlk İki Yılında Aldığı Kararların Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 353-362

I. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde etiyojisi bilinmeyen pnömoni vakaları görüldüğüne dair bilgilendirilmiştir. Epidemiyolojik olarak Wuhan'daki deniz ürünleri pazarı ile bağlantılı olduğu düşünülen vakalar kısa zamanda hızla artış göstermiştir. Vakaların koronavirüs ailesinden yeni bir tip virüs olduğu saptanmış ve bu yeni virüs Çinli bilim insanlarınca 7 Ocak 2020'de izole edilmiştir. İlk defa görülen bu virüse "2019-nCoV" adı verilmiştir (Chen vd., 2020). Bu gelişmeleri takiben 2020 yılının Ocak ayında, virüsün neden olduğu hastalığın Çin ile sınırlı olmadığı, birçok ülkeden vakalar bildirilmeye başlanınca anlaşılmıştır. DSÖ bu yeni koronavirüs hastalığını 30 Ocak 2020'de Uluslararası Sağlık Acil Durumu olarak ilan etmiştir. 11 Şubat 2020'ye gelindiğinde de DSÖ, bu yeni tip koronavirüsün sebep olduğu hastalığın adının "Koronavirüs hastalığı-2019", kısaltma olarak da "COVID-19" olarak belirlendiğini tüm dünyaya duyurmuştur (DSÖ, 2020). 11 Mart 2020 tarihinde ise bu yeni hastalık COVID-19 hakkında çok önemli bir gelişme yaşanmıştır. DSÖ COVID-19'u, Eski Yunancada "tüm" anlamındaki "pan" ve "insanlar" anlamındaki "demos" sözcüklerinin birleşmesinden oluşan "tüm insanlığı etkileyen" anlamında kullanılan bir kavram olan "pandemi" olarak nitelendirmiştir. Aynı tarihte Türkiye'de de ilk COVID-19 vakasının tespit edildiği resmi olarak duyurulmuştur (Aslan, 2020).

Bu süreçte T.C. Sağlık Bakanlığı da hastalık sürecinin ilk başlarından itibaren, ülkemizde henüz vaka görülmemişken çeşitli tedbirler almaya başlamıştır (Yücesan ve Özkan, 2020). İlk olarak 10.01.2020 T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından "Koronavirüs Bilim Kurulu ve Operasyon Merkezi" kurulmuştur. 14.01.2020 COVID-19 Rehberi hazırlanmış ve 20.01.2020'de şüpheli vakalardan numune alınmaya başlanmıştır. Bu tarihlerden 11 Mart 2020'ye gelinceye kadar başta Çin olmak üzere vaka görülen ülkelere uçak seferleri durdurulmuş, çeşitli seyahat kısıtlamaları getirilerek, bu bölgelerden gelen yolcular kontrol edilmeye başlanmıştır (Budak ve Korkmaz, 2020).

Dünyada geçmiş yıllarda büyük kayıplara yol açmış olan influenza virüsleriyle oluşan pandemiler nedeniyle, Türkiye'de ilk defa pandemi hazırlık çalışmaları 2004 yılında başlatılmıştır. 2006 yılında da T.C. Sağlık Bakanlığı temsilcileri, akademisyenler, alanında uzman katılımcılar ve konuyla ilgili diğer Bakanlıkların temsilcilerinin katılımıyla "Pandemi Hazırlık Planı" oluşturulmuştur. Bu hazırlık 2009 yılında, DSÖ'nün öncülüğünde Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezinin (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)) influenza virüslerine karşı bütün ülkelerin hazırlıklı olmaları amacıyla ulusal pandemiyle mücadele planlarını hazırlamaları uyarısında bulunmasından üç yıl önce gerçekleşmiştir (Sertdemir, 2020). Hazırlanan bu plan, 2006/23 sayılı "Küresel Bir Grip Salgını (Pandemi) Konusunda Yapılması Gereken Hazırlıklar" konulu Başbakanlık Genelgesi ile duyurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Yine bu genelgeyle duyurulan bir diğer husus da Ulusal Pandemi Planı doğrultusunda İl Sağlık Müdürlüklerince, illerinde bulunan kamu kurum ve kuruluşlarınca yerine getirilmesi gereken görevlerin ve tedarik edilmesi gereken tıbbi malzemelerin belirlendiği "İl Pandemi Planları" hazırlandığıdır. Yani alınan önlemler yalnızca ülke genelinde yapılan merkezi uygulamalarla sınırlı olmayıp, yerel düzeyde de hazırlıklar öngörülmüştür. İşte bu hazırlıklar çerçevesinde, ülkemizde ilk vakanın tespit edilmesini takiben ilk il pandemi kurul toplantıları 28 Mart 2020'de düzenlenmiştir (Tavukcu ve Eke, 2021). Ülkemizde salgın hastalıklarla mücadele için yerel kurullar oluşturulması fikri çok daha eski tarihlere dayanmaktadır. 24.04.1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun beşinci faslında bulunan 23-28. maddelerde "Vilayetler ve kazalar umumi hıfzıssıhha meclisleri" tanımlanmıştır. Günümüzdeki adıyla il ve ilçe hıfzıssıhha kurulları yasal dayanağını bu maddelerden almaktadır (T.C. Resmi Gazete, 1930).

Ülkemizde umumi hıfzıssıhha meclislerinin/kurullarının oluşturulması 1930 yılına 1593 sayılı Kanuna dayansa da literatürde bu oluşumların çalışmalarını değerlendiren çok sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma ile bir ilde alınan hıfzıssıhha kurulu kararlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Böylece COVID-19 pandemisiyle yapılan mücadele çalışmalarına farklı bir pencereden bakış sağlanmış olacaktır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tanımlayıcı çalışmada, ülkemizde ilk COVID-19 vakasının görüldüğü açıklanan 11 Mart 2020 tarihinden, pandemi sürecinde geçen ikinci yıl dönümü olan 11 Mart 2022 tarihine kadar geçen dönemde Kırklareli il hıfzıssıhha kurulunca (UHK) alınan kararlar incelenmiştir. Kamuya açık veri olarak yayınlanan il hıfzıssıhha kurul kararlarına valilik web sayfasından ulaşılmıştır. Kırklareli İlinin seçilme sebebi araştırmacıların pandemi döneminde bu ilde görev yapmalarıdır. İncelenen kararlar pandemiye ya da diğer konulara yönelik olması, yasaklama veya cezai müeyyide getirmesi ya da bunların kaldırılması, bireylere veya kurumlara yönelik olması, merkezi talimatlarla ya da ilin dinamikleriyle alınması, karantina tedbiri içerip içermemesi gibi özellikleri bakımından sınıflandırılmıştır. Bu tanımlara göre web sayfasında yer alan hıfzıssıhha kararları, araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formunda sınıflandırılmıştır. Çalışma verilerinin toplanması, araştırmanın incelendiği dönem olan 11 Mart 2020-11 Mart 2022 tarihlerinden sonra 2022 yılının ikinci üç aylık döneminde gerçekleşmiştir. Çalışmada kullanılan il hıfzıssıhha kurul kararlarına, kamuya açık veri olarak yayınlanan valilik web sayfasından ulaşıldığı için etik kurul izni alınmamıştır. Çalışmada sınıflandırılan kararların tanımı aşağıda yer almaktadır:

2.1. Olumlu, Olumsuz, Karma Kararlar

Olumlu UHK Kararları, pandemi döneminde rehberlik edici, yasaklama içermeyen, ikna edici, cezai müeyyide içermeyen caydırıcılık içeren kararlardır. Örneğin karantina iptalleri, ceza iptalleri “olumlu karar” olarak sınıflandırılmıştır. “Olumsuz UHK kararları”, yasaklar, cezalar, karantina tedbirleri içeren kararlardır. Aynı karar içinde hem olumlu hem olumsuz karar yer alıyorsa “karma karar” olarak sınıflandırılmıştır.

2.2. Karar Alma, Karar Kaldırma, Karma Kararlar

Alınan UHK kararı, yeni karar almayı içeriyorsa “karar alma” olarak, geçmiş dönemde alınan kararı iptal etmeyi içeriyorsa, alınan karantına tedbirinin iptalini vs içeriyorsa “karar kaldırma” olarak sınıflandırılmıştır. İncelenen UHK kararının içindeki bir maddede hem yeni karar, yeni tedbirler olabiliyor hem de geçmişte alınan UHK kararının tamamının veya bir maddesinin iptalini içeriyorsa “karma karar” olarak sınıflandırılmıştır.

2.3. Bireylere, Kurumlara Yönelik Kararlar

Bireylere Yönelik Kararlar, bireylerin davranışlarını (örneğin 65 üzeri vatandaşlar sokağa çıksın veya çıkmasın gibi) direkt ve öncelikli olarak etkileyen kararlardır. Kurumlara Yönelik Kararlar, kurumları harekete geçiren, kurumlara görev ve sorumluluk yükleyen, direkt kurum adı ile belirtilerek alınan kararlardır.

2.4. Merkezi, Yerel Kararlar

Çoğunlukla İçişleri Bakanlığı olmak üzere diğer bakanlıklardan da iletilen, merkezi düzeyde gelen kararın ilde hıfzıssıhha kararına dönmüş hali ise “merkezi karar”, değilse yani yerel dinamiklerle ve kararlılıkla tecelli etmiş, ortaya konmuş kararsa “yerel karar” olarak sınıflandırılmıştır. İlde bulunan kara sınır kapısıyla ilgili alınan kararlar, bir evin, bir apartmanın, bir mahallenin veya bir köyün karantinaya alınmasını içeren kararlar yerel kararlar olarak sınıflandırılmıştır.

2.5. Karantina Tedbiri İçeren, Karantina Tedbiri İçermeyen Kararlar

Karantina kararları, T.C. Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu'nun hazırladığı, COVID-19 hakkındaki güncel bilgilere göre revize edilen rehberde (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022a) önerilen karantina sürelerine uygun olarak, bireylerin toplum ile arasında temas yoksunluğu olması zorunluluğuna dair kararlardır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

III. BULGULAR

Pandeminin ilk 2 yılında toplam 240 UHK kararı alındığı görülmüştür. İncelenen 240 kararın 232'sinin (%96,6) COVID-19 ile ilgili karar olduğu, bu kararların %68,1'inin (n=158) 2020 yılında, %30,2'sinin (n=70) 2021 yılında, %1,7'sinin (n=4) 2022 yılında alındığı anlaşılmıştır (Tablo 1). Bir kararın ortalama $4,36 \pm 4,96$ (min 1, maks 28, med 2) sayıda madde içerdiği görülmüştür. COVID-19 ile ilgili 232 kararın toplamda 1001 madde içerdiği anlaşılmıştır.

Tablo 1. Bir İilde Pandeminin İlk İki Yılında Alınan COVID-19 ile İlgili UHK Kararlarının Bazı Özelliklerine İlişkin Dağılım (N=232)

UHK KARARLARI	Sayı	Yüzde (%)
Kararın Alındığı Yıl		
2020 yılı	158	68,1
2021 yılı	70	30,2
2022 yılı	4	1,7
Toplam	232	100
Kararın Alınma Biçimi		
Oybirliği ile	231	99,6
Oyçokluğu ile	1	0,4
Toplam	232	100
COVID-19 ile İlgili Karar		
COVID-19 ile ilgili karar	232	96,6
COVID-19 ile ilgili olmayan karar	8	3,4
Toplam	240	100

Alınan kararların %99,1'i COVID-19 ile mücadeleye yönelik olduğu, en fazla sayıda kararın Haziran, 2020'de (n=24, %15,2) alındığı saptanmıştır. Bu sayıyı sırasıyla 20 kararla Mayıs, 2020 (%12,7), 19 kararla Mart, 2020 (%12,0) ve 18 kararla Kasım, 2020 (%11,4) izlemektedir.

Alınan kararların %35,8'inin (n=83) yasaklama veya cezai müeyyide getiren olumsuz kararları içerdiği, %42,4'ünün (n=97) yasaklama veya cezai müeyyideleri kaldıran olumlu karar içerdiği, %22 sinin (n=51) ise karma kararlar içerdiği tespit edilmiştir (Tablo 2).

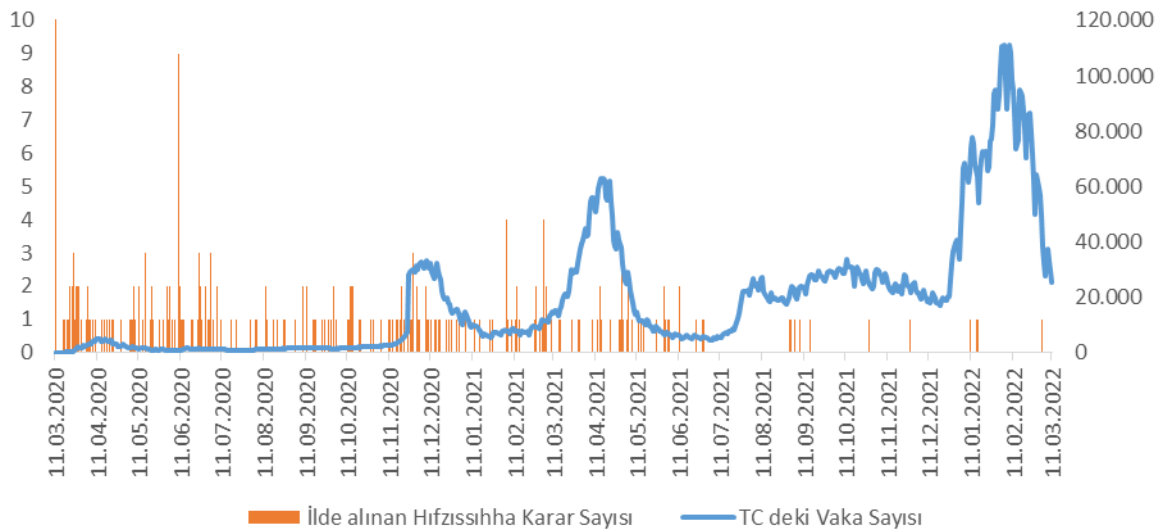
Kararların %71,6'sının (n=166) ilk kez alındığı, %72,8'inin (n=169) yasak getirdiği, %62,5'inin (n=145) tavsiye içerdiği, %92,7'sinin (n=215) bireylere, %66,8'inin (n=155) kurumlara yönelik maddeler içerdiği saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Alınan UHK Kararlarının İçeriklerine Göre Dağılımı (N=232)

Kararın İçeriği	Sayı	Yüzde (%)
Olumlu UHK kararı	98	42,2
Olumsuz UHK kararı	83	35,8
Karma UHK kararı	51	22,0
Toplam	232	100
Karar alma içeren UHK kararı	166	71,6
Karar kaldırma içeren UHK kararı	43	18,5
Karma UHK kararı	23	9,9
Toplam	232	100
Yasak getiren UHK kararı	169	72,8
Yasak getirmeyen UHK kararı	63	27,2
Toplam	232	100
Tavsiye içeren UHK kararı	145	62,5
Tavsiye içermeyen UHK kararı	87	37,5
Toplam	232	100
Direkt Vatandaşa Yönelik Kararlar		
Evet	215	92,7
Hayır	17	7,3
Toplam	232	100
Direkt Kurumlara Yönelik Kararlar		
Evet	155	66,8
Hayır	77	33,2
Toplam	232	100

Kararların %36'sının (n=84) ilin ihtiyaçlarına göre, merkezi bir talimat olmaksızın alındığı, %10,8'inin (n=25) karantina tedbiri içerdiği görülmüştür.

T.C. Sağlık Bakanlığı bilgilendirme platformunda yer alan verilere göre ülkemizde pandeminin ilk iki yılındaki vaka sayılarının ve ilde alınan UHK karar sayılarının aylara göre dağılımı Şekil 1'de görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022b).

Şekil 1. Pandeminin İlk İki Yılındaki Vaka Sayılarının ve İlde Alınan UHK Karar Sayılarının Aylara Göre Dağılımı

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye'nin yönetsel yapısı “merkezden yönetim” ve “yerinden yönetim” olmak üzere iki grupta incelenebilir. Devlet İdaresi olarak da adlandırılan merkezden yönetim de kendi içinde Merkez Teşkilatı ve Taşra Teşkilatı olarak iki gruba ayrılır. Mülki İdare olarak da adlandırılan taşra teşkilatı da il ve ilçe düzeyinde iki kademeli olarak yapılandırılmıştır (Mecek, 2020). 5442 sayılı İl İdaresi Kanunu'na göre ise illerde valiler, ilçelerde ise kaymakamlar merkezi idarenin en üst düzey memuru ve kamu kurumlarının da amiri durumundadır (Özkaya, 2021). Bu konularından dolayı vali ve kaymakamlar görev yaptıkları yerleşim yerlerinde hıfzıssıhha kurullarının da başkanı olarak görev almışlardır (T.C. Resmi Gazete, 1930). Ancak kurul her ne kadar merkezi idarenin en üst düzey temsilcisinin başkanlığında toplanıyor olsa da sadece kamu personelinde oluşmamaktadır. Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 23. maddesinde kurulun katılımcılarını “*Her vilayet merkezinde bir umumi hıfzıssıhha meclisi toplanır. Bu meclis mahalli sıhhat ve içtimai muavenet müdürü, nafia mühendisi, maarif, baytar müdürü, mevcutsa sahil sıhhiye merkezi tabibi, bir hükümet ve belediye tabibi ve hastane baştabibi ile garnizon ve kıt'a bulunan yerlerde en büyük askeri tabip ve serbest sanat icra eden bir tabip ve bir eczacıdan ve belediye reisinden mürekkeptir. Meclis valinin veya valiye bilvekele sıhhiye müdürünün riyaseti altında içtima eder. Valinin tensip edeceği bir zat kitabet vazifesini ifa ve zabıtları tanzim eder.*” şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım 2005 yılında yayınlanan Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge günümüz Türkçesine uyarlanmış ve Kanunda “umumi hıfzıssıhha meclisi” olarak zikredilen oluşum, “hıfzıssıhha kurulu” olarak anılarak, kurulun “valinin başkanlığında il sağlık müdürü, il milli eğitim müdürü, il tarım müdürü, il bayındırlık ve iskan müdürü, belediye başkanı, belediye hekimi, devlet hastanesi başhekimisi, garnizon ve kıta bulunan yerlerde en yüksek askeri hekim, varsa sahil sağlık merkezi hekimi, serbest çalışan bir hekim ve bir eczacıdan” oluşacağı bildirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022c). Çalışmamızda incelediğimiz hıfzıssıhha kurulunun bazı kararlarında ise bu kişilere ek olarak İl Özel İdaresi Genel Sekreterinin, Merkez İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı ve İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanının da imzaları olduğu görülmektedir (Kırklareli UHSK, 2020). İl Valiliklerinin bazılarının web sitelerinde sadece karar metinlerine ulaşıp, imza sayfaları görülemezken, örneğin Tekirdağ ilinde alınan bir kararda İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanının da imzası olduğu bulunmaktadır (Tekirdağ UHSK, 2021). Başka bir örnek vermek gerekirse, Bolu ilinde alınan bir kararda İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanının yanında, diğer örneklerimizden farklı olarak Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yardımcısının ve Ticaret ve Sanayi Odası Başkanının da imzaları olduğu görülmektedir (Bolu UHSK, 2022). Yine Adıyaman ilinde alınan bir kararda “serbest çalışan hekim” ve “serbest çalışan eczacı” yerlerine “Tabip Odası Başkanı” ve “Eczacı Odası Başkanı” sıfatlarıyla imza atıldığı görülmekte ve aynı kararda İl Özel İdaresi Genel Sekreterinin de imzası bulunmaktadır (Adıyaman UHSK, 2022). Yaşanan pandemi süreci gibi bir olağanüstü durumda toplanan umumi hıfzıssıhha kurullarına, kanunda zikredilenlere ek, örneklerimizde de görüldüğü şekilde yeni üyelerin de katılması gayet doğal ve gerekli olarak değerlendirilebilir. Ancak ilerleyen dönemlerde bu kurulların aldığı kararların hukuka uygunluğunu tartışmaya açacak uygulamalardan kaçınılmasına dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Başka bir deyişle umumi hıfzıssıhha kurullarının oluşumlarının güncel ihtiyaçlara göre hukuki alt yapılarının gözden geçirilmesi gereklidir. Çünkü pandeminin ilk günlerinden itibaren İl Hıfzıssıhha Kurullarının aldığı kararlar hukuken tartışılmaya başlanmıştır (Coşar, 2020).

Pandemi süresince ülke çapında hıfzıssıhha kurullarınca alınan kararların genellikle günlük hayatta rutin kabul edilen aktivitelere kısıtlama getirici olanlarının hukuka uygunluk açısından tartışıldığı izlenmektedir. Bunların başında sokağa çıkma kısıtlamaları, maske takılmasını zorunlu tutan kararlar, bazı işyerlerinin belirli sürelerle kapatılması ya da çalışma saatlerine kısıtlamalar getirilmesi, okullardaki eğitim faaliyetlerindeki düzenlemeler, izolasyon amacıyla yurtların kullanılması ve buralarda bazı kişilerin belirli sürelerle zorunlu ikamete alınması gibi temel hak ve özgürlükleri etkileyen kararlar sayılabilir (Doru, 2020). Çalışmamızda incelediğimiz İl Hıfzıssıhha Kurulunun çalışma dönemimiz boyunca aldığı kararların yaklaşık üçte birinin kısıtlama getirici kararlar olduğu görülmektedir. Alınan bu kararlar elbette ki yaşanan olağanüstü sürecin bir gerekliliği olarak değerlendirilebilir. Ancak kısıtlama getiren kararların oransal olarak bu kadar yüksek olması da hukuki tartışmaları kaçınılmaz olarak arttırmaktadır. Türkiye’de COVID-19 ile mücadele kapsamında

temel mevzuat niteliğindeki yasal dayanağın 1930 yılında yasalaşan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve 1949 tarihinde çıkarılan İl İdaresi Kanunu olduğu ve bu hukuk normlarının salgınla mücadele açısından yeterli olmadığı bildirilmiştir (Sever, 2020). Bütün bu bilgiler, çalışmamız bulgularıyla birlikte değerlendirildiğinde, ilerleyen dönemlerde her ne kadar temenni edilmese de yaşanabilecek benzer olağanüstü sağlık olaylarıyla mücadelede, yerel düzeyde yapılan mücadelelerin hukuki zeminin güçlendirilmesinin gerekli olduğu söylenebilir.

Literatürde hıfzıssıhha kurulu kararlarını inceleyen çok sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Ankara’da 2000 yılında yapılan bir çalışmada, İl Hıfzıssıhha Kurulunun 1977-1997 yılları arasındaki 20 yıl ve Ankara İline bağlı Çankaya ve Keçiören ilçelerinin de 1994-1998 yılları arasındaki 5 yıllık dönemlerde almış oldukları kararlar incelenmiştir. Ankara’da yürütülen bu çalışma sonucunda İl Hıfzıssıhha Kurulunun 94 toplantı tutanağına ulaşıldığı ve toplantıların beklenenden az, tutanakların yetersiz, işleyişte aksaklıkların olduğu ve kurulların yeterince verimli çalışmadığı saptandığı bildirilmiştir (Yapıcı, 2000). Hâlbuki çalışmamızda incelediğimiz Kırklareli İl Hıfzıssıhha Kurulunun çalışma dönemimiz olan, Türkiye’de ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden 11 Mart 2022’ye kadar geçen iki yıllık dönemde toplam 229 tutanağa ulaşılmıştır. Bu itibarla çalışmamızda incelediğimiz il hıfzıssıhha kurulunun, kanunun verdiği yetkiyi pandemi döneminde kullanmakta çekingen davranmadığı söylenebilir. Yine çalışmamızda ulaşılan önemli bir bulgu da en fazla sayıda kararın Türkiye’deki vaka sayılarının en yüksek noktaya ulaşmadan önceki aylarda alınmış olmasıdır. Bu bulgumuz alınan kararlarda bir öngörü olduğunu da düşündürmektedir. Çalışmamızın bu görüşü destekleyen bir bulgusu da incelenen kurul kararlarının üçte birinden fazlasının ilin ihtiyaçlarına göre, merkezi bir talimat olmaksızın alınmış olmasıdır.

Bulgularımızda dikkat çekici bir husus da alınan kararların %90’ından fazlasının COVID-19 ile mücadele kapsamında olmasıdır. Oysa hıfzıssıhha kurullarının bölgelerinde yaşanan diğer sağlık sorunlarına çözümler üretilmesine katkı sunması, sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinde rol almasının çok yararlı olacağı düşünülmektedir. Çünkü yapısı gereği hıfzıssıhha kurulları kamunun değişik birimleri ile sivil toplumun bir buluşma platformu gibidir. Bu açıdan çağın gereklerine göre hıfzıssıhha kurullarının görev tanımlarının genişletilmesinin ve ilgi alanlarının, isimlerinin kelime anlamı olan “sağlığın korunması” faaliyetlerinde, yerel imkân ve ihtiyaçlara göre bu kurullardan yararlanılması mümkündür.

Çalışmamız için literatür araştırması yapılırken hıfzıssıhha kurullarının faaliyetlerini inceleyen çalışmaların az sayıda olduğu görülmüştür. Ulaşılan bilimsel çalışmaların çoğunluğunun genellikle hukukçular tarafından yapılan ve hıfzıssıhha kurullarının faaliyetlerini hukuki yönden değerlendiren çalışmalar olduğu izlenmiştir. Oysa 1930 yılından bu yana yasal bir oluşum olarak her il ve ilçede faaliyetlerini sürdüren bu kurulların çalışmalarının geniş kapsamlı olarak değerlendirilmesi ve katkı verdikleri alanların genişletilmesine yönelik yol gösterici daha fazla bilimsel çalışma olması beklenir. Bu açıdan hıfzıssıhha kurullarının faaliyetleri, görev, yetki ve sorumluluk alanlarıyla ilgili geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür. Çalışmamızın önemli bir bulgusu da en fazla sayıda kararın Türkiye’deki vaka sayılarının en yüksek noktaya ulaşmadan önceki aylarda alınmış olmasıdır. Bu bulgumuz, alınan kararlarda bir öngörü olduğunu ve böylece merkezi otoriteden önce reaksiyon göstererek, yerel düzeyde önlemler alınmasının bir aracı olarak hıfzıssıhha kurullarının daha aktif olması gerektiğini bir kez daha göstermiştir. Olağanüstü sağlık sorunlarıyla mücadelede hıfzıssıhha kurullarının rehberlik, ikna edicilik, caydırıcılık gibi rollerinin önemi bu çalışmayla bir kez daha anlaşılmıştır. Bu bağlamda hıfzıssıhha kurullarının daha aktif olarak çalışmalarının, olağanüstü olmayan durumlarda da sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinde büyük rol üstlenebileceği düşünülmüştür.

Etik Kurul İzni: Çalışmada kamuya açık veri kullanılmıştır.

KAYNAKLAR

- Aslan, R. (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve COVID-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(65), 35-41.
- Budak, F. & Korkmaz, Ş. (2020). COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1, 62-79.
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., ... & Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet (London, England)*, 395(10226), 809–815.
- Coşar, V. A. (2020). Hukukun pandemi ile ya da pandeminin hukuk ile imtihanı!. *İnsan Hakları Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Unesco Felsefe ve İnsan Hakları Kürsüsü Bülteni, Maltepe Üniversitesi*, 7, 8-9.
- Doru, S. R. (2020). COVID-19 (Koronavirüs) salgını sürecinde yapılan idari muamelelerin hukuka uygunluğu ve idarenin sorumluluğu meselesi. *İstanbul Hukuk Mecmuası*, 78(2), 769-807.
- Mecek, M. (2020). Bir mülki (taşra) idare birimi olarak Türkiye’de il yönetimleri ve hukuki – örgütsel yapıları. *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 6(2), 296-325.
- Özkaya, Y. (2021). Tarihsel süreç içinde valilerin değişen yetkileri ve cumhurbaşkanlığı sistemindeki yeri. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 72-84.
- Sertdemir, A. (2020). Türkiye’nin koronavirüsle mücadele performansı üzerine bir değerlendirme. *Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 15-26.
- Sever, Ç. (2020). COVID-19 günlerinde idare hukuku: salgınla mücadelede kolluk yetkileri üzerine bir inceleme. *Anayasa Hukuku Dergisi*, 9(17), 187-238.
- Tavukcu, M. & Eke, E. (2021). Covid-19 pandemi yönetim süreci: Türkiye perspektifi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 3(2), 116-133.
- Adıyaman UHSK (2022). T. C. Adıyaman Valiliği *Adıyaman il umumi hıfzıssıhha meclisi kararları*. 22.02.2022 tarih ve 2022 /02 – 22 nolu karar. http://www.adiyaman.gov.tr/kurumlar/adiyaman.gov.tr/duyurular/2022/SUBAT-2022/hifzissihha-_22022022_2_22.pdf. Erişim Tarihi: 30.01.2023
- Bolu UHSK (2022). T.C. Bolu Valiliği *Bolu il umumi hıfzıssıhha meclisi kararları*. 20.01.2022 tarih ve 07 nolu karar. http://www.bolu.gov.tr/kurumlar/bolu.gov.tr/Haber%20resimleri/kararlar/2022/20012022-_7.pdf. Erişim Tarihi: 30.01.2023
- Kırklareli UHSK (2020). T.C. Kırklareli Valiliği. *Kırklareli il umumi hıfzıssıhha kurulunun kararları*. 17.03.2020 tarih ve 03 nolu karar. http://www.kirklareli.gov.tr/kurumlar/kirklareli.gov.tr/duyuru-belgeler/2020/03-MART/20200325/KARAR2020_2.pdf . Erişim Tarihi: 30.01.2023
- T.C. Resmi Gazete (1930). *Umumi hıfzıssıhha kanunu*. 06.05.1930 Sayı:1489, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022a). *COVID-19 rehberi*. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66301/covid-19-rehberi.html>. Erişim Tarihi: 30.01.2023

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022b). *COVID-19 bilgilendirme platformu*. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>. Erişim Tarihi: 30.01.2023
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). *Pandemi influenza ulusal hazırlık planı*. Erişim Adresi: https://grip.gov.tr/depo/saglikcalisanlari/ulusal_pandemi_plani.pdf Erişim Tarihi: 30.01.2023
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022c). *Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönerge*. https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240 Erişim Tarihi: 30.01.2023
- Tekirdağ UHSK (2021). T.C. Tekirdağ Valiliği. *Tekirdağ il umumi hıfzıssıhha meclisi kararları*. 06.08.2021 tarih ve 188 nolu karar. <https://tekirdagism.saglik.gov.tr/Eklenti/146349/0/hifzissihha-188-nolu-kararpdf.pdf> Erişim Tarihi: 30.01.2023
- WHO (World Health Organization) (2020). *Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report–22. 11 february 2020*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b12> Erişim Tarihi: 30.01.2023
- Yapıcı, M. (2000). *Ankara ili Umumi Hıfzıssıhha Kurulu kararlarının incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Yücesan, B. & Özkan, Ö. (2020). COVID-19 pandemi sürecinin sağlık yönetimi açısından değerlendirilmesi. *Eurasian Journal of Health Sciences, (Covid-19 Special Issue)*, 3,134-139.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNDE İŞ STRESİNİN İŞTEN AYRILMA NİYETİNE ETKİSİ

Mesut TELEŞ*

ÖZ

Bu çalışmanın amacı birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde iş stresinin işten ayrılma niyetine etkisi araştırmaktır. Kesitsel türde bir araştırma olan bu çalışmada veri toplama araçları olarak Genel İş Stresi Ölçeği ve işten ayrılma niyetini ölçen iki soruluk form (örgütten ve meslekten ayrılma niyetleri için ayrı ayrı birer soru) kullanılmıştır. Bu çalışma, Niğde il merkezi ve Niğde'nin en büyük ilçesi olan Bor ilçe merkezindeki birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarında çalışan 281 sağlık çalışanı (88 aile hekimi, 164 aile sağlığı elamanı, 27 diğer) üzerinde yürütülmüştür. Çalışmada iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, Eta katsayısı, Cramer V katsayısı, Pearson korelasyon katsayısı, basit ve çoklu doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır. Sağlık çalışanlarının 5'li Likert üzerinden Genel İş Stresi Ölçeği ortalaması $2,29 \pm 0,93$ 'tür ve meslekten ayrılma niyeti ortalaması ($2,46 \pm 1,31$) örgütten ayrılma niyeti ortalamasından ($2,37 \pm 1,22$) biraz daha yüksektir. Aile hekimlerinin iş stresi ortalaması ($2,60 \pm 0,95$), meslekten ayrılma niyeti ortalaması ($2,73 \pm 1,29$) ve örgütten ayrılma niyeti ortalaması ($2,63 \pm 1,18$) diğer sağlık çalışanlarının ortalamalarına göre daha yüksektir ($p < 0,05$). İş stresinin meslekten ayrılma niyeti ($r = 0,72$; $p < 0,05$) ve örgütten ayrılma niyetiyle ($r = 0,66$; $p < 0,05$) ilişkileri yüksek düzeydedir. İş stresinin meslekten ayrılma niyetine ($b = 1,01$; $p < 0,05$) ve örgütten ayrılma niyetine ($b = 0,86$; $p < 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı etkileri vardır. Hatta bu etkiler, mesleki ve sosyodemografik özelliklerin kontrol değişkeni olarak modele dahil edilmesi durumunda bile devam etmektedir ($p < 0,05$). Sonuç olarak, iş stresinin işten ayrılma niyeti üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğu değerlendirilmektedir. Lisansüstü eğitim mezunu ve haftalık çalışma saati 48 saat olan ve aile hekimi olarak görev yapan sağlık personelinin iş stresi daha yüksektir. Ayrıca 35 yaş ve altındaki, lisansüstü eğitim mezunu, mesleki deneyimi 15 yıl ve altı ile haftalık çalışma saati 48 saat olan ve aile hekimi olarak görev yapan sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyeti daha yüksektir. İş stresinin yanı sıra yaş, eğitim düzeyi ve meslekte çalışma süresi işten ayrılma niyetinin diğer belirleyicileridir. İşten ayrılma niyetini düşürmek isteyen sağlık yöneticilerinin, çalışanların mesleki ve diğer özelliklerini de dikkate alarak iş stresiyle mücadele etmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: İş stresi, işten ayrılma niyeti, birinci basamak sağlık hizmeti, aile hekimi, aile sağlığı elamanı.

MAKALE HAKKINDA

* Doç. Dr., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mesutteles@ohu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3255-0096>

Gönderim Tarihi: 31.10.2022

Kabul Tarihi: 26.04.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Teleş, M. (2023). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde iş stresinin işten ayrılma niyetine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 363-378

THE EFFECT OF WORK STRESS ON TURNOVER INTENTION AMONG HEALTH STAFF IN PRIMARY CARE

Mesut TELEŞ *

ABSTRACT

This study aims to identify the effects of work stress on turnover intention among health staff in primary care. In this cross-sectional study, the General Work Stress Scale and two single-item measures of turnover intention (one question for each organisational and professional turnover intention) were used as the data collection tools. This study included 281 healthcare providers (88 family physicians, 164 family health staff and 27 other staff) working in primary care institutions in the city center of Niğde and the biggest district of Niğde, Bor district center. In this study, independent sample t-test, one-way ANOVA, eta coefficient, Cramer V coefficient, Pearson correlation coefficient, simple and multiple linear regression analysis were used. The mean of the General Work Stress Scale on a 5-point Likert of health staff was 2.29 ± 0.93 and the mean of professional turnover intention (2.46 ± 1.31) was slightly higher than the mean of organisational turnover intention (2.37 ± 1.22). The work stress mean score (2.60 ± 0.95), the professional turnover intention mean score (2.73 ± 1.29) and the organisational turnover intention mean score (2.73 ± 1.29) of family physicians were higher than the mean scores of other health staff ($p < 0.05$). Work stress had high correlations with professional turnover intention ($r = 0.72$; $p < 0.05$) and organisational turnover intention ($r = 0.66$; $p < 0.05$). The effects of work stress on professional turnover intention ($b = 1.01$; $p < 0.05$) and organisational turnover intention ($b = 0.86$; $p < 0.05$) were statistically significant. These effects continued to exist even when occupational and sociodemographic characteristics were included in the model as control variables ($p < 0.05$). Consequently, it was evaluated that work stress had an impact on turnover intention among health care providers working in primary care. Work stress was higher for health staff who had postgraduate degree and 48 hours of work per week and who worked as family physicians. Moreover, turnover intention was higher for health staff who had 35 years of age or younger, postgraduate degree, professional experience of 15 years or less, 48 hours of work per week and who worked as family physicians. In addition to work stress, age, education level and years in the profession were other determinants of turnover intention. It was recommended that health managers who want to reduce turnover intention should deal with work stress by considering the professional and other characteristics of health staff.

Keywords: Work stress, turnover intention, primary care, family physician, family health staff.

ARTICLE INFO

* Assoc. Prof., Niğde Ömer Halisdemir University, Department of Health Management, mesutteles@ohu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3255-0096>

Received: 31.10.2022

Accepted: 26.04.2023

Cite This Paper:

Teleş, M. (2023). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde iş stresinin işten ayrılma niyetine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 363-378

I. GİRİŞ

Günümüz örgütleri için en önemli kaynak, insan unsurudur ve insan unsurunun yer almadığı bir örgüt yapısından bahsedilemez. 1920’li yıllardaki klasik dönemdeki yönetim anlayışına göre bir makine gibi görünen insan kaynağı artık günümüzde örgütlerin merkezine yerleşmiştir. Bugünün örgütleri, donanımlı çalışanlara sahip olma ve entelektüel sermaye düzeyini daha yukarılara çıkarmanın mücadelesini vermektedir. Bu mücadele ise sanıldığı kadar kolay olmamakta ve hatta örgüt çalışanları üzerinde ciddi baskılara yol açabilmektedir. Psiko-sosyal bir varlık olan insan, örgütteki iş yaşamı boyunca karşılaştığı baskılar sonucunda iş stresi yaşayabilmektedir (Çankaya, 2020). İşten kaynaklı talepleri karşılamakta güçlük çeken veya işletme tarafından beklentileri karşılanmayan çalışanlarda oluşacak iş stresi (Yenihan, 2014), çalışanın zaman içerisinde işinden soğumasına ve hatta işten ayrılma konusunda bir düşünceye sahip olmasına yol açabilmektedir (Çankaya, 2020). Bu türden olumsuz durumlar mal ve hizmet üretiminin azalmasına ve sonuçta örgütsel performansın bir bütün olarak düşmesine neden olabilmektedir (Seyfullahoğulları, 2018).

Bilimsel ve günlük hayatta yaygın olarak kullanılan stres kelimesi Latince “*estricia*” kelimesinden köken almakta olup “zorlanma, gerilme ve baskı” anlamlarına gelmektedir. Stresi günümüzdeki anlamda ilk kez kullanan Hans Selye, çeşitli uyaranların canlılarda ortak değişikliklere yol açtığını fark etmiş ve stresi vücudun değişim karşısında verdiği özgül olmayan cevap olarak tanımlamıştır. Bedenin stresli durumlarda verdiği bu tepkiyi “Genel Uyum Sendromu” olarak adlandırmıştır (Akçakaya ve Erden, 2014). Bir başka tanıma göre ise stres bireysel olarak heyecan verici, korkutucu, tahriş edici veya tehlikeli olarak algıladığımız günlük yaşam olaylarının taleplerini karşılamak için vücutta meydana gelen istemsiz, spesifik olmayan aşırı enerjinin üretimi olarak tanımlanır (Soderman, 1983).

Stres, canlılarda bedeni ve zihni harekete geçirmek üzere, fiziksel bir enerji şeklinde otomatik olarak açığa çıkmaktadır. Stresten kaçınma, istenmeyen ve imkânsız olan bir durumdur (Şahin, 2017). Hoş olmayan durumlarla yüzleşebilmek veya başa çıkabilmek için belirli miktarlarda strese ihtiyacımız vardır. Stres, kendi başına ne iyidir ne de kötüdür (Soderman, 1983). Birey ani stres yaratan faktörlere karşı olumlu başa çıkma mekanizmaları geliştirebildiğinde performansı artmakta ve stresi olumlu bir şekilde kullanmaktadır (Akçakaya ve Erden, 2014). Böyle durumlardaki stres, “iyi stres” olarak ifade edilebilir. Ancak “iyi olan stres” bu amaca yönelik kullanılmaz ve zamanla biriktirilirse, onu yaşayan canlıya zarar veren “kötü stres” haline dönüşebilir (Şahin, 2017). Kronikleşen stres olumsuz sonuçlara yol açar ve kendini çeşitli fizyolojik, psikolojik ve davranışsal belirtilerle ortaya koyar (Robbins ve Judge, 2013).

Çok sayıda stresör (stres faktörleri) olmakla birlikte, potansiyel stres kaynakları arasında örgütsel faktörler önemli bir yer tutmaktadır. Örgütsel faktörler, bireylerin bir örgütte çalıştıkları sırada yaşayabilecekleri iş yeri stres etmenleridir (Şahin, 2017). Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Kurumu iş stresini, “*işin gereklilikleri ile çalışanın yetenekleri, kaynakları veya ihtiyaçları uyummadığında ortaya çıkan zararlı yapıdaki fiziksel ve duygusal tepkiler*” olarak tanımlamaktadır. İş stresi sağlığın kötüleşmesine ve hatta yaralanmalara neden olabilir (The National Institute for Occupational Safety and Health, 1998). İş stresine neden olan örgütsel faktörlere kötü fiziksel çalışma koşulları, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı veya düşük iş yükü, çelişkili iş talepleri, yeteneksiz yöneticilerin varlığı, uzun çalışma saatleri, iş ve aile yükümlülükleri arasındaki etkileşimler vb. örnek olarak verilebilir (Stranks, 2005; Lundberg ve Cooper, 2010). İşten kaynaklanan stres kaynakları; işin yapısıyla ilgili olabildiği gibi, örgütsel yapı ve politikalar, fiziksel şartlar ve kişiler arası ilişkilerden kaynaklı da olabilir (Çankaya, 2020). Strese neden olan bu faktörler genellikle sosyal, ekonomik ve çalışma koşullarının karmaşıklığından kaynaklanmakta olup bunlar zamanla değişebilir ve bu faktörler birbirleriyle etkileşime girdiğinde çalışanları değişik şekillerde etkileyebilir (Dewe vd., 2010).

Aşırı ve uzun süreli stres psikolojik, bilişsel, fiziksel ve davranışsal bozukluklara neden olmaktadır. Bu bozukluklar, bir yandan çalışanların performansını, örgüte bağlılığını, verimliliğini, iş tatminini vb. azaltırken, diğer yandan da çalışanların işe devamsızlığını, iş ilişkilerinde yaşadığı gerginliği ve işten

ayrılma niyetini arttırmaktadır (Serinikli, 2019). İşten ayrılma niyeti, bir çalışanın istihdam ettiği işi bırakma olasılığı olarak tanımlanır ve çalışanın örgüt dışına hareketi olarak görülür (Akova vd., 2015). İşten ayrılma niyeti, çalışanların iş koşullarından tatminsiz olmaları durumunda göstermiş oldukları yıkıcı ve aktif bir eylemdir (Serinikli, 2019). İşten ayrılma niyetinde, bilinçli ve planlanmış şekilde kasıtlı olarak örgütü terk etme eğilimi vardır (Çankaya, 2020). Çalışanın işten ayrılma niyetinin, işten ayrılma davranışına dönüşmesi belli bir süreçte gerçekleşmektedir. Bu süreç birçok unsurdan etkilenmektedir. Bunlara ödül, ücret, yaş, cinsiyet, alternatif iş olanakları gibi unsurlar örnek olarak verilebilir. Bunun yanı sıra örgütsel bağlılık, iş tatmini, örgütsel destek, tükenmişlik ve iş stresi gibi unsurlar da işten ayrılma niyetini etkilemektedir. Çalışanın işten ayrılmasının işletmeye ağır maliyetleri olabilmektedir. Bu maliyetler yeni personelin eğitimi, adaptasyonu, eski personelde oluşan moral bozukluğu, nitelikli çalışanın ayrılmasından kaynaklanan üretim kaybı ve performans düşüklüğü vb. şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Serinikli, 2019). Tüm bu olumsuzluklarla karşılaşmak istemeyen işletmeler çalışanları işletmede tutacak etkin insan kaynakları yönetimi politikalarını uygulamak zorundadır (Çankaya, 2020).

Her mesleğin kendine özgü stresörleri olmakla birlikte bunlar bazı mesleklerde daha fazladır. Örneğin, insan hayatında sorumluluk gerektiren sağlık meslekleri bunlar arasında sayılabilir (Şahin, 2017). Manchester Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Enstitüsü tarafından yapılan bir araştırma, doktorluğun, hemşireliğin ve ebeliğin en stresli meslekler arasında olduğunu göstermiştir (Stranks, 2005). Meslektaşlar tarafından yapılan zorbalık, hastaların mental sağlığı, aşırı iş yükü, destekleyici olmayan yönetim anlayışı, kişiler arası sorunlar, yetersiz insan kaynakları, hasta ve hasta yakınlarının kaba davranışları, vardiyalı çalışma, kariyer olanaklarının yetersiz olması, verilen hizmetler nedeniyle dava edilme riski, diğer meslek grupları ile rol çatışmaları, düşük iş kontrolü ve artan hasta beklentileri vb. nedenler sağlık çalışanları için iş yerinde ortaya çıkan stres faktörleridir (Happell vd., 2013; Çamkerten vd., 2020).

Ülke sağlık sistemlerinin giriş kapısı ve temel yapı taşı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanları iş stresinin olumsuz etkilerine maruz kalmaktadır. Örneğin, ABD’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde tükenmişlik kriz düzeyindedir ve sağlık çalışanlarının %44-55’i haftada en az bir veya daha fazla kez kendini tükenmiş hissetmektedir (Apaydin vd., 2022). Yine ABD’de birinci basamakta doktorların %53’ü zaman baskısı yaşadığını bildirmiştir (Prasad vd., 2019). Sağlık çalışanlarının işyerinde strese oldukça duyarlı oldukları ve diğer mesleklere göre stresin olumsuz sonuçlarını daha fazla yaşadıkları bilinmektedir (Gregov vd., 2011). Birçok ülkede birinci basamakta doktorların yüksek devir oranı hem sağlık hizmetleri hem de hasta bakımı için potansiyel olumsuz sonuçları olan önemli bir problemdir (Kuusio vd., 2013). ABD’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde işten ayrılan her bir hekimin değiştirilmesinin işe alım, eğitim ve gelir kaybı açısından 5 yüz bin ile 1 milyon dolar arasında maliyetinin olabileceği bildirilmiştir (Apaydin vd., 2022). Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarında tükenmişliğin ve iş stresinin artması hasta güvenliğinin ve memnuniyetinin azalması, daha düşük bakım kalitesi ve daha zayıf doktor-hasta ilişkisiyle de bağlantılıdır (Linzer vd., 2005; Apaydin vd., 2022). Yapılan çalışmalar birinci basamaktaki çalışma koşullarının stres, tükenmişlik, memnuniyetsizlik ve işten ayrılma niyeti gibi olumsuz iş sonuçlarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (Linzer vd., 2015).

Türkiye’de 2010 yılı sonunda aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle birlikte birinci basamak sağlık hizmeti sistemi köklü değişim sürecini tamamlamış ve birinci basamakta çalışan hekimlerin ve aile sağlığı elamanlarının (ebe, hemşire, sağlık memuru ve acil tıbbi teknisyen) görevleri ve çalışma koşulları yeniden tanımlanmıştır (Baykan vd., 2014). Sağlık ocağı uygulamasında kişiye, topluma ve çevreye yönelik koruyucu ve iyileştirici hizmetler bölge tabanlı ve geniş kapsamlı hizmet anlayışı ile sunulmaktaydı. Ancak, aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle birlikte hastalar kayıtlı oldukları aile hekimine bağlanmıştır. Ayrıca, hizmet kapsamında değişikliğe gidilmiş, koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve topluma yönelik olmak üzere iki farklı şekilde sunulmaya başlanmıştır. Buna göre kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde sunulurken; topluma yönelik sağlık hizmetleri de toplum sağlığı merkezlerinde sunulmaya başlanmıştır (İlgün ve Şahin, 2016). Bu yeni sistemde hekimler ve aile sağlığı elamanları tam gün esasına göre ve sözleşmeli personel statüsünde çalışmaktadırlar ve yönetmelikle belirlenen çok geniş kapsamlı görevleri yapmakla

yükümlüdürler (Baykan vd., 2014; Resmi Gazete, 2013). Baykan ve diğerlerinin (2014) çalışmasına göre Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle birlikte aile hekimlerinin %75,9’u iş yükünün, %73,3’ü de iş stresinin arttığını bildirmiştir. Güden ve diğerlerinin (2020) çalışmasına göre aile sağlığı elemanlarının %90,8’i halkın güncel iletişim ve ikamet bilgilerine ulaşamamaktan, %81,8’i iş tanımının net olmamasından ve %79,4’ü de geleceğe yönelik belirsizlikten dolayı mutsuz olduğunu belirtmiştir. Ankara Aile Hekimleri Derneği (2018) tarafından yayınlanan rapora göre Türkiye’de aile hekimliği uygulamasında yaşanan temel sorunlar sağlıkta şiddet, özlük hakları, sözleşmeler, sağlık raporlarının düzenlenmesi, izinler, kronik hastalıkların takibi ve diğer sorunlar olarak özetlenmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde iş stresiyle mücadele edebilmek için sağlık çalışanlarında stres düzeyinin ve olumsuz sonuçlarının bilinmesi gerekir. İş stresinin neden olduğu olumsuz iş sonuçlarından bir tanesi de işten ayrılma niyetidir. Türkiye’de sağlık çalışanlarında iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların (Aydın vd., 2021; Aydoğmuş, 2017; Çankaya, 2020; Karabay, 2015; Özkan ve Kantek, 2021; Tekingündüz vd., 2015) ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşları bünyesinde bulunan hastanelerde yapıldığı görülmektedir. Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, yabancı ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde iş stresi ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiyi (bağlantıyı) araştıran az sayıda bazı çalışmalar (Apaydin vd., 2022; Gan vd., 2018; Kuusio vd., 2013; Linzer vd., 2005) olmakla birlikte, Türkiye’de bu ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı, iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkileri incelemek, iş stresinin işten ayrılma niyeti üzerinde pozitif etkisinin olup olmadığını araştırmaktır. Ayrıca, katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre iş stresi ve işten ayrılma niyetlerinin karşılaştırılması, bunun dışında katılımcıların özellikleri ile iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi de bu çalışmanın diğer amaçları arasındadır.

II. YÖNTEM

2.1. Veri Toplama Aracı

Bu araştırma, çalışma verilerinin tek bir dönemde toplaması ile kesitsel, değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışması ile açıklayıcı bir çalışmadır. Veri toplama araçları olarak Genel İş Stresi Ölçeği ve işten ayrılma niyetini ölçen iki soruluk form kullanılmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının mesleki ve sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanan 10 soruluk bilgi formundan yararlanılmıştır. Genel İş Stresi Ölçeği De Bruin (2006) tarafından geliştirilmiş olup, 9 maddeden oluşan 5’li Likert türünde (1=Hiçbir zaman; 2=Nadiren; 3=Bazen; 4=Çoğunlukla; 5=Her zaman) bir ölçektir. Ölçek, birey ile bireyin iş yerinde algıladığı talepler arasındaki etkileşimin duygusal, bilişsel, motivasyonel ve sosyal sonuçlarına değinmektedir. Yüksek puan alan kişilerin yüksek iş stresi yaşadıkları, düşük puan alan bireylerin ise düşük iş stresi yaşadıkları varsayılmaktadır (De Bruin, 2016). Genel İş Stresi Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Teleş (2021) tarafından yapılmış olup ölçeğin orijinalindeki gibi tek boyuttan oluştuğu, Cronbach alpha değerinin 0,91 ile yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür. Ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,67-0,82 arasındadır ve bu yapı tek başına toplam varyansın %58,72’sini açıklamaktadır. Ayrıca, doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen uyum iyiliği indeksleri ($\chi^2/sd=1,96$; RMSA=0,06; CFI=0,99; IFI=0,99; GFI= 0,97; RMR=0,04; NFI=0,99), modelin iyi düzeyde uyumlu olduğunu göstermektedir. İşten ayrılma niyeti, gelecekte bir meslekten ya da örgütten fiilen ayrılma davranışıdır ve işten ayrılmanın bir göstergesi olarak kabul edilir (Gan vd., 2018). Bu çalışmada katılımcıların işten ayrılma niyeti, meslekten ve örgütten ayrılma niyetlerinin ayrı ayrı ölçülmesiyle değerlendirilmiştir. Bu amaçla oluşturulan işten ayrılma niyeti formu, sağlık çalışanlarının meslekten ayrılma niyetini ve örgütten ayrılma niyetini değerlendiren iki sorudan oluşmaktadır. Sorular, Labrague ve De los Santos (2021) tarafından yapılan bir çalışmadan alınmıştır. Bu sorulara verilen yanıtlar da 5’li Likert tipindedir (1= Kesinlikle katılmıyorum; 5= Kesinlikle katılıyorum). Yüksek puan alan sağlık çalışanlarının meslekten ve örgütten (bu çalışmada çalıştıkları sağlık kuruluşundan) ayrılma niyetlerinin yüksek olduğu, düşük puan alan sağlık çalışanlarının ise ayrılma niyetlerinin düşük olduğu varsayılmaktadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini, Niğde il merkezi ve Niğde'nin en büyük ilçesi olan Bor ilçe merkezindeki birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarında (toplum sağlığı merkezi, aile hekimliği birimleri, sağlıklı hayat merkezi, verem savaş dispanseri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi [KETEM], Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması [AÇSAP] birimleri) çalışan tüm personel (318 sağlık çalışanı) oluşturmaktadır. Anketler sağlık çalışanlarına bir anketör tarafından 10.05.2022-28.05.2022 tarihleri arasında elden dağıtılmış ve aynı gün geri toplanmıştır. Çalışmada örneklem çekilmemiş ve tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir. Sağlık çalışanlarının %88,36'sı (281 sağlık çalışanı) ankete cevap vermiştir. Katılım gönüllü olup ankete katılan sağlık çalışanlarından aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmanın etik kurul izni, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 26.10.2022 tarihli 2022/12-39 sayılı etik komisyon kararı ve onayıyla alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Niğde İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmıştır.

2.3. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 20.0 programı kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının özellikleri, ölçeğin genel ortalaması, ölçek ve anket maddelerinin dağılımları sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri ile incelenmiştir. Genel İş Stresi Ölçeğinin güvenirlik katsayısı belirlemede Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre iş stresi, meslekten ve örgütten ayrılma niyeti ortalamalarının karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t-testi) ve tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) testinden yararlanılmıştır. Cinsiyet ve yaş değişkenine göre genel iş stresi ortalaması, görev yapılan yerleşim yeri değişkenine göre ise meslekten ayrılma niyeti ve örgütten ayrılma niyeti ortalamaları karşılaştırılırken gruplar arasındaki varyansların homojen olmadığı ($p < 0,05$); diğer değişkenlere göre ortalamalar karşılaştırılırken ise gruplar arasındaki varyansların homojen olduğu görülmüştür ($p > 0,05$). Parametrik testlerde iki grubun ortalamaları karşılaştırılırken, varyanslarının homojen olması gerekmektedir birlikte, t-testinin varyansların homojen olmadığı durumlar için de geliştirilmiş yazılımları bulunmaktadır. İstatistiksel yazılımlar bu yaklaşıma ilişkin çıktılar daha çok "unequal variances" başlığı altında vermektedir (Alpar, 2020). Bu çalışmada cinsiyet, yaş ve görev yapılan yerleşim yerine göre ortalamalar karşılaştırılırken gruplar arasında varyanslar homojen olmadığı durumlarda bu yaklaşım benimsenmiştir. Tek yönlü varyans analizinin anlamlı bulunması durumunda, farklılığın hangi gruplar arasında olduğu anlamak için post hoc testlerinden Tukey yöntemi tercih edilmiştir. Sağlık çalışanlarının mesleki ve sosyodemografik özellikleri, iş stresi, meslekten ve örgütten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Eta katsayısı, Cramer V katsayısı ve Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarında iş stresinin meslekten ve örgütten ayrılma niyetine etkisini test etmede ise basit ve çoklu doğrusal regresyon analizlerinden yararlanılmıştır.

III. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Sağlık çalışanlarının üçte ikisinden fazlası (%68,7) kadınlardan oluşurken yaş ortalaması $39,20 \pm 9,52$ 'dir. Sağlık çalışanlarının yaklaşık üçte biri (%31,3) aile hekimlerinden oluşurken yarıdan fazlası (%58,4) aile sağlığı elamanlarından (hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıbbi teknisyen) oluşmaktadır ve dörtte üçünden fazlası (%76,9) il merkezinde görev yapmaktadır. Sağlık çalışanlarının mevcut kurumlarında ortalama çalışma süresi $6,46 \pm 5,88$ yıl iken mesleklerinde ortalama çalışma süresi $15,87 \pm 9,39$ yıldır. Üçte ikisinin (%66,8) eğitim düzeyi lisans veya lisansüstüdür, beşte üçünden fazlası (%61,5) kadrolu olarak istihdam etmektedir ve büyük bir çoğunluğu (%93,5) haftada 40 saat çalışmaktadır.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri (n=281)

	Kategoriler	Sayı	Yüzde	Ortalama±SS¹
Cinsiyet	Erkek	87	31,3	
	Kadın	191	68,7	
Yaş	≤35 yıl	101	36,9	39,20 ± 9,52
	≥36 yıl	173	63,1	
Eğitim düzeyi	Lise	59	21,3	
	Ön lisans	33	11,9	
	Lisans	124	44,8	
	Yüksek lisans-Doktora ²	61	22,0	
Medeni durum	Evli	221	80,7	
	Bekar ³	53	19,3	
Görev	Aile hekimi	88	31,3	
	Aile sağlığı elamanı ⁴	164	58,4	
	Diğer ⁵	27	10,3	
Görev yapılan yerleşim yeri	İl merkezi	213	76,9	
	İlçe merkezi	64	23,1	
Kurumda çalışma süresi	≤5 yıl	143	50,9	6,46 ± 5,88
	>5 yıl	138	49,1	
Meslekte çalışma süresi	≤15 yıl	155	55,2	15,87 ± 9,39
	>15 yıl	126	44,8	
İstihdam şekli	Kadrolu	171	61,5	
	Sözleşmeli	107	38,5	
Haftalık çalışma süresi	40 saat	260	93,5	
	48 saat	18	6,5	

¹ Standart Sapma² 43 yüksek lisans, 18 doktora³ 46 hiç evlenmemiş, 4 dul, 3 ayrılmış/boşanmış⁴ 45 hemşire, 87 ebe, 24 sağlık memuru, 8 acil tıbbi teknisyen⁵ 2 diyetisyen, 2 psikolog, 2 fizyoterapist, 2 sosyal çalışmacı, 1 laboratuvar teknisyeni, 3 tıbbi sekreter, 1 diş hekimi, 2 güvenlik, 4 temizlik işçisi, 8 belirtilmemiş

Sağlık çalışanlarının iş stresi ve işten ayrılma niyetiyle ilgili değerlendirmelerinin dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Genel İş Stresi Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,94 ile yüksek güvenilirlidir ve genel ortalaması 2,29±0,93 iken “İşiniz, farklı bir iş sahibi olmayı dileyen kadar sizi stresli kılıyor mu?” maddesi ortalaması (3,01±1,199) en yüksektir. Bunu, “Sabahları kalkıp işe gitme konusunda kaygı duyuyor musunuz?” maddesi (2,56±1,27) ve “İşiniz öfkelenen kadar sizi strese sokuyor mu?” maddesi (2,39±1,19) takip etmiştir. “Artık işinizle baş edemeyeceğinizi düşünüyor musunuz?” maddesi ise ortalaması (1,76±1,04) en düşüktür. Sağlık çalışanlarının meslekten ayrılma niyeti ortalaması (2,46±1,31) örgütten ayrılma niyeti ortalamasından (2,37±1,22) daha yüksektir.

Tablo 2. Genel İş Stresi Ölçeği Maddeleri ve Genel Ortalaması ile İşten Ayrılma Niyeti Maddelerinin Dağılımı

Ölçek ve Maddeleri	Ortalama±SS
Genel İş Stresi Ölçeğinin Maddeleri	
1.İşiniz, farklı bir iş sahibi olmayı dileyen kadar sizi stresli kılıyor mu?	3,01±1,19
2.İstifa etmeyi isteyecek kadar iş sırasında stres yaşıyor musunuz?	2,29±1,17
3.Sabahları kalkıp işe gitme konusunda kaygı duyuyor musunuz?	2,56±1,27
4.İşinizle ilgili kaygı duyduğunuz için geceleri uyumakta zorluk yaşıyor musunuz?	2,09±1,09
5.Önemli görevleri yapmayı unutacak kadar iş sırasında stres yaşıyor musunuz?	2,12±1,11
6.Görevlerinize odaklanmayı zorlaştıracak kadar iş sırasında stres yaşıyor musunuz?	2,17±1,06
7.İşiniz için kaygılanarak çok zaman harcıyor musunuz?	2,19±1,15
8.Artık işinizle baş edemeyeceğinizi düşünüyor musunuz?	1,76±1,04
9.İşiniz öfkelenen kadar sizi strese sokuyor mu?	2,39±1,19
Genel İş Stresi Ölçeği ortalaması (Cronbach alfa = 0,94)	2,29±0,93
İşten Ayrılma Niyeti Maddeleri	
1.Mevcut durum göz önüne alındığında mesleğimi bırakmayı düşünüyorum (Meslekten ayrılma niyeti)	2,46±1,31
2. Mevcut durum göz önüne alındığında bu sağlık kuruluşundan ayrılmayı düşünüyorum (Örgütten ayrılma niyeti)	2,37±1,22

¹ Standart Sapma

Sağlık çalışanlarının özelliklerine göre iş stresi, meslekten ve örgütten ayrılma niyetlerinin karşılaştırılmasıyla ilgili sonuçlar Tablo 3'te verilmiştir. Sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, görev yapılan yerleşim yeri, kurumda çalışma süresi ve istihdam şekli özelliklerine göre ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Eğitim düzeyi yüksek lisans-doktora, görevi aile hekimi ve haftalık çalışma süresi 48 saat olan grupların iş stresi ortalamaları diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Katılımcılardan yaşı ≤ 35 yıl, eğitim düzeyi yüksek lisans-doktora, görevi aile hekimi, meslekte çalışma süresi ≤ 15 yıl ve haftalık çalışma süresi 48 saat olan grupların meslekten ayrılma niyeti ortalamaları diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Aile hekimlerinin örgütten ayrılma niyeti ortalaması ($2,63\pm 1,18$) görevi diğer olarak tanımlanan grubun ortalamasından ($1,90\pm 1,15$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre İş Stresi, Meslekten ve Örgütten Ayrılma Niyetlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Kategoriler	İş stresi	Meslekten ayrılma niyeti	Örgütten ayrılma niyeti
		Ortalama±SS ¹	Ortalama±SS ¹	Ortalama±SS ¹
Cinsiyet	Erkek	2,25±0,83	2,46±1,27	2,39±1,08
	Kadın	2,31±0,98	2,48±1,33	2,38±1,28
		t=-0,59; p=0,555	t=-0,14; p=0,887	t=0,08; p=0,936
Yaş	≤35 yıl	2,37±1,01	2,79±1,35	2,45±1,19
	≥36 yıl	2,22±0,86	2,28±1,25	2,33±1,24
		t=1,29; p=0,199	t=3,13; p=0,002	t=0,75; p=0,456
Eğitim düzeyi	1.Lise	2,13±0,93	2,07±1,19	2,03±1,17
	2.Ön lisans	2,28±0,90	2,52±1,39	2,42±1,17
	3.Lisans	2,23±0,84	2,48±1,28	2,46±1,22
	4.Yüksek lisans-Doktora	2,62±1,07	2,85±1,35	2,57±1,23
	Post hoc (Tukey)	F=3,46; p=0,017 4 > 1-2*	F=3,61; p=0,014 4 > 1*	F=2,31; p=0,077
Medeni durum	Evli	2,29±0,91	2,48±1,32	2,40±1,22
	Bekar ³	2,31±1,02	2,44±1,24	2,32±1,21
		t=-0,15; p=0,879	t=0,21; p=0,837	t=0,45; p=0,654
Görev	1.Aile hekimi	2,60±0,95	2,73±1,29	2,63±1,18
	2.Aile sağlığı elamanı	2,19±0,91	2,40±1,30	2,32±1,23
	3.Diğer	1,90±0,75	2,00±1,28	1,90±1,15
	Post hoc (Tukey)	F=8,98; p≤0,001 1 > 2-3*	F=3,80; p=0,024 1 > 3*	F=4,37; p=0,014 1 > 3*
Görev yapılan yerleşim yeri	İl merkezi	2,30±0,94	2,49±1,35	2,44±1,25
	İlçe merkezi	2,28±0,93	2,44±1,17	2,19±1,05
		t=0,16; p=0,872	t=0,26; p=0,797	t=1,60; p=0,113
Kurumda çalışma süresi	≤5 yıl	2,27±0,92	2,60±1,31	2,38±1,23
	>5 yıl	2,30±0,95	2,33±1,30	2,36±1,21
		t=-0,31; p=0,758	t=1,71; p=0,089	t=1,19; p=0,853
Meslekte çalışma süresi	≤15 yıl	2,36±0,98	2,61±1,33	2,43±1,24
	>15 yıl	2,20±0,87	2,28±1,26	2,30±1,19
		t=1,41; p=0,160	t=2,13; p=0,034	t=0,83; p=0,406
İstihdam şekli	Kadrolu	2,25±0,90	2,49±1,32	2,35±1,22
	Sözleşmeli	2,36±1,00	2,45±1,30	2,42±1,21
		t=-0,92; p=0,356	t=0,24; p=0,808	t=-0,45; p=0,654
Haftalık çalışma süresi	40 saat	2,26±0,92	2,43±1,30	2,36±1,22
	48 saat	2,83±0,99	3,24±1,15	2,83±1,10
		t=-2,55; p=0,011	t=-2,48; p=0,014	t=-1,62; p=0,107

¹ Standart Sapma

* p<0,05

Sağlık çalışanlarının özellikleri, iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin derecesini gösteren korelasyon katsayıları Tablo 4'te verilmiştir. Sağlık çalışanlarının özellikleri arasındaki ilişkilerden en yüksek ilişki meslekte çalışma süresi ile kurumda çalışma süresi arasındadır (r=0,58; p<0,05). İş stresinin sağlık çalışanlarının özellikleriyle ilişkilerinden en yükseği görev değişkeni ile olan ilişkidir (eta katsayısı=0,25; p<0,05). Örgütten ayrılma niyetinin sağlık çalışanlarının

özellikleriyle ilişkilerinden de en yükseği görev değişkeni ile olan ilişkidir (eta katsayısı=0,17; $p<0,05$). Meslekten ayrılma niyetinin sağlık çalışanlarının özellikleriyle ilişkilerinden en yükseği ise eğitim düzeyi değişkeni ile olan ilişkidir (eta katsayısı=0,20; $p<0,05$). İş stresinin meslekten ayrılma niyeti ($r=0,72$; $p<0,05$) ve örgütten ayrılma niyetiyle ($r=0,66$; $p<0,05$) ilişkileri orta-yüksek düzeydedir. Korelasyonlardan en yükseği ise meslekten ayrılma niyeti ile örgütten ayrılma niyeti arasındadır ($r=0,75$; $p<0,05$).

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Mesleki Özellikleri, İş Stresi, Meslekten ve Örgütten Ayrılma Niyetleri Arasındaki Korelasyonlar

Değişkenler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1.Cinsiyet ^d	1												
2.Yaş ^e	0,27 ^{a*}	1											
3.Eğitim düzeyi ^f	0,22 ^{b*}	0,41 ^{a*}	1										
4.Medeni durum ^d	0,11 ^b	0,42 ^{a*}	0,25 ^{b*}	1									
5.Görev ^g	0,40 ^{b*}	0,35 ^{a*}	0,46 ^{b*}	0,14 ^b	1								
6.Görev yapılan yerleşim yeri ^d	0,09 ^b	0,03 ^a	0,14 ^b	0,03 ^b	0,10 ^b	1							
7.Kurumda çalışma süresi ^e	0,16 ^{a*}	0,54 ^{c*}	0,13 ^a	0,25 ^{a*}	0,09 ^a	0,11 ^a	1						
8.Meslekte çalışma süresi ^e	0,14 ^{a*}	0,54 ^{c*}	0,33 ^{a*}	0,40 ^{a*}	0,29 ^{a*}	0,07 ^a	0,58 ^{c*}	1					
9.İstihdam şekli ^d	0,12 ^{b*}	0,19 ^{a*}	0,33 ^{b*}	0,15 ^{b*}	0,15 ^{b*}	0,10 ^b	0,08 ^a	0,23 ^{a*}	1				
10.Haftalık çalışma süresi ^d	0,11 ^b	0,02 ^a	0,12 ^b	0,06 ^b	0,14 ^b	0,03 ^b	0,05 ^a	0,02 ^a	0,06 ^b	1			
11.İş stresi ^e	0,03 ^a	-0,04 ^c	0,19 ^{a*}	0,01 ^a	0,25 ^{a*}	0,01 ^a	0,01 ^c	-0,03 ^c	0,06 ^a	0,15 ^{a*}	1		
12.Meslekten ayrılma niyeti ^e	0,01 ^a	-0,14 ^{c*}	0,20 ^{a*}	0,01 ^a	0,16 ^{a*}	0,02 ^a	-0,08 ^c	-0,08 ^c	0,02 ^a	0,15 ^{a*}	0,72 ^{c*}	1	
13.Örgütten ayrılma niyeti ^e	0,01 ^a	-0,04 ^c	0,16 ^a	0,03 ^a	0,17 ^{a*}	0,09 ^a	0,01 ^c	-0,02 ^c	0,03 ^a	0,10 ^a	0,66 ^{c*}	0,75 ^{c*}	1

*Korelasyon katsayıları $p<0,05$ düzeyin anlamlıdır

^a Eta katsayısı

^b Cramer V katsayısı

^c Pearson korelasyon katsayısı

^d İki kategorili niteliksel veri (Medeni durum=evli (1), bekar (2); Görev yapılan yerleşim yeri=il merkezi(1), ilçe merkezi(2); İstihdam şekli=kadrolu(1), sözleşmeli(2); Haftalık çalışma süresi=40 saat(1), 48 saat(2))

^e Sürekli sayısal veri

^f Dört kategorili niteliksel veri (Eğitim düzeyi= lise(1), ön lisans(2), lisans(3), yüksek lisans-doktora(4))

^g Üç kategorili niteliksel veri (Görev=aile hekimi(1), aile sağlığı elamanı(2), diğer(3))

Sağlık çalışanlarında iş stresinin işten ayrılma niyetine etkisi ve işten ayrılma niyetinin belirleyicileriyle ilgili sonuçlar Tablo 6'da verilmiştir. Basit doğrusal regresyon analizlerinin sonuçlarına göre iş stresinin hem meslekten ayrılma niyetine hem de örgütten ayrılma niyetine etkileri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). İş stresi tek başına meslekten ayrılma niyetindeki değişimin %52'sini açıklarken örgütten ayrılma niyetindeki değişimin %44'ünü açıklamaktadır. Çoklu doğrusal regresyon analizlerinin sonuçlarına göre, kontrol değişkenlerinin (sağlık çalışanlarının sosyodemografik ve mesleki özellikleri) varlığında bile iş stresinin hem meslekten ayrılma niyetine hem de örgütten ayrılma niyetine etkileri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Çoklu modele göre, iş stresindeki 1 puanlık artış meslekten ayrılma niyetini 0,99 puan artırırken örgütten ayrılma niyetini 0,87 puan artırmaktadır. Yaş, eğitim düzeyi ve meslekte çalışma süresi değişkenleri meslekten ayrılma niyetinin diğer belirleyicileridir. Eğitim düzeyi değişkeni aynı zamanda örgütten ayrılma niyetinin de belirleyicisidir ($p<0,05$).

Tablo 6. Sağlık Çalışanlarında İş Stresinin İşten Ayrılma Niyetine Etkisi ve İşten Ayrılma Niyetinin Belirleyicileri

Bağımsız değişkenler	İşten ayrılma niyeti							
	Meslekten ayrılma niyeti				Örgütten ayrılma niyeti			
	b_j^1	$S(b_j)^2$	β^3	p	b_j^1	$S(b_j)^2$	β^3	p
(Basit doğrusal regresyon)								
İş stresi	1,01	0,06	0,72	≤0,001	0,86	0,06	0,66	≤0,001
Model uyum istatistikleri	R ² = 0,52; VIF ⁴ = 1 (F= 299,53; p≤0,001)				R ² = 0,44; VIF ⁴ = 1 (F= 217,40; p≤0,001)			
(Çoklu doğrusal regresyon)								
İş stresi ⁵	0,99	0,07	0,69	≤0,001	0,87	0,07	0,65	≤0,001
Cinsiyet ⁶	-0,23	0,14	-0,08	0,088	-0,13	0,14	-0,05	0,371
Yaş ⁵	-0,05	0,02	-0,39	0,001	-0,02	0,02	-0,18	0,155
Eğitim düzeyi-Ön lisans ⁷	0,45	0,21	0,11	0,032	0,38	0,22	0,10	0,081
Eğitim düzeyi-Lisans ⁷	0,52	0,17	0,20	0,002	0,38	0,17	0,15	0,031
Eğitim düzeyi-Yüksek lisans /doktora ⁷	0,62	0,22	0,20	0,005	0,22	0,23	0,07	0,333
Medeni durum ⁸	-0,26	0,16	-0,08	0,114	-0,21	0,17	-0,07	0,224
Görev-Aile hekimi ⁹	-0,20	0,25	-0,07	0,423	0,01	0,25	0,01	0,958
Görev-Aile sağlığı elamanı ⁹	-0,14	0,22	-0,05	0,513	-0,01	0,22	-0,01	0,953
Görev yapılan yerleşim yeri ¹⁰	0,06	0,14	0,02	0,656	-0,16	0,14	-0,05	0,256
Kurumda çalışma süresi ⁵	-0,02	0,01	-0,07	0,211	0,00	0,01	-0,01	0,931
Meslekte çalışma süresi ⁵	0,03	0,01	0,23	0,029	0,01	0,02	0,11	0,366
İstihdam şekli ¹¹	-0,01	0,13	0,00	0,926	0,08	0,13	0,03	0,544
Haftalık çalışma süresi ¹²	0,09	0,23	0,02	0,708	-0,03	0,23	-0,01	0,886
Model uyum istatistikleri	R ² = 0,57 VIF ⁴ minimum-maksimum= 1,07-7,02 (F= 23,62; p≤0,001)				R ² = 0,47 VIF ⁴ minimum-maksimum= 1,07-7,15 (F= 15,74; p≤0,001)			

¹Regresyon katsayısı²Standart hata³Standartlaştırılmış regresyon katsayısı⁴Varyans şişme değeri⁵Sürekli sayısal veriReferans kategoriler: ⁶erkek, ⁷lise, ⁸evli, ⁹diğer, ¹⁰il merkezi, ¹¹kadro, ¹²40 saat

IV. TARTIŞMA

Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin iş stresi ve işten ayrılma niyeti algıları hakkında temel bilgileri ve iş stresinin işten ayrılma niyetine etkisi hakkında önemli bulguları ortaya koymaktadır. Çalışmada, bu amacı gerçekleştirmek için öncelikle tanımlayıcı analizler, parametrik testler, korelasyon analizleri ve sonrasında regresyon analizleri yapılmıştır. Bilindiği kadarıyla, Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde iş stresinin işten ayrılma niyetine etkisinin ilk kez araştırıldığı bu çalışmaya 281 (katılım oranı %88,36) sağlık çalışanı katılmıştır.

İş stresini ölçmek amacıyla kullanılan Genel İş Stresi Ölçeği maddelerine göre bir değerlendirme yapıldığında, sağlık çalışanları en fazla farklı bir iş sahibi olmayı diledikleri, işlerinden dolayı öfkelenedikleri ve sabahları kalkıp işe gitme konusunda kaygı duydukları için stres yaşamaktadır. Daha önce aynı ölçek kullanılarak Türkiye’de bir kamu hastanesinde hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada da bu çalışmayla benzer olarak hemşireler en fazla farklı bir iş sahibi olmayı diledikleri ve sabahları kalkıp işe gitme konusunda kaygı duydukları, aynı zamanda öfkelenedikleri için iş yerinde stres yaşadıklarını belirtmiştir (Teleş, 2021). Her ne kadar çalışılan hizmet düzeyleri (birinci basamak ve ikinci basamak) farklılık gösterse de, her iki çalışmadaki katılımcıların stresörlerinin (iş yükü, düşük ücret vb.) benzerlik göstermesi böyle bir sonucun bulunmasında etkili olmuş olabilir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının meslekten ayrılma niyeti örgütten ayrılma niyetinden daha yüksektir.

Lorenz ve diğerlerinin (2018) Brezilya'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada, bu çalışmadan farklı olarak katılımcıların mevcut iş yerinden ayrılma niyeti, hemşirelik mesleğinden ayrılma niyetinden daha yüksek bulunmuştur. Bunda, Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kuruluşların daha nitelikli olması etkili olmuş olabileceği gibi kültürel farklılıkların da katkısı olabilir.

Sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, görev yapılan yerleşim yeri, kurumda çalışma süresi ve istihdam şekli özelliklerine göre iş stresi ve işten ayrılma niyetinde farklılık yoktur. Eğitim düzeyi daha yüksek, aile hekimi olarak çalışan ve haftalık çalışma saati daha fazla olan sağlık çalışanlarının iş stresi ve meslekten ayrılma niyeti daha yüksektir. Mevcut çalışmada daha genç ve mesleğinde daha az çalışanların da meslekten ayrılma niyeti daha yüksektir. Türkiye'de Güden ve diğerleri (2020) tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile sağlığı elamanları üzerinde yapılan bir çalışmada daha genç olanların tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Gan ve diğerlerinin (2018) Çin'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimler üzerinde yaptığı çalışmada, bu çalışmayla benzer olarak medeni durum ve çalışma süresine göre işten ayrılma düzeyleri arasında fark yokken, yaşı daha küçük, eğitim seviyesi daha yüksek ve sözleşmeli çalışan hekimlerin işten ayrılma niyetinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada örgütten ayrılma niyeti en yüksek olan sağlık çalışanları aile hekimleridir. İş stresi ile örgütten ve meslekten ayrılma niyeti, sağlık çalışanlarının özelliklerinden en fazla görev türü ve eğitim düzeyiyle ilişkilidir. Diğer bir deyişle, eğitim düzeyi daha yüksek ve aile hekimi olarak çalışanların iş stresi ve işten ayrılma niyeti daha yüksektir. Ayrıca daha yüksek iş stresinin yanı sıra daha genç, deneyimli ve eğitilmiş olma işten ayrılma niyetinin belirleyicileridir. Gan ve diğerlerinin (2018) çalışmasında, bu çalışmayla tutarlı olarak eğitim düzeyinin daha yüksek olması işten ayrılma niyetinin belirleyicisidir. Apaydin ve diğerlerinin (2022) ABD'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaptığı bir çalışmada, bu çalışmayla tutarlı olarak meslekte çalışma süresinin artması işten ayrılma niyetinin belirleyicisidir. Türkiye'de Çetinkaya ve diğerleri (2014) tarafından yapılan bir çalışmaya göre aile hekimlerinin yarısı (%52,7) aile hekimliği sisteminde çalışmaktan memnun olmakla birlikte yaklaşık dörtte üçü (%73) yeni sistemin iş yükünü arttırdığını ve %68'i de işle ilgili stresinin arttığını belirtmiştir. Aile hekimlerinin eğitim seviyesi aile sağlığı elamanlarına ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir. Dolayısıyla beklentileri de daha farklı ve fazla olabileceğinden ve mevcut iş yeri koşulları beklentilerini karşılamadığından aile hekimlerinin iş stresi ve işten ayrılma niyeti daha yüksek bulunmuş olabilir. Beklentiler noktasında aynı durum daha genç sağlık çalışanları için de geçerli olabilir.

Bu çalışmada iş stresi ile meslekten ve örgütten ayrılma niyetleri arasında yüksek düzeyde korelasyonlar vardır, ancak iş stresi ile meslekten ayrılma niyeti arasındaki korelasyon, iş stresi ile örgütten ayrılma niyeti arasındaki korelasyondan biraz daha yüksektir. Bu durum regresyon analizlerinde de görünmektedir. İş stresi tek başına meslekten ayrılma niyetindeki değişimin yarıdan fazlasını (%52) açıklarken örgütten ayrılma niyetindeki değişimin yarıya yakını (%44) açıklamaktadır. İş stresinin meslekten ve örgütten ayrılma niyetlerine istatistiksel olarak anlamlı etkileri vardır. Hatta bu etkiler, kontrol değişkenlerinin varlığında bile devam etmektedir. Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarında iş stresinin artması, sağlık çalışanlarının meslekten ve örgütten ayrılma niyetlerini arttırmaktadır. Türkiye'de Baykan vd. (2014) tarafından aile hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada daha yüksek stresin tükenmişlikle ilişkili olduğu görülmüştür. Çetinkaya ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmaya göre hekimlerin yarıya yakını aile hekimliği sisteminin gelecek kaygısı yarattığını ve yaklaşık her beş aile hekiminden biri aile hekimi olarak çalışmayı bırakmayı planladığını belirtmiştir. Güden ve diğerlerinin (2020) çalışmasında aile sağlığı elamanlarının beşte dördü geleceğe yönelik belirsizlikten rahatsızlık duyduğunu ve yaklaşık dörtte üçü hasta muayenesi dışında hemen her işin kendilerine yüklendiğini belirtmiştir. Gan ve diğerlerinin (2018) çalışmasında iş doyumu düşük, duygusal tükenmişliği yüksek ve iş yerinde şiddete daha sık maruz kalanların işten ayrılma niyetinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Kuusio ve diğerleri (2013) tarafından Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerde iş yükü, iş kontrolünün olmaması, hastayla ve takım çalışmasıyla ilişkili stres faktörlerinin tamamı işten ayrılma niyetinin belirleyicilerindedir.

Lorenz ve diğerlerinin (2018) Brezilya’da aile hekimliği birimlerinde çalışan hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada, hemşirelerde mesleki tükenmişliğin işten ayrılma niyetiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Literatüre göre hem iş stresi hem de iş yeri kaynaklı stresörlerin (tükenmişlik, iş doyumu, iş yükü vb.) işten ayrılma niyetiyle ilişkili olması mevcut çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

İş stresinin işten ayrılma niyetine etkisi vardır. Bu sebeple, iş stresinin ve işten ayrılmanın sağlık kuruluşlarına olumsuz etkilerinin önüne geçebilmek için öncelikle iş stresiyle mücadele edilmelidir. Bunun için iş yükünün yeniden ayarlanması, organizasyonel destek ve yönetim desteğinin sağlanması, çalışanlara kendini gözlemlene, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizleri, zaman yönetimi ve problem çözme vb. temel becerilerin kazandırılması gibi yöntemler uygulanabilir (Happell vd., 2013; Akçakaya ve Erden, 2014). Sağlık çalışanlarının kariyer planlama becerilerini, liderlik becerilerini, finansal becerilerini ve karar verme becerilerini geliştirmek için gerekli eğitimlerin ve programların sağlanması, onları rollerine daha iyi hazırlayabilir ve iş yerindeki stresörlerle etkin bir şekilde başa çıkabilir. Stres yönetimi programları, bir kişide stresin fizyolojik ve psikolojik sonuçlarını önlemek için kritik öneme sahiptir ve nihai olarak hasta sonuçlarının kalitesini iyileştirecektir (Labrague vd., 2018). İşten ayrılma niyetini düşürmede iş stresiyle mücadele etmenin yanı sıra birinci basamak sağlık kuruluşlarında iletişim iyileştirilebilir, iş akışlarında değişikliğe gidilebilir, organizasyonel destek artırılabilir ve zaman baskısı azaltılabilir (Linzer vd., 2015; Poghosyan vd., 2020; Prasad vd., 2019). Linzer ve diğerleri (2015) tarafından yapılan bir çalışmada, iletişimin iyileştirilmesi, iş akışının değiştirilmesi ve kalite iyileştirme hedefleri aracılığıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerde tükenmişliğin azaldığı, memnuniyetin arttığı ve işten ayrılma niyetinin azaldığı görülmüştür. Poghosyan ve diğerlerinin (2020) birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada, organizasyonel desteğin iş doyumunu artırdığı ve işten ayrılma niyetini düşürdüğü görülmüştür. Prasad ve diğerlerinin (2019) birinci basamakta çalışan hekimler (aile hekimi ve dahiliye uzmanı) ve uzman hemşireler üzerinde yaptığı başka bir çalışmada ise zaman baskısının kaos, stres, tükenmişlik ve işten ayrılma niyetiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde iş stresini ve işten ayrılma niyetini daha aşağılara çekebilmek için yerel perspektif de dikkate alınmalı ve mücadele yöntemlerinin belirlenmesi sürecine özellikle aile hekimleri ve aile sağlığı elamanları mutlaka dahil edilmelidir.

V. SONUÇ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinde iş stresinin işten ayrılma niyetine etkisi vardır. Eğitim seviyesi daha yüksek, haftalık çalışma saati daha fazla olan ve aile hekimi olarak görev yapan sağlık personelinin iş stresi daha yüksektir. Daha genç ve eğitilmiş, mesleki deneyimi daha az, haftalık çalışma saati ise daha fazla olan ve aile hekimi olarak görev yapan sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyeti daha yüksektir. İş stresinin yanı sıra yaş, eğitim düzeyi ve meslekte çalışma süresi işten ayrılma niyetinin diğer belirleyicileridir. İşten ayrılma niyetini düşürmek isteyen sağlık yöneticileri iş stresiyle mücadele etmek zorundadır. Bunu yaparken iş stresi ve işten ayrılma niyetinin ilişkili olduğu çalışan özelliklerini de dikkate almalıdırlar. Bu çalışma, Türkiye’nin sadece bir ilinde (il merkezi ve bir ilçe merkezi) birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeli üzerinde yürütülmüştür. Sonuçların genellenebilirliği açısından benzer çalışmaların başka il ve ilçe merkezlerinde de tekrarlanması önerilir. Gelecek çalışmalarda, birinci basamakta çalışan sağlık personelinde iş stresiyle mücadele edebilmek ve işten ayrılma niyetini düşürebilmek için nelerin yapılabileceğinin araştırılması önerilir. Etkili müdahale yöntemleri belirlendikten sonra, ulusal düzeyde standart uygulamalara gidilebilir.

Etik Kurul İzni: Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurulu’ndan 26.10.2022 tarihli 2022/12-39 sayılı etik komisyon kararı ve onayıyla alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Akçakaya, R. Ö., & Erden, S. Ç. (2014). Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım. *Turkish Family Physician*, 5(2), 18-25.
- Akova, O., Emiroğlu, B. D., & Tanrıverdi, H. (2015). İş stresi ile çalışanların iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: İstanbul'daki 5 yıldızlı otel işletmelerinde bir araştırma. *Journal of Management, Marketing & Logistics*, 2(4), 378-402.
- Alpar R. (2020). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. 6. Baskı. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Ankara Aile Hekimleri Derneği. (2018, Ekim 1). *Aile hekimliği Türkiye uygulamasında yaşanan temel sorunlar*. https://www.ankahed.org.tr/files/2018_rapor_.pdf
- Apaydin, E. A., Mohr, D. C., Hamilton, A. B., Rose, D. E., Haskell, S., & Yano, E. M. (2022). Differences in burnout and intent to leave between women's health and general primary care providers in the Veterans Health Administration. *Journal of General Internal Medicine*, 37, 2382-2389.
- Aydın, G. Ç., Aytaç, S., & Şanlı, Y. (2021). İşe ilişkin duygular, iş stresi ve tükenmişliğin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi: Hemşireler üzerinde bir araştırma. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 80, 1-35.
- Aydoğmuş, S. (2017). *Hemşirelerin çalışma ortamlarının işten ayrılma niyeti ile ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Baykan, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., Kaya, A., & Işıldak, Ü. (2014). Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 18(3), 121-132.
- Çamkerten, S., Tatar, A., & Saltukoğlu, G. (2020). Sağlık Çalışanlarının Stres Düzeylerinin İncelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(4), 257-265.
- Çankaya, M. (2020). Hastane çalışanlarındaki iş stresinin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(1), 121-143.
- Çetinkaya, F., Baykan, Z., Naçar, M., & Öksüzükaya, A. (2014). The current situations and problems of family physicians in the province of Kayseri and their views about the family medicine system. *Erciyes Medical Journal*, 36(3), 108-114.
- De Bruin G. P. (2006). The dimensionality of the general work stress scale: A hierarchical exploratory factor analysis. *SA Journal of Industrial Psychology*, 32(4), 68-75.
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., & Cooper, C. (2010). *Coping with work stress: A review and critique*. John Wiley & Sons Ltd, Publication.
- Gan, Y., Gong, Y., Chen, Y., Cao, S., Li, L., Zhou, Y., Herath, C., Li, W., Song, X., Li, J., Yang, T., Yin, X., & Lu, Z. (2018). Turnover intention and related factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 19(74), 1-9.
- Gregov, L., Kovačević, A., & Slišković, A. (2011). Stress among Croatian physicians: comparison between physicians working in emergency medical service and health centers: pilot study. *Croatian Medical Journal*, 52, 8-15.
- Güden, E., Sarıkahya, S. D., Benli, A. R., Ceylan, A., & Elçi, B. S. (2020). Kayseri ilinde aile sağlığı birimi çalışanlarında memnuniyet ve tükenmişlik düzeyi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(2), 95-106.

- Happell, B., Dwyer, T., Reid-Searl, K., Burke, K. J., Caperchione, C. M., & Gaskin, C. J. (2013). Nurses and stress: Recognizing causes and seeking solutions. *Journal of Nursing Management*, 21(4), 638–647.
- İlgün, G., & Şahin, B. (2016). Aile hekimliği çalışanlarının aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 115-130.
- Karabay, M. E. (2015). Sağlık personelinin iş stresi, iş- aile çatışması ve iş-aile-hayat tatminlerine yönelik algılarının işten ayrılma niyeti üzerindeki etkilerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 13(26), 113-134.
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Vänskä, J., Aalto, A. M., Ruskoaho, J., & Elovainio, M. (2013). Psychosocial stress factors and intention to leave job: differences between foreign-born and Finnish-born general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(4), 405-411.
- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Leocadio, M. C., Van Bogaert, P., Cummings, G. G. (2018). Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 1346–1359.
- Labrague, L. J., & de los Santos J. (2021). Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 395-403.
- Linzer, M., Manwell, L. B., Mundt, M., Williams, E., Maguire, A., McMurray, J., & Plane, M. B. (2005). Organizational climate, stress, and error in primary care: the MEMO study. In Henriksen, K., Battles J. B., Marks, E., S., & Lewin, D. I. (Eds.), *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation* (Volume 1: Research Findings., pp. 65-77). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Linzer, M., Poplau, S., Grossman, E., Varkey, A., Yale, S., Williams, E., Hicks, L., Brown, R., L., Wallock, J., Kohnhorst, D., & Barbouche, M. (2015). A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care: results from the Healthy Work Place (HWP) study. *Journal of General Internal Medicine*, 30(8), 1105-1111.
- Lorenz, V. R., Sabino, M. O., & Corrêa Filho, H. R. (2018). Professional exhaustion, quality and intentions among family health nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 5), 2295-301.
- Lundberg, U., & Cooper, C. (2010). *The science of occupational health: Stress, psychobiology, and the new world of work*. John Wiley & Sons Ltd.
- Özkan, A., & Kantek, F. (2021). Yönetici hemşirelerde iş stresi, yönetici olarak çalışma memnuniyeti ve kurumdan ayrılma niyeti. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 8(2), 181-191.
- Poghosyan, L., Ghaffari, A., Liu, J., & McHugh, M. D. (2020). Organizational support for nurse practitioners in primary care and workforce outcomes. *Nursing Research*, 69(4), 280-288.
- Prasad, K., Poplau, S., Brown, R., Yale, S., Grossman, E., Varkey, A. B., Williams, E., Neprash, H., & Linzer, M. (2020). Time pressure during primary care office visits: a prospective evaluation of data from the healthy work place study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(2), 465-472.
- Resmî Gazete. (2013). *Aile hekimliği uygulama yönetmeliği*. Resmî Gazete Sayısı: 28539
- Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2013). *Organizational behavior* (15th ed.). Pearson Education

- Serinikli, N. (2019). İş stresinin işten ayrılma niyetine etkisinde örgütsel bağlılığın aracılık rolü. *Business and Economics Research Journal*, 10(4), 915-928.
- Seyfullahoğulları, Ç. A. (2018). *İşten ayrılma niyeti*. İstanbul: Türkmen Kitabevi
- Soderman, A. K. (1983). *Work and family stress*. Michigan State University: Extension Bulletin.
- Stranks, J. (2005). *Stress at work: Management and prevention*. Elsevier.
- Şahin, N., H. (2017). Stres ve Stres Yönetimi. İçinde Sığı, Ü., & Gürbüz, S. (Eds.), *Örgütsel davranış*, 4. Baskı. İstanbul: BETA yayınları.
- Tekingündüz, S., Top, M., & Seçkin, M. (2015). İş tatmini, performans, iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi: hastane örneği. *Verimlilik Dergisi*, (4), 39-64.
- Teleş, M. (2021). Validity and reliability of the Turkish version of the General Work Stress Scale. *Journal of Nursing Management*, 29(4), 710-720.
- The National Institute for Occupational Safety and Health. (1998). *Stress...at work*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention. Publication No. 99-101.
- Yenihan, B., Öner, M., & Çiftyıldız, K. (2014). İş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: Otomotiv işletmesinde bir araştırma. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 5(1), 38-49.

KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF SURGEONS ON THE USE AND STEWARDSHIP OF PROPHYLACTIC ANTIBIOTICS *

Aysun KANDEMİR TÜRE **
Bayram ŞAHİN ***

ABSTRACT

This study aimed to examine the reasons for using and not using surgical antibiotic prophylaxis (SAP), the reasons for inappropriate use, and the opinions and recommendations of the surgeons working in two public hospitals on the use of antibiotics. For this purpose, a questionnaire consisting of open and closed-ended questions developed using the literature was used. Between February 5 and September 6, 2019, when the research was carried out, 54 surgeons from a total of 58 surgeons working in these hospitals were reached and the questionnaire was applied one-to-one. Surgeons mostly rely on the recommendations of books or scientific articles (25.4%). They stated that avoidance of increasing the postoperative infection rate the most in their decision to apply SAP (8.3 ± 2) and the fact that the conditions that fully comply with the information sources (5.9 ± 3.7) were effective in their decision not to apply SAP. Most surgeons stated that they see the inappropriate use of SAP as a major problem and that inappropriate use is mostly due to unnecessary prophylaxis. 75.9% of surgeons think that an antibiotic management program is necessary. In a possible program, it is recommended to use the toolkit and antibiogram package as a strategy to monitor the use and provide feedback and to determine patient risk stratification as a tool. It is thought that the research findings will help the development of antibiotic management and education programs to improve antibiotic use. Also, the results obtained will be beneficial for the antibiotic control team or antibiotic management program planned to be established in hospitals. There is a need for training programs specifically targeting surgeons.

Keywords: Surgical antibiotic prophylaxis, antimicrobial stewardship, surgeons.

ARTICLE INFO

* This study has been derived from the dissertation titled "Factors Affecting the Use and Cost of Surgical Antibiotic Prophylaxis" which has been written by Aysun KANDEMİR TÜRE the Ph.D Program of Health Management, Hacettepe University, under the consultancy of Prof. Bayram ŞAHİN, Ph.D.

** Assist. Prof., Kirikkale University, Department of Health Management, kandemiraysun@kku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3496-5594>

*** Professor Dr., Hacettepe University, Health Management Department, baysahin@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2772-3033>

Received: 04.11.2022

Accepted: 23.05.2023

Cite This Paper:

Kandemir Türe, A. & Şahin, B. (2023). Cerrahların profilaktik antibiyotik yönetimi ve kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 379-392

CERRAHLARIN PROFİLAKTİK ANTİBİYOTİK YÖNETİMİ VE KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİ VE TUTUMLARI *

Aysun KANDEMİR TÜRE **
Bayram ŞAHİN ***

ÖZ

Bu araştırmada, iki kamu hastanesinde görev yapan cerrahların cerrahi antibiyotik profilaksi (CAP) kullanma ve kullanmama nedenleri, uygunsuz kullanım nedenleri, antibiyotik kullanımı konusundaki görüş ve önerilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla literatürden yararlanılarak geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan bir soru formu kullanılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü 5 Şubat–6 Eylül 2019 tarihleri arasında bu hastanelerde görev yapan toplam 58 cerrahtan 54'üne ulaşılmış ve soru formu birebir uygulanmıştır. Cerrahlar en fazla kitap ya da bilimsel makalelerin önerilerini (%25,4) kaynak almaktadırlar. CAP uygulama kararı almalarında en fazla postoperatif enfeksiyon oranını artırmaktan kaçınma (8,3±2) ve CAP uygulamama kararı almalarında ise bilgi kaynaklarına tam uyan koşulların var olması (5,9±3,7) nedenlerinin etkili olduğunu belirtmişlerdir. Çoğu cerrah, uygun olmayan CAP kullanımını önemli bir sorun olarak gördüklerini ve uygunsuz kullanımın çoğunlukla gereksiz p rofilaksiden kaynaklandığını belirtmiştir. Cerrahların %75,9'u bir antibiyotik yönetim programının gerekli olduğunu düşünmektedir. Olası bir programda, strateji olarak kullanımın izlenmesi ve geri bildirim sağlanması ve araç olarak hasta risk sınıflandırmasının belirlenmesi için araç kiti ve antibiyogram paketinin kullanılması önerilmektedir. Araştırma bulgularının antibiyotik kullanımını geliştirmeye yönelik antibiyotik yönetimi ve eğitim programlarının geliştirilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Elde edilen sonuçların, hastanelerde kurulması planlanan antibiyotik kontrol ekibi ya da antibiyotik yönetim programı açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Özellikle cerrahları hedef alan eğitim programlarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi antibiyotik profilaksisi, antimikrobiyal yönetimi, cerrahlar.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma Aysun KANDEMİR TÜRE'nin Prof. Dr. Bayram ŞAHİN'in danışmanlığında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi ABD doktora programında hazırladığı "Uygun olmayan cerrahi antibiyotik profilaksi kullanımını ve maliyetini etkileyen faktörler" adlı tez çalışmasından üretilmiştir.

** Dr. Öğr. Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, kandemiraysun@kku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3496-5594>

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

 <https://orcid.org/0000-0003-2772-3033>

Gönderim Tarihi: 04.11.2022

Kabul Tarihi: 23.05.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Kandemir Türe, A. & Şahin, B. (2023). Cerrahların profilaktik antibiyotik yönetimi ve kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 379-392

I. INTRODUCTION

There are many interrelated factors that influence irrational drug use at various levels of the health system. Especially physicians prescribing drugs are affected by many internal and external factors. These factors can be expressed as inadequate education, weak control system, insufficient information about drugs and their side effects, excessive patient burden, and pressure to prescribe by patients or their relatives (Management Sciences for Health, 2012). Physicians are the main actors who are most responsible for creating and disseminating awareness of rational drug use. However, lack of objective information and education about drugs and prescribing, unreliability of the information provided by the supplier, excessive patient load, prescribing pressure and weak control system can complicate the prescribing decisions of physicians (World Health Organization, 2001; Holloway and Green, 2003; Management Sciences for Health, 2012). Moreover, information about drugs is constantly changing, new drugs are entering the market and new indications are being developed (de Vries et al., 1994; Demirkiran and Şahin, 2012; Yılmaz et al., 2018).

Surgical antibiotic prophylaxis (SAP), which is used to prevent surgical site infection (SSI) and one of the areas of use of antibiotics, should be used in accordance with certain rules and guidelines. In the consumption of these antibiotics in the J01 subclass, Turkey has the highest antibiotic consumption after Greece (34.1 Defined Daily Dose [DDD]), with 31.9 DDD per 1000 capita. Accordingly, it is seen that the measures taken, and the improvements made should be increased (OECD, 2021). Many factors related to the patient, surgical procedure, operating room environment, hospital, surgeon, and other health personnel are important factors in the development of SSI. Although administration recommendations and principles have been determined worldwide for these factors, the problems have not been completely avoided. SAP compliance, which is defined as the right indication, the right drug, adequate dose, appropriate route, timing, and duration of administration, are the main goals of national and international health services. These practices, also called “Antibiotic Stewardship”, are expressed as a coordinated strategy to enhance the use of antibiotics to improve the health outcomes of patients, reduce antibiotic resistance and unnecessary costs, according to the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA, 2020; Tiri et al., 2020). The Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs (ASP), recommended by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) for all acute care hospitals, provides a framework for establishing and improving antibiotic management in hospitals. Since its adoption, it has been used as a framework by healthcare systems and has become part of The Joint Commission's accreditation standard (CDC, 2014; CDC, 2019).

Practices related to prophylactic antibiotic measures in surgery require the coordination of all perioperative health personnel (including surgical technicians, nurses and all physicians involved in the treatment of patients) (Crader and Varacallo, 2019). Although the principles of practice have been clearly defined and various guidelines have been published, it remains a problem among surgeons (Tourmousoglou et al., 2008). Difficulties faced by surgeons in updating their knowledge, dependence on habits rather than evidence-based practices, lack of institutional policies, and difficulties/failures in practice are some of the possible factors (Gul et al., 2005). Without the support and effort of physicians, it will not be possible to achieve the goals of improving the rational use of drugs (WHO, 2003). For these reasons, it is important to evaluate surgeons' adherence to guidelines and their knowledge and attitudes regarding prophylactic antibiotic use. Although there are clinical or hospital-based evidence-based SAP guidelines to prevent inappropriate SAP use, there are different evaluation criteria and practices due to the lack of a national guideline in Turkey. Besides the guideline, the important thing is the surgeon's decision to use in which cases, what kind of antibiotics, at what time, by which route, for how long and at the dose. Therefore, it is necessary to determine the reasons underlying the surgeons' decision to use or not use SAP.

In the literature on the subject, there are various studies (Abdel-Aziz et al., 2013; Ahmed et al., 2019; Badar et al., 2018; Baniyadi et al., 2016; Binown et al., 2021; Khan et al., 2021; Madubueze et al., 2015; Mmari et al., 2021; Sartelli et al., 2018; Pelullo et al., 2020) although these studies are very limited in Turkey (Karaali et al., 2020; Koçak et al., 2017). Existing studies mostly included evaluations of surgeons' level of adherence to guidelines and their views on antibiotic management. In

this study, it is aimed to fill the gap in the literature by revealing surgeons' reasons for administrating or not administrating SAP, as well as surgeons' opinions and suggestions about ASP.

It is thought that the results of the research will be useful in the preparation of a national guide to improve the optimum use of antibiotics in hospitals and in the development of antibiotic stewardship and education programs.

II. METHODS

This cross-sectional study was carried out in Ankara Gazi Mustafa Kemal State Hospital (GMKSH) with 174 beds and Yozgat City Hospital (YCH) with 475 beds, which are affiliated with the Ministry of Health (MoH). In the study, all surgeons working in these hospitals between February 5 and September 6, 2019, were tried to be reached, by not choosing a sample. 33 surgeons out of 36 in YCH and 21 out of 25 surgeons in GMKSH were reached, and the participation rate of the surgeons in the research was 88.5%.

A questionnaire form was developed by using the literature to determine the opinions and suggestions of surgeons regarding the reasons for administrating and not administrating SAP, the unnecessary use of SAP and the development of an antibiotic stewardship program. In the first part of the questionnaire, there are questions about the surgeons' gender, age, working time in the profession, surgical specialty, whether they have a higher specialization, malpractice history, and information/decision sources about SAP selection. In the second part, there are questions to determine the reasons for surgeons to administrate and not administrate prophylaxis, the situations caused by inappropriate use (Hosoglu et al., 2003; Karahocagil et al., 2007; Tünger et al., 2000), recommendations for inappropriate use and the strategies and tools that should be included in the content of ASPs.

Face validity was used for the validity of the questionnaire. For this, the readability, comprehensibility, and ease of application of the questions were evaluated based on both the literature and the opinions of three experts (three surgeons working in the MoH Afyonkarahisar State Hospital, apart from the hospitals where the research was conducted).

SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences) package program was used in the analysis of the data and descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation were used.

The questionnaire was applied by the researchers by face-to-face interview method. The reliability of the questions on the reasons for administrating and not administrating the SAP, graded from 1 to 10, was evaluated with Cronbach's alpha (α) and it was determined that they were above acceptable values ($\alpha=0.728$; $\alpha=0.846$, respectively).

The study was approved by Hacettepe University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (Decision Date: February 5, 2019; Decision number: 2019/04-12). Institutional permissions were obtained from the hospitals where the research was conducted (Number GMKSH: 92143444-799 and number of YCH: 78535428-799).

III. RESULTS

As seen in Table 1, 83.3% of the surgeons who answered the questionnaire were male. The mean age was 39.7 ± 9.8 years, and the surgeons aged 35 years and younger in YCH (72.7%) and surgeons over 35 years of age (90.5%) in GMKSH were in the majority. In both hospitals, there are general (18.5%), orthopedics (16.7%), urology and ear, nose, and throat (ENT) (11.1%) surgeons at most. Considering the working time of surgeons in the profession, while the general average is 13.7 years, it is seen that this average is 7.4 years in YCH and 23.6 years in GMKSH. 51.9% of the surgeons stated that they were highly specialized and only two surgeons in GMKSH had a malpractice history. It has

been observed that while surgeons mostly consider books or scientific articles (25.4%) in their SAP selection, they consult infection and/or infectious diseases specialists the least (11.9%).

Table 1. Descriptive Characteristics of Surgeons

Variables		YCH		GMKSH		Total	
		n	%	n	%	n	%
Gender	Female	4	12.1	5	23.8	9	16.7
	Male	29	87.9	16	76.2	45	83.3
Age	≤35	24	72.7	2	9.5	26	48.1
	>35	9	27.3	19	90.5	28	51.9
		\bar{x} (Ss)	33.9±3.2	48.9±9.6		39.7±9.8	
		Min-Max	(29-45)	(33-66)		(29-66)	
Surgical specialty	Brain and Nerve Surgery	3	9.1	2	9.5	5	9.3
	Pediatric Surgery	1	3.0	-	-	1	1.9
	General Surgery	4	12.1	6	28.6	9	18.5
	Thoracic Surgery	2	6.1	-	-	2	3.7
	Eye	2	6.1	1	4.8	3	5.6
	Obstetrics	2	6.1	1	4.8	3	5.6
	Heart and Vascular	4	12.1	1	4.8	4	9.3
	ENT	5	15.2	1	4.8	6	11.1
	Orthopedics	4	12.1	5	23.8	8	16.7
	Plastic surgery	3	9.1	1	4.8	4	7.4
	Urology	3	9.1	3	14.3	4	11.1
Working years in the profession	<10	25	75.8	1	4.8	26	48.1
	≥10	8	24.2	20	95.2	28	51.9
		\bar{x} (Ss)	7.4±4.2	23.6±10.5		13.7±10.7	
		Min-Max	(1.5-21)	(8-42)		(1.5-42)	
Senior specialization	Yes	20	60.6	8	38.1	28	51.9
	No	13	39.4	13	61.9	26	49.1
Malpractice history	Yes	0	0.0	2	9.5	2	3.7
	No	33	100.0	19	90.5	52	96.3
Information source on SAP selection*	Books or articles	17	25.4	13	25.5	30	25.4
	Training	17	25.4	12	23.5	29	24.6
	Clinical protocols	13	19.4	11	21.6	24	20.3
	SAP guidelines of the hospital	12	17.9	9	17.6	21	17.8
	Infection specialists	8	11.9	6	11.8	14	11.9

*Percentage in preferences is given.

According to Table 2, avoidance of increasing the postoperative infection rate (8.3±2) the most and being followed by the infection control committee the least (3.8±2.9) are effective in the decision of surgeons to administrate SAP. Apart from these, the surgeons participating in the study were asked to state their evaluations if there were other reasons that pushed them to administrate SAP other than the reasons not included in the question. In YCH, a general surgeon stated that they performed SAP because “there is a risk of organ perforation (when imaging or routine blood tests do not help)” and another general surgeon stated that they administrated SAP because it was a “minor/major case”. Again, in YCH, an eye surgeon and an orthopedist stated that they administrated SAP in every surgical case. It was found that the reasons for the surgeons not to administrate SAP were mostly due to the conditions in which full compliance with the information/decision sources (5.9±3.7) and being followed by the infection control committee at least (2.6±2.7) were effective.

Table 2. Reasons for surgeons to administrate and not administrate SAP

Reasons		YCH	GMKSH	Total
		$\bar{x}\pm Ss$	$\bar{x}\pm Ss$	$\bar{x}\pm Ss$
Administration	Being a habit/routine practice as a surgical team	8.1±2.7	7.6±3.2	7.9±2.8
	The thought that there may be problems in the treatment process	6.4±2.9	7.8±2.4	6.9±2.8
	Not wanting to take responsibility for the risk of infection	7.2±2.8	7.7±2.7	7.4±2.8
	Filling the gaps in sterility	4.4±3.4	5.6±3.2	4.9±3.3
	Having the conditions stated by the information/decision sources	7.1±2.7	7.7±2.9	7.3±2.8
	Avoiding increasing the post-operative infection rate	8.4±2.1	8.2±1.9	8.3±2.0
	Avoiding prolonged length of stay	6.8±3.3	7.7±2.8	7.2±3.1
	Being monitored by the infection control committee	3.3±2.9	4.5±2.9	3.8±2.9
Not administration	Thought it would be unnecessary	4.8±4.0	5.2±4.1	5.0±4.0
	Being meticulous during the operation	5.2±3.6	5.2±4.0	5.2±3.7
	The thought it would increase the treatment costs of patient	3.1±2.8	3.6±3.6	3.3±3.1
	The thought it would increase antibiotic resistance of patient	6.1±3.1	5.4±3.9	5.8±3.4
	The thought it would increase drug costs of hospital	3.3±2.9	3,5±3,4	3.4±3.1
	Being monitored by the infection control committee	2.2±2.2	3.3±3.2	2.6±2.7
	Having the conditions stated by the information/decision sources	5.8±3.4	6.1±4.0	5.9±3.7

Although most surgeons see the inappropriate use of SAP as a problem and state their reasons, some surgeons (17 out of 54 surgeons) consider it is not a major problem. According to Table 3, 38 of 54 surgeons stated that "unnecessary prophylaxis" was used among the reasons for inappropriate use of SAP, followed by "wrong choice of antibiotic" and "prophylaxis lasting longer than 24-48 hours". According to these answers, the first three most common reasons can also be expressed as "caused by the inappropriate use of antibiotics". On the other hand, "inappropriate dose intervals" and "choosing an expensive antibiotic while there are cheaper antibiotics with the same effect" are cited as less effective reasons for inappropriate antibiotic use.

Table 3. Reasons for Inappropriate Use of SAP

Reasons	YCH		GMKSH		Total	
	n	%*	n	%*	n	%*
Unnecessary prophylaxis	25	19.7	13	12.4	38	16.4
Wrong choice of antibiotic	18	14.2	13	12.4	31	13.4
Prophylaxis lasting longer than 24-48 hours	13	10.2	14	13.3	27	11.6
Insufficient or excessive dose of antibiotics	14	11	10	9.5	24	10.3
Antibiotic use that is not compatible with culture results	13	10.2	11	10.4	24	10.3
Using antibiotics without indication	14	11	7	6.7	21	9.1
Use of antibiotics without the necessary diagnostic evaluation	10	7.9	10	9.5	20	8.6
Concurrent use of more than two antibiotics without an indication	7	5.5	10	9.5	17	7.3
Choosing an expensive and new antibiotic instead of a known effective antibiotic	5	3.9	7	6.7	12	5.2
Inappropriate dose intervals	4	3.2	5	4.8	9	3.9
Choosing an expensive antibiotic when there are cheaper antibiotics with the same efficacy	4	3.2	5	4.8	9	3.9

*Percentage in preferences is given.

The open-ended recommendations answered by surgeons for inappropriate use of SAP are grouped under four main headings (Table 4). Accordingly, surgeons basically made recommendations on frequent training and supervision, optimization of surgical conditions, a full evaluation of patients and determination of duties and responsibilities in this process, and finally, using technology to support their clinical decision-making in a more systematic way.

Table 4. Recommendations for Surgeons for Inappropriate Use of SAP

<p>Education-Audit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prophylaxis training for physicians should be more frequent • Training on prophylaxis in clean-clean contaminated wounds • Information should be made • Dissemination of adequate information and routine practices in surgical specialization education from the medical faculty • Keeping the guideline up to date • There should be strict control • Awareness should be raised about the harm caused by unnecessary antibiotic use to the human body • Ensuring full compliance with the SAP guideline
<p>Improvement of surgical conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizing surgical conditions • Wound hygiene should be provided before the operation • Ventilation, sterilization, trained personnel, hepafilter required • Sterility conditions need to be optimized/standardized • Having stricter rules according to the risk assessments of the patients before the operation and not only the physician is responsible for the administration
<p>Patient assessment and responsibility</p> <ul style="list-style-type: none"> • The patient should be well evaluated • The reasons for using SAP should be explained • Indication necessity should be well researched • If necessary, infectious disease specialist should decide whether to start • Every patient should be evaluated by infection control committee prior to SAP • Evaluation of prophylaxis by an infection specialist before surgery and taking responsibility for the infection of the patient by the infection specialist • It should be used in necessary patients • It is necessary and the people responsible for this work to do their work on this issue • Conducting prophylaxis by a team • Reducing the use of prolonged SAP in the postoperative period
<p>Integration with technology</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resistance development should be prevented by creating algorithms • In cases where the doctor makes excessive and unnecessary SAP, the hospital operating system should remind the relevant people such as infection nurses to administrate correctly. • Developing a well-attended and approved algorithm for SAP

To prevent or minimize the use of inappropriate SAPs, surgeons' opinions were taken about whether it is necessary to establish the ASP, which has been started to be established in hospitals in Turkey in recent years. Accordingly, most surgeons (75.9%) think it is necessary, while almost ¼ consider it not necessary. Surgeons, who stated that it was necessary to create an ASP, made recommendations as strategies to prevent this problem in a possible program, such as strict control of use, providing feedback, continuing training periodically, and making restrictions (Table 5). In addition, they recommended controlling the uses, administrating antibiotics according to surgical risks, reporting the culture results, updating the guidelines at short intervals according to the clinics, sharing the statistics on the use of SAP, and rearranging the operating room conditions accordingly in case of nosocomial infections. To realize these strategies, surgeons consider it necessary to use tools such as patient risk classification, tool kit to determine drug resistance index, antibiogram package and 3-day antibiotic control package. Apart from these, they stated that prophylaxis recommendation should be made through a system integrated with the diagnosis while choosing antibiotics and an information system should be established to detect the hospital infection rate.

Table 5. Strategies and Tools to be Included in the Content of the ASP

Strategy and Tools		n
Strategies	Supervision, strict supervision, control	21
	Feedback	20
	Education	19
	Restriction	9
	It should be used according to surgical risks (wound risk etc.)	1
	Reporting of culture results	1
	Updating the current infection guidelines at short intervals	1
	Statistics sharing	1
	If there is a hospital infection, the operation order should be reconstructed	1
Tools	Patient risk classification	14
	Drug resistance index tool kit	13
	3-day antibiotic control package	13
	Microbiology antibiogram package	11
	Appearance of prophylaxis recommendation integrated with diagnosis through the system	1
	Determination of hospital infection rate by establishing a data system whether infection develops or not with close follow-up.	1
	There should be a template and prophylaxis should be administrated accordingly	1

IV. DISCUSSION

Surgeons stated that they mostly benefited from books or scientific articles when deciding on SAP selection. The hospital's utilization rate from the SAP guideline corresponds to a rate of 17.8% among all preferences. In a multicenter study in Turkey, surgeons mostly rely on department protocol, information obtained from initial training, and textbook recommendations in their antibiotic selection, while relatively few uses national or international guidelines (Hosoglu et al., 2003). Again, in a similar study in Turkey, 46.2% of surgeons stated that they did not know whether there was an SAP guideline, 34% stated that there was a guideline in the institution, and 5.1% stated that there was a guide but did not examine it (Koçak et al., 2017). In a study conducted by MacCormick and Akoh (2018), it was concluded that 46% were aware of existing guidelines and 95% stated that a new guideline is needed. Interviews with surgeons at a teaching hospital in India indicated that surgeons are aware of national and international guidelines, but there are many gaps in the generally available evidence (Khan et al., 2021).

In this study, surgeons prefer to administrate SAP for reasons such as avoiding increasing the rate of postoperative infection. They stated that they did not administrate SAP because of the conditions in which there is full compliance with the information/decision sources. Systemic factors such as lack of knowledge about reasons for the practice, corporate culture and the role of hospital pharmacies can be associated with inappropriate practices. Since there is primarily physician autonomy in clinical practice, the characteristics of surgeons are attributed as the main determinants. For this reason, the experience and training of surgeons have a direct effect (Bohnen, 2003). In a study evaluating the knowledge and compliance of surgeons regarding SAP guidelines in India, the infrastructure and the skill and experience of the surgeon are more important than antibiotics, and the over-cautious attitude of the surgeons, the lack of necessary antibiotics in the hospital and the effects of patient characteristics and type of surgery on prescribing were stated as the reasons affecting compliance with the guideline. In addition, it was stated that the protocols could not be adhered to because the recommendations in the protocols are valid practices in developed countries and the conditions are different in India. In addition, due to the low socio-economic background of most of the patients, the poor hygienic environment of patients who do not shower before surgery and the high risk of infection compel surgeons to prescribe high-quality antibiotic agents to prevent infection (Khan et al., 2021). Fear of failure of surgery and inadequate conditions in hospitals cause more and longer SAP use (Khan et al., 2021; Ulu-Kilic et al., 2015).

According to the surgeons participating in this study, inappropriate use of SAP is mostly due to unnecessary prophylaxis, wrong antibiotic selection and prolonged prophylaxis. In another study, surgeons' concerns about developing postoperative infections, the absence of a clinical pharmacist, untrained assistants, and the absence of drug protocols and treatment guidelines are among the reasons for inappropriate SAP administration (Khan et al., 2021). The lack of information about hospital infections and causative microorganisms in the institution, the administration of prophylactic antibiotics at the planned time and dose by non-physician health personnel, and the inadequacy of the guideline prevent surgeons from complying with the guidelines (Koçak et al., 2017). Lack of consensus among surgeons on recommendations in the guideline, lack of awareness about guidelines (Khan et al., 2020b), the impact of medical school education, personal preferences, the influence of colleagues, and lack of hospital antibiotic policy (Ng and Chong, 2012) seen as the reasons for their failure.

Surgeons, who think that inappropriate use of SAP is an important problem, stated that these problems can be solved through education and supervision, improvement of surgical conditions, holistic evaluation of patients, clear determination of duties and responsibilities, and use of technology to make clinical decision-making more systematic. In a similar study, it is recommended to conduct training programs such as practical seminars and workshops to improve compliance with the guideline. Periodic supervision of surgical prophylaxis by the infection control team is among the corrective measures that can be used (Ng and Chong, 2012). Interventions that include training, supervision, and feedback with a multidisciplinary team, as recommended by WHO, provide improvement. Practices based solely on passive educational activities such as courses and informative brochures are not recommended as they are not effective on their own (Barlam et al., 2016; Knox and Edye, 2016). In case of prolonged SAP, infection control nurses may be authorized to discontinue antibiotic use. Restriction policies such as automatic alerts to prevent redosing can also be effective for controlling overuse (Ulu-Kilic et al., 2015).

Most surgeons consider it necessary to establish ASP practice in their hospitals to improve antibiotic use. For this purpose, prevention strategies such as monitoring the use, providing feedback, continuing training periodically and making restrictions have been suggested within the scope of the program. To fulfill these, it is considered necessary to use tools such as a drug resistance index tool kit, patient risk classification, antibiogram package and 3-day antibiotic control package. In Şişli Etfal Training and Research Hospital, the antibiotic guideline and practices revised according to the CDC's checklist are one of the first ASP practices in Turkey. There was a decrease in the amount of antibiotic use between the pre-and post-administration periods (Eksi Alp et al., 2021). Considering that only 4% of low- and middle-income countries have ASP initiatives and only 15% have national policies, there is still a long way to go. In a university hospital in Pakistan, ASP was found to be effective when it performed key interventions (training of pharmacists, forward-feedback supervision and pre-authorization for restricted drugs, update physicians' SAP practice knowledge). It was determined that compliance with the guideline was poor in terms of appropriate antibiotic selection and treatment duration in the period before ASP. After ASP, the target of appropriate antibiotic selection and administration for less than 5 days is made progress significantly. Approximately 50% reduction has been achieved in the prophylactic and empirical use of antibiotics. This remarkable effect of the ASP administration may be related to the participation of the pharmacist who has training in infectious diseases to the team. Prospective monitoring with feedback reduced delays in antibiotic prescribing, drug dispensing and administration (Hussain et al., 2020). It is necessary to guide the use of ASPs and thus control the spread of antibiotic resistance. ASPs administrated in hospitals appear to have a positive effect (Thabit et al., 2021).

V. CONCLUSIONS

In this study, it was tried to determine the attitudes, opinions, and recommendations of surgeons regarding the SAP administration. The findings can be used to determine the issues that need to be considered during the preparation of the guideline, especially for hospitals that do not have SAP guidelines. For hospitals that have a guideline, the activities to be done and the measures to be taken to

increase compliance with the guideline can be determined. Because although a guideline has been used for a long time in GMKSH, the hospital's SAP guide ranks fourth among the resources that surgeons refer to when deciding on SAP selection. Here, the quality and reliability of the guideline are among the issues that need to be discussed and examined.

As seen in this study, surgeons often made recommendations such as training on the guideline and prophylaxis, keeping the guide up-to-date, and providing information. In addition, it is thought that the fact that they make suggestions on improving surgical conditions and ensuring wound hygiene explains why surgeons prefer to administrate SAP to avoid increasing the rate of postoperative infection. This leads to positive defensive medicine practices. Surgeons who see it as a routine practice as a surgical team, on the other hand, continue to practice with their colleagues in the same specialty with more experience than themselves and prefer to administrate SAP in every procedure, which again shows that the guideline has been ignored.

It is seen that the knowledge, skills, and experience of surgeons are necessary for the successful implementation of guidelines and protocols. To be effective, continuous feedback on compliance and outcomes is required based on reliable clinical data. However, no protocol will ever replace a physician, and sound clinical judgment will always be needed based on the patient's individual circumstances. It is important to update, develop and improve existing knowledge and skills, as the profession of medicine is a profession where continuous medical education and professional development are required. Although surgeons with primary influence are included in the study here, specialists such as operating room and infection nurses, anesthesiologists, clinical pharmacists, and clinical microbiology specialists are actors that directly or indirectly affect the results of SAP administrations. In the process of creating the ASP, improvement plans should be prepared specifically for the department and even for surgical procedures.

Ethical Approval: The study was approved by Hacettepe University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (Decision Date: February 5, 2019; Decision number: 2019/04-12).

REFERENCES

- Abdel-Aziz, A., El-Menyar, A., Al-Thani, H., Zarour, A., Parchani, A., Asim, M., El-Enany, R., Al-Tamimi, H., & Latifi, R. (2013). Adherence of surgeons to antimicrobial prophylaxis guidelines in a tertiary general hospital in a rapidly developing country. *Advances in Pharmacological Sciences*, 2013, 1-6.
- Ahmed, A. M., Nasr, S., Ahmed, A. M., & Elkhidir, O. (2019). Knowledge, attitude and practice of surgical staff towards preoperative surgical antibiotic prophylaxis at an academic tertiary hospital in Sudan. *Patient Safety in Surgery*, 13(1), 1-6.
- Badar, V., Parulekar, V. V., & Garate, P. (2018). Study of knowledge, attitude and practice amongst medical professionals about antimicrobial stewardship in tertiary care teaching hospital in India: a questionnaire-based study. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 7(3), 511.
- Baniasadi, S., Alaeen, Z., & Shadmehr, M. B. (2016). Surgical antibiotic prophylaxis: a descriptive study among thoracic surgeons. *Tanaffos*, 15(3), 154.
- Barlam, T. F., Cosgrove, S. E., Abbo, L. M., MacDougall, C., Schuetz, A. N., Septimus, E. J., et al. (2016). Implementing an Antibiotic Stewardship Program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 62(10), e51–e77.

- Binown, K. A., Alhabradi, F. A., Aljahani, A. M., & Shadid, A. M. (2021). Saudi orthopedic surgeons' knowledge, attitude, and practice regarding surgical antibiotic prophylaxis. *Journal of Musculoskeletal Surgery and Research*, 1-11.
- Bohnen, J. M. (2003). Why do surgeons not comply with "best practice"? *Canadian Journal of Surgery*, 46(4), 251-2.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Core Elements of Hospital Antibiotic Stewardship Programs*. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Antibiotic Use in Hospitals, 2017, Antibiotic Use by Healthcare Setting*. Accessed 09 April 2020, <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/stewardship-report/hospital.html>.
- Crader, M. F., & Varacallo, M. (2019). *Preoperative Antibiotic Prophylaxis*. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing.
- de Vries, T. P. G. M., Henning, R. H., Hogerzeil, H. V., & Fresle, D. A. (1994). *Guide to Good Prescribing*. WHO/Action Programme on Essential Drugs, Geneva.
- Demirkıran, M., & Şahin, B. (2012). Hekimlerin reçete yazma davranışlarının incelenmesi: viral tonsillofarengit hastalığına ilişkin yazılı hasta olgusu örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4(2), 19-38.
- Eksi Alp, E., Oncul, A., Dalgic, N., Akgun, C., Aktas, E., & Bayraktar, B. (2021). Antibiotic stewardship program experience in a training and research hospital. *The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*, 55(2), 253.
- Gul, Y. A., Hong, L. C., & Prasannan, S. (2005). Appropriate antibiotic administration in elective surgical procedures: still missing the message. *Asian Journal of Surgery*, 28(2), 104-108.
- Holloway, K., & Green, T. (2003). *Drug and therapeutics committees: a practical guide*. (No. WHO/EDM/PAR/2004.1). World Health Organization Department of Essential Drugs and Medicines Policy Geneva, Switzerland.
- Hosoglu, S., Sunbul, M., Erol, S., Altindis, M., Caylan, R., Demirdag, K., et al. (2003). A national survey of surgical antibiotic prophylaxis in Turkey. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 24(10), 758-761.
- Hussain, K., Khan, M. F., Ambreen, G., Raza, S. S., Irfan, S., Habib, K., & Zafar, H. (2020). An antibiotic stewardship program in a surgical ICU of a resource-limited country: financial impact with improved clinical outcomes. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 13, 1-10.
- Karaali, C., Emiroglu, M., Esin, H., Sert, I., Aydın, C., Atalay, S., et al. (2020). Assessment of prophylactic antibiotic usage habits of the general surgeons in Turkey. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 14(07), 758-764.
- Karahocagil, M. K., Er, A., Kırıkçı, A. D., Sünnetçioğlu, M., Yapıcı, K., Bilici, A., et al. (2007). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde yatan hastalarda antibiyotik kullanımının incelenmesi. *Van Tıp Dergisi*, 14(2), 46-51.
- Khan, Z., Ahmed, N., Rehman, A.ur., Khan, F. U., Saqlain, M., Martins, M. A. P., & Rahman, H. (2020a). Audit of pre-operative antibiotic prophylaxis usage in elective surgical procedures in two teaching hospitals, Islamabad, Pakistan: An observational cross-sectional study. *PLoS ONE*, 15(4), e0231188.

- Khan, Z., Ahmed, N., Zafar, S., Khan, F. U., Saqlain, M., Kamran, S., & Rahman, H. (2020b). Audit of antibiotic prophylaxis and adherence of surgeons to standard guidelines in common abdominal surgical procedures. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(9), 1052-1061.
- Khan, F., Chaudhary, B., Sultan, A., Ahmad, M., Alvi, Y., Shah, M. S., & Khan, H. M. (2021). Qualitative thematic analysis of knowledge and practices of surgical antimicrobial prophylaxis at a tertiary care teaching hospital. *Surgical Infections*, 22(4), 434-441.
- Knox, M. C., & Edey, M. (2016). Educational antimicrobial stewardship intervention ineffective in changing surgical prophylactic antibiotic prescribing. *Surgical Infections*, 17(2), 224-228.
- Koçak, F., Balkan, İ. İ., Çelik, A. D., Durdu, B., Demirel, A., Gencer, S. et al. (2017). Perioperatif antimikrobiyal profilaksi uygulamalarında rehberlere uyum: Çok merkezli bir çalışma. *Anadolu Kliniği*, 22(1), 8-15.
- MacCormick, A. P., & Akoh, J. A. (2018). Survey of surgeons regarding prophylactic antibiotic use in inguinal hernia repair. *Scandinavian Journal of Surgery*, 107(3), 208-211.
- Madubueze, C. C., Umaru, H., & Alada, A. (2015). Attitudes of Nigerian orthopaedic surgeons to the use of prophylactic antibiotics. *International Orthopaedics*, 39(11), 2161-2165.
- Management Sciences for Health. (2012). *Managing for Rational Medicine Use. MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies*. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Mmari, E. E., Pallangyo, E. S., Ali, A., Kaale, D. A., Mawalla, I. H., & Abeid, M. S. (2021). Perceptions of surgeons on surgical antibiotic prophylaxis use at an urban tertiary hospital in Tanzania. *PloS one*, 16(8), e0256134.
- Ng, R. S., & Chong, C. P. (2012). Surgeons' adherence to guidelines for surgical antimicrobial prophylaxis—a review. *The Australasian Medical Journal*, 5(10), 534-540.
- Organization for Economic Co-operation and Development Health Statistics (OECD). (2021). *Pharmaceutical Market: Pharmaceutical consumption*. OECD Health Statistics (database) Accessed 11 September 2021, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PHMC
- Pelullo, C. P., Pepe, A., Napolitano, F., Coppola, N., & Di Giuseppe, G. (2020). Perioperative antibiotic prophylaxis: Knowledge and attitudes among resident physicians in Italy. *Antibiotics*, 9(6), 357.
- Sartelli, M., Kluger, Y., Ansaloni, L., Coccolini, F., Baiocchi, G. L., Hardcastle, T. C., et al. (2018). Knowledge, awareness, and attitude towards infection prevention and management among surgeons: identifying the surgeon champion. *World Journal of Emergency Surgery*, 13(1), 1-6.
- Society for Healthcare Epidemiology of America. (2020). *Antimicrobial Stewardship*. Accessed 02 Feb 2020, <https://www.shea-online.org/index.php/practice-resources/priority-topics/antimicrobial-stewardship>.
- Thabit, A. K., Shea, K. M., Guzman, O. E., & Garey, K. W. (2021). Antibiotic utilization within 18 community hospitals in the United States: A 5-year analysis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 30(4), 403-408.

- Tiri, B., Bruzzone, P., Priante, G., Sensi, E., Costantini, M., Vernelli, C. et al. (2020). Impact of antimicrobial stewardship interventions on appropriateness of surgical antibiotic prophylaxis: How to improve. *Antibiotics*, 9(4), 168.
- Tourmousoglou, C. E., Yiannakopoulou, E. C., Kalapothaki, V., Bramis, J., & Papadopoulos, J. S. (2008). Adherence to guidelines for antibiotic prophylaxis in general surgery: a critical appraisal. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 61(1), 214-218.
- Tünger, Ö., Dinç, G., Özbakkaloğlu, B., Atman, Ü.C., & Algün, Ü. (2000). Evaluation of rational antibiotic use. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 15, 131-135.
- Ulu-Kilic, A., Alp, E., Cevahir, F., Tucer, B., Demiraslan, H., Selçuklu, A., & Doğanay, M. (2015). Economic evaluation of appropriate duration of antibiotic prophylaxis for prevention of neurosurgical infections in a middle-income country. *American Journal of Infection Control*, 43(1), 44-47.
- World Health Organization. (2001). *Guidelines for developing national drug policies, 2nd edition*. Geneva: World Health Organization. Accessed 24 May 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42423/924154547X.pdf;jsessionid=27D2EDF8ACC1A8F7DD75EDDD55607BB1?sequence=1>
- World Health Organization. (2003). *Introduction to drug utilization research*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Oslo, Norway.
- Yılmaz, M., Yılmaz, A., Özyörk, M., Turunç, F., Gürleyik-Erkman, N., Kınalıkaya, A., & Arslan, E. (2018). Akılcı ilaç kullanımı: Düzce’de aile hekimlerinin bilgi ve davranışları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 20-27.

112 ÇALIŞANLARINDA İŞ-AİLE ÇATIŞMASI, TÜKENMİŞLİK VE İŞ YÜKÜ FAZLALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ *

Fatih ÇINGİ **
Gülcan ŞANTAŞ ***

ÖZ

Bu çalışmada Yozgat 112 İl Ambulans Servisine bağlı hizmet sunan 112 çalışanlarının iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı algıları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmada iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı algılarının katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılık oluşturup oluşturmadığının ortaya konulması hedeflenmiştir. Araştırmanın evrenini Yozgat ili içerisinde faaliyet gösteren Yozgat 112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASHİ)'nde hizmet vermekte olan 312 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Anket dönemi içerisinde yaşanan COVID-19 pandemisi dolayısıyla çevrimiçi anket yöntemi tercih edilmiştir. Ankete aynı sağlık çalışanının bir defadan fazla katılması engellenmiştir. Seçilen 112 KKM ve 112 ASHİ'de çalışmakta olan tüm personele ulaşılabileceği düşünüldüğünden örneklem seçimi tercih edilmemiştir. Anket 281 sağlık çalışanının katılımı ile gerçekleşmiştir. Araştırmada iş yükü fazlalığı ölçeği, iki boyuttan oluşan iş-aile çatışması ölçeği, üç boyuttan oluşan tükenmişlik ölçeği ve demografik bilgi formu kullanılmıştır. Araştırmada veri toplama araçlarının geçerliğini belirlemek için faktör analizi ve güvenilirlikleri belirlemek için Cronbach alpha katsayısından yararlanılmıştır. Araştırmanın hipotezlerinin testinde korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. İki grup arasındaki farklılıkların test edilmesinde Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıkların test edilmesinde ise Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Analizler sonucunda katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerinin iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı algılarında farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Ayrıca iş yükü fazlalığının iş-aile çatışmasını, iş yükü fazlalığı ve iş-aile çatışmasının tükenmişliği etkilediği saptanmıştır. 112 çalışanlarının iş yüklerinin dengeli hale getirilmeli ve böylece bu kişilerin ailelerine zaman ayırmaları sağlanarak iş-aile çatışması ve nihai olarak da tükenmişliğin ortaya çıkması önlenmeye çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İş-aile çatışması, tükenmişlik, iş yükü fazlalığı, acil servis.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında, Doç. Dr. Gülcan ŞANTAŞ danışmanlığında ve Fatih ÇINGİ tarafından hazırlanan "112 Çalışanlarında İş-Aile Çatışması, Tükenmişlik ve İş Yükü Fazlalığı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Yozgat İli Örneği" (2022) başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

** Yüksek Lisans, Yozgat Bozok Üniversitesi LEE Sağlık Yönetimi ABD. fcingi4@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6491-7243>

*** Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü. gulcan.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0488-9375>

Gönderim Tarihi: 02.12.2022

Kabul Tarihi: 17.05.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Çingi, F. & Şantaş, G. (2023). 112 çalışanlarında iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2), 393-424

INVESTIGATION OF THE RELATIONS BETWEEN WORK-FAMILY CONFLICT, BURNOUT AND EXCESS WORKLOAD IN THE 112 EMPLOYEES *

Fatih ÇINGİ **
Gülcan ŞANTAŞ ***

ABSTRACT

In this study, it was aimed to determine the relationships between the perceptions of work-family conflict, burnout and excess workload of 112 employees who provide services under the Yozgat 112 Provincial Ambulance Service. In addition, it was aimed to reveal whether the perceptions of work-family conflict, burnout and excess workload make a difference according to the demographic characteristics of the participants. The population of the research consists of 312 health employees serving in 112 Command and Control Center (KKM) and 112 Emergency Health Services Station (ASHI) operating in Yozgat province. Due to the COVID-19 pandemic experienced during the survey period, the online survey method was preferred. The same healthcare employee was prevented from participating in the survey more than once. Sample selection was not preferred since it was thought that all personnel working in the selected 112 Command and Control Center (KKM) and 112 Emergency Health Services Station (ASHI) could be reached. The survey was carried out with the participation of 281 health employees. In the study, the excess workload scale, the work-family conflict scale consisting of two dimensions, the burnout scale consisting of three dimensions, and the demographic information form were used. In the study, factor analysis was used to determine the validity of the data collection tools, and the Cronbach alpha coefficient was used to determine their reliability. The correlation and regression analyzes were used to test the hypotheses of the research. The Mann-Whitney U test was used to test the differences between the two groups, and the Kruskal Wallis Analysis of Variance was used to test the differences between more than two independent groups. As a result of the analyzes, it was determined that the personal and demographic characteristics of the participants made a difference in their perceptions of work-family conflict, burnout and excess workload. Further analyzes show that work-family conflict plays a mediating role in the effect of excess workload perception on burnout. Workloads of 112 employees should be balanced so that these people can spare time for their families, and work-family conflict and ultimately burnout should be prevented.

Keywords: Work-family conflict, burnout, excess workload, emergency service.

ARTICLE INFO

* This article is based on the master's thesis, submitted Yozgat Bozok University, Department of Health Management, entitled with "Investigation of the relations between work-family conflict, burnout and excess workload in the 112 employees" written by Fatih ÇINGİ under supervision of Assoc. Prof. Gülcan ŞANTAŞ.

** MSc. Yozgat Bozok University, Department of Health Management, fcingi4@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6491-7243>

*** Assoc. Prof., Yozgat Bozok University, Department of Health Management, gulcan.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0488-9375>

Received: 02.12.2022

Accepted: 17.05.2023

Cite This Paper:

Çingı, F. & Şantaş, G. (2023). 112 çalışanlarında iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2), 393-424

I. GİRİŞ

Bireyler çalışma hayatlarında birçok olumlu ve olumsuz durumla karşılaşmakta ve bu durumlardan etkilenebilmektedir. İş hayatından elde edilen doyum, kişinin kendisinin, ailesinin ve çevresinde bulunan diğer insanların mutluluğunu artırmada ve sunduğu hizmetin kalitesini yükseltmede katkı sağlayabilmektedir. Çalışanların karşılaştığı bu tür olumlu uyaranlar insanları mutlu ederken, olumsuz uyaranlar insanlar için stres oluşturabilmekte ve bunun sonucunda da stresin tetiklediği depresyon ve iş yaşamında tükenmişlik ortaya çıkabilmektedir. Çalışma ortamındaki sorunlar ortadan kaldırılmadığı zaman, çalışanlar sosyal, bedensel ve ruhsal yönden olumsuz etkilenebilmektedir (Yakın, 2014).

Sağlık sektörü diğer işletmelere göre çok daha hızlı gelişip değişen bir sektördür ve diğer sektörlerden çok daha yoğun ve hızlı biçimde etkilenebilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2018). Sağlık işletmeleri, birer hizmet işletmesidir. Bu kurumların temel özelliği, emek yoğun teknoloji kullanmalarıdır. Sağlık işletmelerinde, hizmet sunumunun temel ögesi ve belirleyicisi insandır. Sağlık işletmelerinde hizmetlerin kalitesini hizmeti sunan personel belirlemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018). Dolayısıyla sağlık sektöründe çalışan personelin sorunlarına yönelik bir çerçeve çizilebilir, sunulan hizmetin kalitesine de katkı sağlayabilmektedir. Ancak birçok sektörde olduğu gibi, sağlık sektöründe de çalışanların karşılaştığı örgütsel sorunlar bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının sunmuş oldukları sağlık hizmetlerini kaliteli bir şekilde verebilmesi için ortaya konulan standartlardan uzak çalışma ortamları, sağlık çalışanlarına yönelik ücretlendirme ve istihdam politikalarında meydana gelen olumsuzluklar, yöneticilerin tutum ve davranışları, çalışan memnuniyetine verilen önemin hasta memnuniyetine verilen önemle karşılaştırıldığında geri planda tutulması gibi durumlar stres ve iş yükünü artırabilmektedir (Ertuğrul, 2010). Sağlık kurumlarında personel sayısındaki yetersizlik, yetersiz sağlık personeli istihdamı ve hasta sayılarındaki artış, sağlık personelinin iş yükünde artışa sebep olabilmektedir (Needleman vd., 2002).

Sağlık çalışanları içinde Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri (HÖASH) çalışanları günün 24 saati görev yapmaktadırlar. HÖASH çalışanları zamanlarının büyük bir bölümünü iş yerlerinde geçirmektedirler (Yakın, 2014) ve görevlerini icra ederken birçok stres unsuru ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu çalışanlar herhangi bir kaza veya hastalık olduğu durumlarda 112 Komuta Kontrol Merkezinin (KKM) yönlendirmesiyle olay yerine ilk ulaşan sağlık personelidir. Bu çalışanlar, olay yerinde hasta ve hasta yakınları ile genelde ilk iletişim kuran, ilk karşılaşan, olay yeri yönetimi yapan, triyaj uygulaması yapan, hasta ve yaralıların hızlı ve güvenli bir şekilde hastaneye ulaştırılmasını sağlayan ekip içinde görev yapmaktadır. Bu sebeplerden dolayı yapacakları en ufak bir hata geri dönüşü olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Bu durum, HÖASH çalışanları için büyük bir baskı ve stres unsuru oluşturmaktadır.

HÖASH çalışanları çoğunlukla zamanla yarışmakta, kazazede ve hastaların en kritik anlarında müdahale etmekte ve kazazede, yaralı ve hastaları yaşama döndürme savaşı vermektedir. Aynı zamanda bu çalışanlardan empati kurmaları, sakin olmaları, hasta yakınlarından etkilenmemeleri, anında ve doğru karar verebilmeleri ve birçok sorunla başa çıkabilmeleri istenmektedir (Kuh, 2017). HÖASH'de çalışan sağlık personelinin mevcut streslerinin yanı sıra gerek amirleri gerekse iş arkadaşlarının sergilemiş oldukları olumsuz davranışlar ve tutumlar, bu çalışanlarda tükenmişlik oluşmasını tetikleyebilmektedir. Tükenmişliği artırabilecek nedenler ortadan kaldırılıp düzeltilmediği takdirde, sağlık hizmetinin kaliteli ve verimli bir şekilde sunulmasında aksaklıklar oluşabilmektedir. HÖASH çalışanlarının her geçen gün sorumlulukları ve iş yoğunluğu artmaktadır. Bu durum giderek artan iş yüküne sebep olmaktadır (Köken, 2020).

HÖASH çalışanları, mesailerini genellikle zihinsel, fiziksel ve duygusal enerji harcayarak tamamlamaktadır. Bu çalışanlarda özellikle kriz anlarında iş yükünün artması, tehlikeli çalışma ortamı ve çalışma sürelerinin uzaması gibi sebepler, enerjilerinin aşırı şekilde harcanmasına ve bunun sonucunda da iş-aile çatışması ve tükenmişlik yaşanmasına sebep olabilmektedir. HÖASH personelinin iş yükünü artıran, tükenmişlik yaşamasına ve iş-aile çatışmasına neden olan faktörlerden biri de 2019 yılı sonlarında başlayan, tüm dünyaya yayılan COVID-19 pandemisi. Dünya üzerinde birçok insan virüse yakalanmış, halen tüm Dünyada ve Türkiye' de etkisini sürdürmektedir. Bu

pandemiye kontrol altına almak ve meydana getirdiği etkilerini önlemek için özverili şekilde çalışan ve pandemiden en çok etkilenen meslek grubu en ön safta görev yapan HÖASH personelidir (Demireli, 2021, Ulusal, 2021, Yumru, 2020). Giderek artan vaka sayıları karşısında tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık bakım kaynaklarının aşırı kullanımı söz konusu olmuş ve HÖASH çalışanlarının fedakârlık ve sorumluluk alanları bu süreçte giderek genişlemiştir (Hoşgör vd., 2020).

Pandemi tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi, HÖASH çalışanlarında da bir takım endişe ve kaygıları beraberinde getirmektedir (Sakaoğlu vd., 2020). Çalışanların risk grubunda olmaları, ön saflarda hizmet sunmaları, sürekli hasta ve şüpheli kişilere hizmet vermeleri, hastalığın kendilerine bulaşması ve kendileri aracılığıyla virüsü aile üyelerine taşıma korkuları, HÖASH çalışanlarının giderek daha fazla iş stresi yaşamalarına bunun devamında tükenmişlik ve iş-aile çatışması yaşanmasına sebep olabilmektedir (Baki ve Piyal, 2020).

Türkiye’de HÖASH sağlayıcıları Sağlık Bakanlığına bağlı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 112 İl Ambulans Servisleri tarafından sunulmaktadır. Bu çalışmada Yozgat 112 İl Ambulans Servisine bağlı hizmet sunan 112 çalışanlarının iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı algıları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmada iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı algılarının katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılık oluşturup oluşturmadığının ortaya konulması hedeflenmiştir. Alanyazında, HÖASH’de çalışan sağlık personeli üzerinde iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı değişkenlerini bir arada ele alan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Değişkenlerin birbirleri ile ilişkisinin ortaya konulmasıyla, bu çalışmanın alanyazın için katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. İş-Aile Çatışması

Bireylerin yaşamında iş dışındaki bağlar genellikle arkadaşlar, akrabalar, aile ve sivil toplum kuruluşları olmaktadır. Bu bağlar arasında kişilerin yaşamlarındaki en önemli bağ, aileleri ile kurdukları bağıdır (Korkmazer ve Aksoy, 2020). Birey günlük hayatında ailesine daha fazla zaman ayırmak istemektedir. Ancak işlerinin yoğunluğu veya işin sonrasında meydana gelen yorgunluk sebebiyle, bu zamanı ayırmakta zorluk çekebilmektedir. Bu durum iş-aile çatışmasına neden olabilmektedir. Birey ailevi sorumlulukları sebebiyle (çocuk bakımı, aile ile ilgili diğer yükümlülükler vb.) işe yönelik sorumluluklarını ve çalıştıkları kuruma yükümlülüklerini yerine getiremediğinde (işe giriş çıkış saatleri vb.) iş ve aile arasında çatışma yaşayabilmektedir. Kadınların çalışma hayatına girmeleri ve annelik gibi çok önemli bir aile rolünü üstlenmiş olmaları, rol çatışmasına neden olabilmektedir (Çarıkcı, 2001).

İş-aile çatışması, bireylerin çalışan eş, anne ve baba gibi birçok role eş zamanlı olarak sahip olması ve bu rollerin birbiri ile çatışmaları sonucunda gerçekleşmektedir. Başka bir ifade ile iş-aile çatışması, iş ve aile yaşamının sebep olduğu uyumsuzluklardır. Çalışanların iş yaşamları iş-aile çatışmalarına sebep olabileceği gibi, aile yaşamları da iş-aile çatışmasını da ortaya çıkarabilmektedir. İş-aile çatışmaları genellikle işten aileye yansıyan sorunlar nedeniyle görülmektedir (Turunç ve Çelik, 2010).

İş-aile çatışmasında cinsiyet faktörü ön plana çıkmaktadır (Özdevecioğlu ve Aktaş, 2007). Dünyada endüstrileşme süreciyle birlikte hem işletmelerin hem de ailelerin yapılarında değişimler yaşanmaktadır (Aydın, 2019). Günümüzde geleneksel aile yaşantısının yerini modern aile yaşantısına bırakması, dünya geneline bakıldığında kadınların çalışma yaşamına katılması ve çift kariyerli ailelerin giderek artması, aile hayatındaki değişimin temel göstergeleri arasındadır (Yıldırım alp vd., 2014). Aynı zamanda iş gücünde de değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Giderek artan oranda evli kadınların iş gücüne girmeleri hem erkeğe hem de kadına yeni sorumluluklar yüklemektedir ve iş-aile arasında sorunlara neden olarak çatışma ortamı oluşturabilmektedir (Aydın, 2019). Kadınlar erkeklerle karşılaştırıldığında daha çok iş-aile çatışması yaşayabilmektedir (Özdevecioğlu ve Aktaş, 2007). Kadın çalışanların hem kariyerlerine hem de aile hayatlarında başarılı olmaya verdikleri önem göz önünde bulundurulduğunda, kadınlar erkeklere oranla anne rollerinden kaynaklı daha fazla sorumluluk

üstlenebilmekte ve daha fazla iş-aile çatışması yaşayabilmektedir. Evli kadınlar erkeklerle karşılaştırıldığında daha fazla ev işi ve çocuk bakımı üstlenmektedir (Wallace, 1999).

Hizmet sektöründe olan öğretmen, avukat, polis, doktor, hemşire, Acil Tıp Teknisyeni (ATT), Acil Ambulans Bakım Teknikeri (AABT) gibi çalışma alanlarında, insanlarla karşılıklı iletişim kurulması gerektiği için insan faktörü sunulan hizmetin kaliteli sunulması açısından oldukça etkilidir. Sağlık sektörü, çalışanların 24 saat sürekli ve kesintisiz görev sunabildiği, aynı anda çok sayıda meslek grubunun bir arada hizmet verdiği karmaşık örgüt yapılarıdır. Sağlık sektörü birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de ülkenin, bireyin ve toplumun refah düzeyi açısından oldukça önemli bir konumdur. Sağlık çalışanları ile hastaların karşılıklı iletişimi ve örgütsel faktörler sağlık çalışanlarının iş stresi, iş tatmini, liderlik, güven ve bağlılık gibi örgütsel davranışlarını etkilerken, hastalar açısından bakıldığında alınan hizmetin kalitesini ve hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir. Sağlık sektörü yapısı gereği birçok iş stresine sebep olabilecek ve iş-aile çatışması oluşturabilecek birçok unsuru barındırmaktadır. Sağlık sektöründe çalışanların kesintisiz ve yoğun çalışmalarının yanında, farklı çalışma saatleri ve sistemlerinin olduğu bu örgütlerde bazen iş ortamlarında yaşanan sorunlar aile ilişkilerine veya aile yaşantısından kaynaklanan sorunlar iş ortamına yansiyabilmektedir. Bu durum, çalışanların psikolojik sağlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir (Tekingündüz vd., 2015).

Sağlık sektöründe görev yapan HÖASH çalışanları, sağlık hizmeti ihtiyacı olan insanlara acil müdahalede buldukları ve tıbbi olarak yardıma ihtiyacı olan kişilere müdahale yaptıkları için mesleklerini severek yapmakta, bu sevgi çalışanların iş doyumunu yaşamasına neden olmaktadır (Korkmazer ve Aksoy, 2018). Ancak 112 Ambulans Hizmetleri’nde iş yoğunluğu genellikle yüksek olmaktadır (Özkan, 2019). Bu durum, HÖASH çalışanlarının iş-aile çatışması yaşamasına neden olabilmektedir. Özellikle ağır vakalara yapılan müdahaleler, gece nöbetleri, yöneticilerin tutum ve davranışları, mobbing, iş yükü fazlalığı, uyku problemleri, rutin çalışma saatleri dışında çalışmaları, hasta yakınları ile yaşanan problemler gibi karşılaşılan sorunlarla birleştiğinde, HÖASH çalışanları mesleklerini icra ederken yoğun stres yaşayabilmekte ve bu durum iş-aile çatışmasını tetikleyebilmektedir (Korkmazer ve Aksoy, 2018). Sağlık çalışanlarının iş ortamında karşılaştıkları mesleki zorluklar aile hayatına yansiyabilmekte ve aile yaşamında eş, anne ve baba rollerini negatif yönde etkileyebilmektedir (Yıldırım alp vd., 2014).

HÖASH açısından bakıldığında, sağlık çalışanları hastaların sadece acil yardım ihtiyaçları değil aynı zamanda birçok talepleri ile karşı karşıya kalmakta, bu çalışanlardan işlerini yaparken merhamet ve empati duygusu ile hizmet etmeleri beklenmektedir. Hastalara acil müdahalede, hastaların durumlarına göre farklı tedavi algoritmaları uygulandığından, HÖASH çalışanları için normal görevlerini yerine getirmek bile yoğun stres kaynağıdır. HÖASH’de stres kaynaklarından birisi de olay yerinde hasta ve yaralılara acil müdahale sırasında hasta yakınlarının müdahale işlemine dâhil olması olarak düşünülebilir. Bu ve benzeri durumlar özellikle sağlık çalışanları içerisinde HÖASH çalışanlarının daha fazla iş-aile çatışması yaşamasına sebep olabilmektedir (Karabay, 2015).

Günümüzde halen devam eden COVID-19 pandemisi sürecinde, izole olma gibi zor ve zahmetli çalışma şartlarında görev yapan, virüse en yakın mesafede ve temas halinde olan, yüksek riskli alanlarda çalışan HÖASH çalışanları fiziksel, duygusal ve zihinsel olarak travma yaşayabilmektedir. Bu ve benzeri durumlar, HÖASH çalışanlarının aile yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek iş-aile çatışması yaşamalarına yol açabilmektedir (Derya, 2021). HÖASH çalışanlarında yöneticiler tarafından personel arasında adaletli davranılmaması, çalışanlarda iş tatminsizliği, stres ve tükenmişlik oluşturarak iş-aile çatışmasına yol açabilmektedir (Üzümcüoğlu, 2013). Bu çalışanlarda hasta ve yaralıların taşınması sırasında ağırlık kaldırma sebebiyle, beden sağlıklarında mesleğe bağlı hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Bu ve benzeri durumlar kişinin ailesine yansımakta ve iş-aile çatışması oluşturabilmektedir (Kızıl vd., 2016).

2.2. Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı ilk olarak Herbert J. Freudenberger (1974) tarafından başarısızlık, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya bireyin iç kaynakları üzerinde, karşılanamayan talepler sebebiyle meydana

gelen tükenme durumu” olarak ifade edilmektedir. Başka bir tanımda tükenmişlik, aile hayatı ve çalışma hayatı arasında oluşan stres ile başa çıkmada yetersizliktir (Dolgun, 2012). Diğer bir tanımla tükenmişlik “duygusal olarak zorlu çalışma koşullarına uzun süreli katılımdan kaynaklanan fiziksel, duygusal, zihinsel yorgunluk” olarak ele alınmaktadır (Yakut vd., 2020). Tükenmişlik kavramının en geniş tanımı Maslach ve Jackson (1981) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre tükenmişlik insan iletişiminin yoğun olduğu işlerde çalışanlarda kendini işe yönelik duyarsızlaşma/sinik tutum geliştirme ve duygusal yönden tükenmiş hissetme olarak ifade edilmektedir.

Tükenmişlik kavramı “duygusal bir sendrom” olarak ele alınmaktadır. Belirli bir kapasitede insanlar ile çalışan kişiler arasında görülen tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalma tükenmişliğe sebep olmaktadır. Duygusal bir sendrom olarak tükenme, özellikle sağlık sektörü gibi insanlarla iletişimin fazla olduğu, yardıma ve bakıma ihtiyacı olan insanlarla iletişimde onlara karşı duygusuz olma ve etkisiz tepkiler verme şeklinde kendini belli etmektedir (Leiter ve Maslach, 1988). Tükenmişlik sendromu bireylerde oluşan stresin ilerlemiş ve kronikleşmiş şeklidir. Tükenmişlik bireylerde dört aşamada gerçekleşmektedir. İlk aşamada kişiler problemlerle baş edebilmek için çeşitli çözümler geliştirmektedir. İkinci aşamada bireyler geliştirmiş oldukları çözüm yollarında birtakım sorunlar olduğunun farkına varmaktadır. Üçüncü aşamada problemlerin çözümleri için uygun olmayan çözüm yolları kullanılmaktadır ve bu uygun olmayan çözüm yolları sebebiyle kontrol kaybedilmektedir. Son aşama olan dördüncü aşamada ise bireylerde tükenmişlik gelişmektedir (Çelebi, 2016).

Tükenmişliğin üç boyutu bulunmaktadır ve bu boyutların birbiriyle bağlantısı bulunmaktadır (Maslach vd., 2001). Bu boyutlar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı hissidir (Maslach ve Leiter, 1997).

Duygusal Tükenme: Tükenmişlik kavramının ilk boyutu duygusal tükenmedir (Maslach ve Jackson, 1981). Örgüt içinde bir çalışanın duygularını dışa vururken kendisine yabancılaşması, başkalarına karşı alaycı ve olumsuz şekilde davranması ve hizmet sunduğu kişileri birer nesne gibi görmesi şeklinde ele alınmaktadır (Taycan vd., 2006). Duygusal tükenme bireyde uykusuzluk, gerginlik, fiziksel yorgunluk gibi olumsuz durumlara neden olması sebebiyle bir tür psikolojik ve fiziksel sorun olarak da ifade edilmektedir (Lee ve Ashforth, 1990).

Duyarsızlaşma: Duyarsızlaşma faktörü genellikle tükenmişliğin kişiler arası iletişim boyutunu ifade etmektedir. Örgütlerde çalışanın yaptığı iş dolayısıyla genellikle idealizm kaybı yaşamaması ve hizmet sunduğu kişilere olumsuz, duygusuz ve aşırı mesafeli yaklaşımını içeren ilişkileri ifade etmektedir (Maslach vd., 2001). Duyarsızlaşma, çalışanın hizmet sunduğu bireylere karşı duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesi olarak tanımlanmaktadır. Duyarsızlaşma, insanlarla yüz yüze iletişimin olduğu işlerde hizmet sunulan kişilere karşı ilgisiz ve şüpheci davranışlarda bulunma olarak tanımlanırken, diğer meslekler için siniklik terimi kullanılmaktadır. Siniklik çalışanların görevli oldukları işlerden uzaklaşması ve mesleğine karşı negatif tutum içinde olması şeklinde ifade edilmektedir (Tayfur ve Aslan, 2012).

Düşük Kişisel Başarı Hissi: Tükenmişlik kavramının üçüncü boyutu olan düşük kişisel başarı hissi yetersizlik ve azalan yetkinlik duygularını yansıtmaktadır (Deckard vd., 1994). Düşük öz yeterlilik duygusu, depresyon, işin talepleri ile başa çıkamama, sosyal destek eksikliği, profesyonel olarak gelişme fırsatının olmaması gibi nedenler bu durumu daha da kötüleştirebilmektedir. Düşük kişisel başarı bileşeni tükenmişliğin öz değerlendirme boyutunu temsil etmektedir (Maslach ve Goldberg, 1998).

HÖASH, şiddet olaylarının yoğun bir şekilde yaşandığı ve stresin çok yoğun olduğu birimlerdir. HÖASH’de görevli personel diğer sağlık çalışanlarından farklı olarak çalışma ortamlarında sıklıkla öngörülemeyen ve uygunsuz koşullarla karşı karşıya kalabilmektedir. Örgüt içi ve dışı birçok faktör bu çalışanların sağlıklarını etkilemektedir. HÖASH personeli çalışma ortamlarından kaynaklanan bulaşıcı hastalıklar, hasta ve hasta yakınlarının tehditleri ile birlikte hayatı tehdit eden durumlarda hızlı bir şekilde acil bakım hizmeti sunmak zorundadır. Bu çalışanlar fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlıklarına

olumsuz yönde etki eden, tehdit ve baskı altında görev yapabilmektedir. Bu gibi durumlar, çalışanlarda stresi tetikleyebilmekte ve bunun sonucunda da çalışanların tükenmişlik düzeyinin artmasına neden olabilmektedir (Atan ve Tekingündüz, 2014).

Başvuran acil hastaların hastalık ciddiyeti, iş ortamının yoğunluğu, vardiyalı çalışma sistemi, zaman baskısı, gece çalışma gibi durumlardan dolayı, HÖASH yoğun stres altında çalışılan alanlardan biridir. Bu nedenle çalışanlar tükenmişliğe elverişli grup olarak nitelendirilmektedir. HÖASH'de görev yapan sağlık çalışanlarda tükenmişliğin nedenleri; yaşamsal risklerin bulunması, aşırı stres altında çalışma, düşük ücretler, psikolojik destek hizmetlerinin olmaması, çalışma sürelerinin uzunluğu, hasta ve hasta yakınlarının yaklaşımları, terfi olanaklarının olmaması, 112 istasyonları ve ambulanslardan kaynaklanan olumsuzluklar, yöneticilerin tutum ve davranışları, yöneticiler tarafından uygulanan yıldırma davranışları ve hayal kırıklıkları olarak belirtilmektedir (Çelebi, 2016).

Covid-19 pandemisinin ölümcül risklerinin yanında özellikle sağlık çalışanlarının psikolojik sağlıklarını etkilediği söylenebilmektedir. Birçok sağlık çalışanı, pandeminin belirsizliği ve riskleri sebebiyle psikolojik olarak sorunlarla karşılaşabilmektedir. Sağlık çalışanlarında Covid-19 hastalığına yakalanma ve hastalığı yakınlarına bulaştırma korkusu, pandemi döneminde artan hasta sayısı, bu dönemde oluşan olumsuz çalışma şartları, sağlık çalışanlarının evlerine gidememeleri gibi nedenler çalışanların stresle karşı karşıya kalmalarına ve bunun sonucunda tükenmişlik oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir (Yakut vd., 2020). HÖASH personelinin iş ortamında yaşamış oldukları stres faktörlerinin yanında aile, sosyal ve arkadaşlık ilişkileri zamanla olumsuz etkilenebilmektedir (Çelebi, 2016). Bu çalışanların maruz kalabildikleri aşırı iş yükü ve stresin etkisiyle iş-aile çatışması görülebilmekte, bunun sonucu olarak da tükenmişlik yaşanması hızlanabilmekte veya tükenmişlik derinleşebilmektedir (Derya, 2021).

2.3. İş Yükü Fazlalığı

İş yükü, bireyin kaldırabileceğinden fazla işi üslenmesi anlamına gelmektedir (Karacaoğlu ve Çetin, 2015). Örgütlerin bakış açısından iş yükü, üretkenlik ve verimlilik şeklinde tanımlanmaktadır. Birey tarafından bakıldığında iş yükü, verilen işi gerçekleştirmek için kullanılan zamanı ve harcanan enerjiyi yansıtmaktadır (Maslach ve Leiter, 1997). İş yükü fazlalığı çalışanın en önemli stres faktörlerinden biri olup, kişinin iş-aile çatışması ve tükenmişlik yaşamaları için en önemli sebeplerden birisidir (Karacaoğlu ve Çetin, 2015).

Çalışma hayatında iş yükü fazlalığı birçok ve farklı görevlerin tek bir kişiye verilmesi, işlerin yapılması için verilen zamanın yetersiz olması, işin fiziki anlamda çok ağır ve yorucu olması ya da işi yapacak kişilerin yeterli beceri, bilgi, donanım ve kabiliyete sahip olmamaları sebeplerinden kaynaklanabilmektedir (Samancı ve Basım, 2018). Çalışanların nöbet usulü çalışmaları, gece mesailerine kalmaları, hafta sonları çalışmaları, ilgilenilen insan sayısının çokluğu, bilgi kirliliği ve fazlalığı, yönetici baskıları gibi nedenler de çalışanlarda iş yükü fazlalığına neden olan sebeplerdendir (Turgut, 2011).

İş yerlerinde çalışanların karşılaştıkları iş yükü fazlalığı fiziksel, çevresel, konumsal ve zihinsel olarak sınıflandırılmaktadır. Fiziksel aşırı iş yükü fazlalığı, fiziksel iş taleplerinden kaynaklanan fiziksel aktivitelerdir. İş yükü stresi işin boyutu büyüdükçe artmaktadır (Jung ve Jung, 2001). HÖASH'de hastaların normalin üzerinden fazla ağır olması ve taşınması, olay yerindeki hasta veya yaralılara müdahale için olay yerine taşınan tıbbi malzemeler, hasta taşınmasında kullanılan sedyeler (ana sedye, kombinasyon sedye gibi), acil çantaları gibi hepsi birer 112 personeli için fiziksel iş yükü olup taşıma sırasında çeşitli yaralanmalara ve hastalıklara sebebiyet verebilmektedir.

Çevresel iş yükü fazlalığı, çalışma ortamındaki uygun olmayan sıcaklık, aydınlatma, gürültü, titreşim, kimyasallara maruz kalma gibi yetersiz çevre koşullarından kaynaklanan iş yükü fazlalığıdır. Bu gibi durumlar çalışanlarda performans kaybına neden olarak insanın homeostazının bozulmasına sebep olabilmektedir (Jung ve Jung, 2001). HÖASH'de hasta ve kazazedelere müdahale sırasında olay yeri şartları standartlara uygun olmayıp hasta ve kazazedelere müdahaleyi zorlaştırabilmektedir. Ayrıca

112 çalışanlarının görev yaptıkları istasyonların Sağlık Bakanlığı standartlarına uygun olmamaları HÖASH personelinin işini zorlaştırabilmektedir. Bu gibi durumlar strese yol açabilmekte ve sağlık personelinin iş yükünü artırabilmektedir.

Vücut hareketlerine bağlı konumsal iş yükü fazlalığı, vücut mekaniğine uygun olmayan hareket ve duruşlardan kaynaklanan iş yükü fazlalığıdır (Jung ve Jung, 2001). Çalışanlarda elverişsiz ve ters vücut pozisyonlarının oluşturduğu iş yükü fazlalığı olarak da tanımlanmaktadır (Dağdeviren vd., 2005). Vücut mekaniğine uygun yapılmayan işler, çalışanların hastalanması ve sakatlanmasına neden olabilmektedir. Bu durumlar çalışanların strese girmesine yol açabilmektedir (Jung ve Jung, 2001). Özellikle HÖASH’ de çalışanlarının vücut mekaniğine uygun hareket etmemeleri, hasta ve yaralıların taşınması sırasında hatalı duruş ve taşıma teknikleri kullanılması HÖASH çalışanlarında iş yükünü artırabilmektedir.

Zihinsel iş yükü fazlalığı, zihinsel ve algısal aktivitelerin yani düşünme, iletişim kurma, karar verme, hatırlama ve arama gibi durumlarda oluşan iş yükü fazlalığıdır (Jung ve Jung, 2001). HÖASH personeli hasta veya kazazedeye müdahale ederken en ufak bir hata geri dönüşümü engellenemez durumlara yol açabilmektedir. HÖASH çalışanlarında, 112 ambulans hizmetleri personeli hasta veya kazazedeye müdahale sırasında hızlı karar vermeli, hastayı hızlı bir şekilde değerlendirmeli ve gerekli müdahaleyi uygulamalıdır. Bu sebeplerden dolayı HÖASH çalışanlarında zihinsel iş yükü artabilmektedir. Olay yerine ulaşan sağlık personeli olay yerinde bulunan hasta yakınları ve çevredeki diğer şahısların olumsuz tutum ve tavırları, fiziki ve sözel şiddet gibi davranışlar görev yapan sağlık personelinin iş yükünü artırarak strese neden olabilmektedir.

III. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

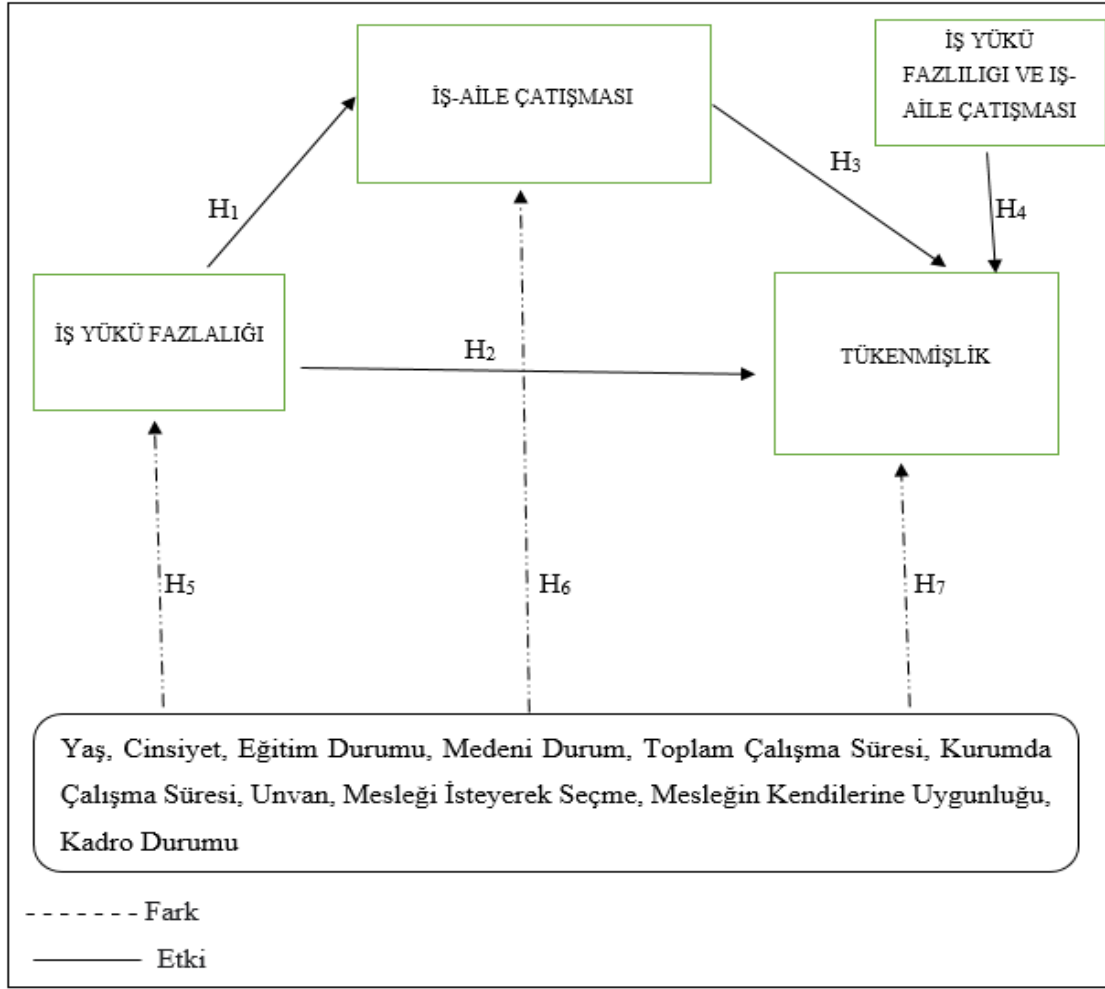
Çalışma yaşamı kişinin günlük yaşamı üzerinde çok önemli etkilere sahiptir. Zamanının büyük bir kısmını çalışma ortamında geçirmesinin ötesinde yapılan iş, kişinin günlük programını belirlemekte, düşüncelerini meşgul etmekte ve sosyal kimliğine etki etmektedir (Korkmazer, 2018). Ayrıca yeni ortaya çıkan hastalıklar, daha uzun ve kaliteli yaşama isteği gibi durumlar sağlık personelinin beklentileri sürekli olarak artırmaktadır (Çoban, 2014). İş yoğunluğu, artan beklentiler, vardiyalı ve rotasyonlu çalışma nedeniyle sağlık çalışanları ailelerine yeterli zaman ayırmakta zorlanabilmektedir. Bu durum tüm sağlık çalışanları için geçerli olabilmekte birlikte sağlık hizmetlerinin özel bir türünü sunan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri (HÖASH) çalışanları için daha olası haldedir. HÖASH çalışanlarında iş yükü fazlalığı, işte yaşanan sorunlar, mesai saatleri, yöneticilerin tutumları, müdahale edilen hasta ve yaralıların durumlarının kritik olması, nöbet sistemi ve salgın hastalıklar HÖASH personelinin verimli ve kaliteli hizmet sunmasını etkileyebilmektedir. HÖASH’de çalışan 112 personeli mesleğini icra ederken birtakım zorluklarla karşılaşmaktadır. Karşılaşılan zorluklar içerisinde en önemli konulardan bir tanesi artan iş yüküdür. İş yükü fazlalığı, HÖASH çalışanlarının sayısal olarak az olması, nöbet sayılarında ve hasta sayılarında artış gibi sebeplerden kaynaklanmaktadır. HÖASH’de çalışan 112 personelinin iş yerlerindeki olumsuz çalışma koşulları onların aile yaşamlarını, sosyal hayatlarını ve özel yaşamlarını etkilemekte ve kimi zaman tükenmelerine sebep olabilmektedir.

Bu çalışmada HÖASH’de görev yapan 112 acil ambulans hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı algıları arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada ayrıca 112 acil ambulans hizmetlerinde çalışan personelin iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı algılarının demografik özellikleri açısından farklılık oluşturup oluşturmadığının belirlenmesi hedeflenmektedir.

3.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırmanın amaçları doğrultusunda oluşturulan araştırmanın modeli Şekil 1’de verilmektedir.

Şekil 1. Araştırmanın Modeli



Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler şu şekildedir:

H1: İş yükü fazlalığı, iş-aile çatışmasını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.

H2: İş yükü fazlalığı, tükenmişliği istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.

H3: İş-aile çatışması, tükenmişliği istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.

H4: İş yükü fazlalığı ve iş-aile çatışması, tükenmişliği istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.

H5: Katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, toplam çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, unvan, mesleği isteyerek seçme, mesleğin kendilerine uygunluğu, kadro durumu) göre iş yükü fazlalığı algısı farklılık gösterir.

H6: Katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, toplam çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, unvan, mesleği isteyerek seçme, mesleğin kendilerine uygunluğu, kadro durumu) göre iş-aile çatışması farklılık gösterir.

H7: Katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, toplam çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, unvan, mesleği isteyerek seçme, mesleğin kendilerine uygunluğu, kadro durumu) göre tükenmişlik algısı farklılık gösterir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Yozgat 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı 112 acil sağlık hizmetleri istasyonunda ve 112 Komuta Kontrol Merkezi'nde görev yapan 312 sağlık personeli oluşturmaktadır. Çalışmada, Yozgat ilinde görev yapmakta olan tüm 112 personeline ulaşılması hedeflenmiş olup, çalışma sonucunda 281 anketin geri dönüşü sağlanabilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, anket formu kullanılmıştır. Anket uygulaması internet ortamında Google formlar aracılığı ile online olarak gerçekleştirilmiştir. Anket; kişisel ve demografik bilgilerin yer aldığı 10 ifade ve iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişliğe yönelik 37 ifadeden oluşmaktadır.

Çalışanların iş yükü fazlalığı algılarını değerlendirmek için Imoisili (1985) tarafından geliştirilen ve Alam (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan 5 maddeli "İş Yükü Fazlalığı Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçeğin tek bir boyutu bulunmaktadır ve veriler, 5'li Likert şeklinde toplanmaktadır. Alam (2016) tarafından yapılan Türkçeye uyarlama çalışmasında ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,780 olarak hesaplanmış, ölçeğin toplam alfa değeri 0,862 olarak bulunmuştur ve ölçeğin tek boyutlu olduğu görülmektedir. Açıklanan varyans %65 olup, ölçeğin geçerliğinin olduğu söylenebilir (Tablo 1).

Tablo 1. İş Yükü Fazlalığı Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Analiz Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Testi		0,816	
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-kare	665,085	
	df	10	
	p	0,000	
Açıklanan Toplam Varyans	65,055		
Cronbach Alpha	0,862		
Faktör/İfadeler	Faktör Yükü	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
İş Yükü Fazlalığı			
1.Sürekli daha fazla iş yapmak zorunda kalıyorum.	0,841	65,055	0,862
2.Sık sık zorluk gerektiren işleri yapmak zorunda kalıyorum.	0,832		
3.Mesai saatleri dışında sık sık çalışmak zorunda kalıyorum.	0,725		
4.Sık sık birçok problem veya aynı zamanda yapılması gereken işlerle karşılaşıyorum.	0,849		
5.İşlerimi yapmak için asla yeterli zamanım olmuyor.	0,778		

Çalışanların iş-aile çatışması algılarını değerlendirmek için kullanılan ölçek, Netemeyer ve diğerleri (1996) tarafından geliştirilmiş ve Apaydın (2004) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 10 sorudan ve iki boyuttan oluşmakta ve 5'li Likert şeklinde verileri toplamaktadır. Apaydın (2004) tarafından yapılan çalışmada 5 ifadeden oluşan işten aileye çatışma boyutu için güvenilirlik katsayısı 0,86 ve 5 ifadeden oluşan aileden işe çatışma boyutu için 0,82 olarak belirlemiştir. Tablo 2 incelendiğinde araştırmada kullanılan ölçek için bulunan alfa değerlerinin ölçeğin geneli için 0,870, iş-aile çatışması boyutu için 0,939 ve aile-iş çatışması boyutu için 0,869 olduğu görülmektedir. Boyutların alfa değerleri, ölçeğin güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin geçerliğine yönelik yapılan faktör analizi sonuçları incelendiğinde açıklanan varyansın %74,5 ve faktör yüklerinin 0,80'in üzerinde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre ölçeğin geçerli olduğu yorumu yapılabilir.

Tablo 2. İş-Aile Çatışması Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Analiz Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Testi		0,874	
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-kare	2091,982	
	df	45	
	p	0,000	
Açıklanan Toplam Varyans		74,577	
Cronbach Alpha		0,870	
Faktör/İfadeler	Faktör Yükü	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
İşten Aileye Çatışma			
1.İşimden dolayı oluşan stres aileme karşı olan görevlerimi yerine getirmemi zorlaştırmaktadır.	0,857	41,238	0,939
2.İşime harcadığım zaman aileme karşı sorumluluklarımı yerine getirmemi zorlaştırmaktadır.	0,923		
3.İşimin bana yüklediği sorumluluklardan dolayı aileme ilgili yapmak istediğim bazı şeyleri yapamıyorum.	0,903		
4.İşim yüzünden, ailece yaptığımız planları değiştirmek zorunda kalırım.	0,854		
5.İşimle ilgili sorumluluklarım aile hayatımı etkiliyor.	0,907		
Aileden İşe Çatışma			
6.Aileme ilgili sıkıntılarım, iş performansımı olumsuz etkiler.	0,559	33,339	0,869
7.Aileme ayırmam gereken zaman nedeniyle, işlerimi ertelediğim olur	0,794		
8.Ailemin talepleri, işimi etkilemektedir.	0,887		
9.Aile hayatım yüzünden işimdeki temel sorumluluklarım aksayabiliyor.	0,871		
10.Ailemin taleplerinden dolayı işimle ilgili olarak yapmak istediğim bazı şeyleri yapamam.	0,888		

Tükenmişliğin ölçülmesi için Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen 22 ifadeli ölçek kullanılmıştır. Tükenmişlik ölçeği, duygusal tükenmeyi ölçen 9 ifade, duyarsızlaşmayı ölçen 5 ifade ve kişisel başarı hissini ölçen 8 ifadeden oluşan üç boyutlu bir ölçektir. Katılımcıların ölçeklerde yer alan ifadelerle katılım düzeylerini ölçmek amacıyla 5'li Likert şeklinde ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin geliştirildiği çalışmada 22 ifadeli tükenmişlik ölçeği için Cronbach alpha katsayısı 0,824 olup; güvenilirlik katsayısı duygusal tükenme boyutu için 0,921, duyarsızlaşma boyutu için 0,776 ve kişisel başarı hissi boyutu için 0,753'tür. Bu çalışmada ise alfa değerleri; ölçeğin geneli için 0,867, duygusal tükenme boyutu için 0,915, duyarsızlaşma boyutu için 0,870 ve kişisel başarı hissi boyutu için 0,815'tir. Boyutların alfa katsayıları ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Ayrıca gerçekleştirilen faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin geçerli olduğu ifade edilebilir (Tablo 3).

Tablo 3. Tükenmişlik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Analiz Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Testi		0,916	
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-kare	3508,575	
	df	231	
	p	0,000	
Açıklanan Toplam Varyans		59,935	
Cronbach Alpha		0,867	
Faktör/İfadeler	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
Duygusal Tükenme			
1.İşimden duygusal olarak uzaklaştığımı hissediyorum.	0,782	29,923	0,915
2.İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.	0,798		
3.Sabahları yeni bir iş gününe başlayacağım için kendimi yorgun hissediyorum.	0,831		
4.Bütün gün insanlarla birlikte çalışmaktan gerginlik duyuyorum.	0,760		
5.İşimin beni tükettiğini hissediyorum.	0,863		
6.İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığımı düşünüyorum.	0,778		
7.İşim için çok fazla çalıştığımı düşünüyorum.	0,597		
Duyarsızlaşma			
8.Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	0,708	16,438	0,870
9.Sabrımın sonuna geldiğimi hissediyorum.	0,746		
10.İşimde karşılaştığım bazı insanlara onlar sanki cansız birer objeymiş gibi davrandığımı hissediyorum.	0,760		
11.Yaptığım işin beni insanlara karşı duyarsızlaştırdığımı hissediyorum.	0,755		
12.Bu işin beni duygusal olarak katılaştırmasından endişe duyuyorum.	0,701		
13.İşimde karşılaştığım insanların başına ne geldiği gerçekte umurumda değil.	0,760		
14.İşim gereği karşılaştığım insanların kendilerinden kaynaklanan bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.	0,567		
Kişisel Başarı Hissi			
15.İşimi yaparken karşılaştığım insanların neler hissettiklerini kolayca anlayabilirim.	0,535	13,573	0,815
16.İşimde karşılaştığım insanların sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.	0,699		
17.Yaptığım iş ile diğer insanların yaşamına olumlu yönde katkıda bulunduğumu hissediyorum.	0,743		
18.Kendimi çok enerjik hissediyorum.	0,610		
19.İş çevremde insanlara rahat bir ortamı kolaylıkla sağlayabilirim.	0,730		
20.Çalışma arkadaşlarımla yakın bir çalışmanın ardından kendimi canlanmış hissedirim.	0,659		
21.Bu meslekte kayda değer pek çok başarı elde ettim	0,654		
22.İşimle ilgili duygusal sorunları soğukkanlılıkla hallederim.	0,690		

3.5. Verilerin Analizi

Anket verileri, SPSS 27.0 paket programına girilmiş ve analizleri yapılmıştır. Elde edilen verilerin normal dağılım analizi yapılarak analiz yöntemlerinden hangisinin uygulanacağına karar verilmiştir. Verilerin dağılımı için yapılan normallik testlerinin anlamlı olması nedeniyle verilerin normal dağılmadığına karar verilmiştir. Ancak özellikle Likert türü ölçeklerle gerçekleştirilen çalışmalarda normallik için basıklık ve çarpıklık katsayılarına da bakılması önerilmektedir (Alpar, 2020; Alpar, 2022). Çalışmada boyutlar için hesaplanan çarpıklık ve basıklık katsayılarının -2 ile +2 arasında yer aldığı görülmüştür. Normallik test sonuçları dikkate alınarak verilerin analizinde iki grup arasındaki

farklılıkların test edilmesinde Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıkların test edilmesinde ise Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin test edilmesinde ise çarpıklık ve basıklık katsayılarının kabul edilebilir sınırlar içerisinde olması nedeniyle korelasyon ve Regresyon Analizlerinden yararlanılmıştır. Ayrıca çalışmada kullanılan ölçeklerin geçerliğinin belirlenmesinde açıklayıcı faktör analizi ve güvenilirliğinin saptanmasında ise cronbach alpha katsayısından yararlanılmıştır. Ölçek geçerliğinin incelenmesinde açıklayıcı ya da doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılabilmektedir. Açıklayıcı faktör analizinin hem yeni geliştirilen ölçekler için hem de geliştirilmiş bir ölçeğin tekrar geçerliğinin saptanmasında kullanılabilmesi ifade edilmektedir (Alpar, 2022). Ayrıca bu çalışmada açıklayıcı faktör analizinde direct-oblimin yöntemi kullanılarak elde edilen faktör yüklerinin doğrulayıcı faktör analizi ile benzer olması sağlanmıştır.

3.6. Araştırmanın İzinleri

Bu araştırma için Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu ve Yozgat İl Sağlık Müdürlüğünden izinler alınmıştır. Yozgat 112 Başhekimliğinden E-92198687-772.02 sayılı yazı ile Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü etik kurul komisyonundan 29.06.2022 tarihinde izin alınmıştır. Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan E-55135017-770-30983 sayılı, 26/01 karar numaralı ve 20.10.2021 tarihli yazı ile izin alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için, yazarlardan izin alınmıştır.

IV. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Kişisel ve Demografik Özellikleri

Araştırmanın katılımcılarının temel özellikleri Tablo 4'de verilmektedir. Çalışmanın katılımcılarının yaş itibarıyla dağılımı incelendiğinde, katılımcıların yaklaşık yarısı 30 yaş ve altındadır. Çalışmaya dâhil edilen çalışanların cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında, katılımcıların %55,5'ini kadın çalışanlar oluşturmaktadır. Erkek katılımcıların oranı ise %44,5'tir. Araştırma örneklemine dâhil edilen çalışanların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde, katılımcıların eğitim düzeyleri oldukça yüksektir. Kişilerin %80'inden fazlası ön lisans ve üzeri eğitim düzeyindedir. Katılımcıların medeni durum dağılımı incelendiğinde, %65,8'ini evli kişiler oluşturmuştur. Katılımcıların toplam çalışma süreleri incelendiğinde katılımcıların %21'inin ≤ 2 yıla kadar çalıştığı, %16'sının 3-7 yıllık bir kıdeme sahip olduğu, katılımcıların %22,8'si 8-11 yıl arasında, %19,6'sının 12-15 yıl arasında, %20,6'sinin ise ≥ 16 yıldan fazla çalıştığı görülmektedir. Söz konusu bulgulara baktığımızda, HÖASH'de çalışan personelin örgütsel kıdemlerinin yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Katılımcıların ilgili kurumlarda çalışma süreleri incelendiğinde katılımcıların yarısının (%50) 8 yıl ve daha fazla süredir ilgili kurumlarda çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların unvan durumuna göre dağılımı bakıldığında, katılımcıların yaklaşık yarısının (%49,5) ATT olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılanların mesleği isteyerek seçme bulguları incelendiğinde %80,8'nin mesleklerini kendi isteklerine uygun olarak seçtikleri, %19,2'sinin ise mesleği isteyerek seçmedikleri görülmektedir. Çalışmaya katılanların mesleklerinin kendilerine uygunluğuna ilişkin bulgular incelendiğinde %39,9 mesleklerinin kendilerine çok uygun olduğunu, %53,7'si kısmen uygun olduğunu, %6,4'ünün meslekleri kendilerine hiç uygun olmadığını ifade etmiştir. Araştırmada çalışanların kadro durumu bulguları incelendiğinde yaklaşık 4'te 3'ünün (%74) devlet memuru olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların Kişisel ve Demografik Özellikleri

Değişkenler	Sayı	%	Değişkenler	Sayı	%
Yaş (yıl)			Medeni Durum		
≤25	68	24,2	Evli	185	65,8
26-30	73	26,0	Bekâr	96	34,2
31-37	79	28,1	Mesleği İsteyerek Seçme		
≥38	61	21,7	Evet	227	80,8
Cinsiyet			Hayır	54	19,2
Kadın	156	55,5	Mesleğin Kendilerine Uygunluğu		
Erkek	125	44,5	Çok uygun	112	39,9
Eğitim			Kısmen uygun	151	53,7
Lise	53	18,9	Hiç uygun değil	18	6,4
Ön Lisans	100	35,6	Unvan		
Lisans	109	38,8	ATT	139	49,5
Lisans Üstü	19	6,8	AABT	76	27,0
Toplam Çalışma Süresi (Yıl)			Şoför	23	8,2
≤2	59	21,0	Hemşire	30	10,7
3-7	45	16,0	Doktor	13	4,6
8-11	64	22,8	Kadro		
12-15	55	19,6	Devlet Memuru	208	74,0
≥16	58	20,6	4/B Sözleşmeli	46	16,4
Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)			Diğer**	27	9,6
≤2	77	27,4	Toplam	281	100,0
3-7	63	22,4			
8-11	72	25,6			
≥12	69	24,6			

** 4924 sayılı Kanun kapsamında sözleşmeli çalışanlar ve sürekli işçi statüsünde çalışanlar

Tablo 5'te araştırmanın değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmektedir. Bu çalışmaya katılan kişilerin iş yükü fazlalığı ve iş-aile çatışması algılarının orta düzeyde ve tükenmişlik algılarının ise düşük düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 5. Boyutların Ortalama, Standart Sapma ve Minimum-Maksimum Değerleri

Boyutlar	n	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
İş Yükü Fazlalığı Ölçeği	281	1,00	5,00	3,55	0,94
İş-Aile Çatışması Ölçeği	281	1,00	5,00	3,11	0,81
İşten Aileye Çatışma	281	1,00	5,00	3,78	1,03
Aileden İşe Çatışma	281	1,00	5,00	2,44	0,99
Tükenmişlik Ölçeği	281	1,00	5,00	2,87	0,64
Duygusal Tükenme	281	1,00	5,00	3,43	0,97
Duyarsızlaşma	281	1,00	5,00	2,78	0,93
Kişisel Başarı Hissi	281	1,00	5,00	3,53	0,66

4.2. Demografik Bilgilere Göre Karşılaştırma Analizleri

Çalışanların iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişliğe ilişkin algılarının cinsiyet, medeni durum ve mesleği isteyerek seçme durum değişkenine göre fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Ayrıca yaş, öğrenim durumu, toplam çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, unvan, kadro durumu ve mesleğin kendilerine uygunluğu değişkenlerinin analizi için de Kruskal Wallis Varyans testinden yararlanılmıştır.

Tablo 6'ya göre araştırmaya katılanların cinsiyet grupları arasında iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Araştırmaya katılanların, medeni durum grupları arasında iş yükü fazlalığı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Evli çalışanların iş yükü fazlalığı puanı sıra ortalaması 148,84 iken bekâr çalışanların 125,89'dur. Bu sonuçlara göre evli çalışanların iş yükü fazlalığı puanı sıra ortalaması bekâr çalışanlara göre daha yüksektir. Araştırmaya katılanların, medeni durum grupları arasında iş-aile çatışması puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre evli çalışanların iş-aile çatışması puanı sıra ortalaması bekâr çalışanlara göre daha yüksektir. Evli olan katılımcıların tükenmişliği daha fazla yaşadığı görülmektedir. Boyutlar açısından bakıldığında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma evlilerde, kişisel başarı hissi ise bekârlarda istatistiksel olarak daha yüksektir. Katılımcıların yaşları için yapılan analiz sonuçlarına göre, iş yükü fazlalığı algısının en fazla olduğu grup 26-30'dur. Yaş arttıkça iş-aile çatışmasının arttığı görülmektedir. Boyutlar açısından bakıldığında işten-aileye çatışmada aynı durum söz konusu iken aileden-işe çatışmada tersi durum görülmektedir. Tükenmişlik için yapılan analiz sonuçlarına bakıldığında ortalamanın en düşük olduğu grup ≤ 25 yaş grubu iken en yüksek olduğu grup ise 31-37 yaş grubudur. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ortalamasının en az olduğu grup ≤ 25 iken kişisel başarı hissini en fazla olduğu grup ise ≥ 38 yaş grubudur.

Tablo 6. Araştırmanın Katılımcılarının Cinsiyet, Medeni Durum ve Yaşlarına Göre Analiz Sonuçları

Boyutlar	Cinsiyet				Z	p				
	Kadın		Erkek							
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.						
İş Yükü Fazlalığı	156	143,52	125	137,86	-0,581	0,561				
İş-Aile Çatışması	156	139,87	125	142,42	-0,262	0,794				
İşten Aileye Çatışma	156	144,90	125	136,13	-0,905	0,365				
Aileden İşe Çatışma	156	133,99	125	149,74	-1,622	0,105				
Tükenmişlik	156	143,38	125	138,02	-0,550	0,583				
Duygusal Tükenme	156	146,67	125	133,92	-1,309	0,191				
Duyarsızlaşma	156	136,13	125	147,08	-1,124	0,261				
Kişisel Başarı Hissi	156	136,59	125	146,51	-1,019	0,308				
Boyutlar	Medeni Durum				Z	p				
	Evli		Bekâr							
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.						
İş Yükü Fazlalığı	185	148,84	96	125,89	-2,251	0,024				
İş-Aile Çatışması	185	163,96	96	125,30	-3,848	0,037				
İşten Aileye Çatışma	185	152,96	96	117,95	-3,446	0,001				
Aileden İşe Çatışma	185	153,64	96	115,19	-2,118	0,034				
Tükenmişlik	185	156,39	96	120,61	-2,544	0,023				
Duygusal Tükenme	185	148,44	96	126,67	-2,132	0,033				
Duyarsızlaşma	185	154,30	96	134,65	-2,344	0,034				
Kişisel Başarı Hissi	185	129,87	96	153,18	-2,325	0,045				
Boyutlar	Yaş								χ ²	p
	≤25		26-30		31-37		≥38			
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.		
İş Yükü Fazlalığı	68	114,84	73	153,39	79	150,49	61	143,04	9,905	0,019
İş-Aile Çatışması	68	136,49	73	139,94	79	151,27	61	164,00	7,941	0,045
İşten Aileye Çatışma	68	117,06	73	143,52	79	154,74	61	166,88	8,654	0,034
Aileden İşe Çatışma	68	158,40	73	134,68	79	135,66	61	123,13	8,830	0,038
Tükenmişlik	68	130,10	73	153,34	79	167,58	61	161,84	8,810	0,033
Duygusal Tükenme	68	113,38	73	156,25	79	151,10	61	140,47	11,679	0,009
Duyarsızlaşma	68	133,32	73	140,19	79	142,17	61	179,02	7,228	0,036
Kişisel Başarı Hissi	68	128,15	73	153,57	79	153,74	61	168,69	7,795	0,027

Eğitim durumu değişkeninde tüm boyutlar için sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Kişisel başarı hissi dışındaki tüm boyutlarda eğitim düzeyi arttıkça ortalama puanlar artmaktadır. Buna göre iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik eğitim düzeyi arttıkça artmaktadır. Yalnızca kişisel başarı hissi ortalaması eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır. Katılımcıların unvanları için yapılan analiz sonuçlarına göre, unvan grupları arasında iş yükü fazlalığı puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Araştırmaya katılanların, unvan grupları arasında işten aileye çatışma puanı ve aileden işe çatışma puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Sonuçlara göre şoförler, işten aileye çatışma puanı sıra ortalaması en düşük grup iken ATT ise en yüksektir. Şoförler, aileden işe çatışma puanı sıra ortalaması en düşük gruptur ve doktorlar ise en yüksek grup olmuştur. Tükenmişliğe ilişkin sonuçlar incelendiğinde şoförler duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutları puanı sıra ortalaması en düşük grup iken hemşireler en yüksek grup olmuştur. Ayrıca hemşirenin kişisel başarı hissi puanı sıra ortalaması en düşük iken, şoförün puanı en yüksektir. Katılımcıların toplam çalışma süreleri için yapılan analiz sonucuna göre, tüm boyutlar için anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. İş yükü fazlalığı algısı toplam çalışma süresi arttıkça artmaktadır. İş-aile çatışması, en yüksek ≤ 2 yıl grubunda iken en düşük ise 3-7 yıl grubundadır. Alt boyutlara bakıldığında işten aileye çatışma, çalışma süresi arttıkça artmakta iken aileden işe çatışma boyutunda ise tersi durum vardır. Tükenmişlik, 12 yıl ve daha fazla süredir çalışma süresi olanlarda en fazla düzeydedir. Tükenmişliğin alt boyutları için de aynı durumun olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmanın Katılımcılarının Eğitim Durumu, Unvan ve Toplam Çalışma Sürelerine Göre Analiz Sonuçları

Boyutlar	Eğitim Durumu								χ^2	p		
	Lise		Ön Lisans		Lisans		Lisans Üstü					
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.				
İş Yükü Fazlalığı	53	124,25	100	130,59	109	154,30	19	166,21	8,682	0,034		
İş-Aile Çatışması	53	111,06	100	143,42	109	149,78	19	161,45	9,780	0,021		
İşten Aileye Çatışma	53	117,98	100	135,17	109	154,94	19	155,97	8,724	0,033		
Aileden İşe Çatışma	53	118,38	100	150,08	109	149,83	19	163,08	8,841	0,027		
Tükenmişlik	53	103,50	100	137,41	109	157,02	19	172,63	18,609	0,000		
Duygusal Tükenme	53	116,34	100	130,47	109	157,83	19	168,66	13,468	0,004		
Duyarsızlaşma	53	111,25	100	136,65	109	153,44	19	175,50	13,399	0,004		
Kişisel Başarı Hissi	53	171,90	100	135,81	109	132,79	19	129,24	9,620	0,022		
Boyutlar	Unvan										χ^2	p
	ATT		AABT		Şoför		Hemşire		Doktor			
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.		
İş Yükü Fazlalığı	139	147,86	76	127,06	23	117,78	30	158,57	13	149,73	6,685	0,154
İş-Aile Çatışması	139	164,21	76	128,35	23	110,00	30	150,42	13	165,35	8,462	0,037
İşten Aileye Çatışma	139	165,06	76	121,66	23	106,26	30	149,50	13	145,58	13,194	0,010
Aileden İşe Çatışma	139	139,26	76	148,00	23	136,78	30	148,93	13	176,31	8,100	0,031
Tükenmişlik	139	129,45	76	135,69	23	120,02	30	189,13	13	137,73	9,541	0,034
Duygusal Tükenme	139	119,09	76	124,91	23	111,70	30	176,30	13	142,08	10,282	0,036
Duyarsızlaşma	139	137,18	76	140,95	23	131,46	30	176,52	13	140,15	8,592	0,046
Kişisel Başarı Hissi	139	146,14	76	139,84	23	170,65	30	107,17	13	136,12	8,194	0,026
Boyutlar	Toplam Çalışma Süresi										χ^2	p
	≤2		3-7		8-11		12-15		≥16			
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.		
İş Yükü Fazlalığı	59	121,31	45	136,29	64	147,98	55	156,95	58	160,86	6,242	0,042
İş-Aile Çatışması	59	163,84	45	121,37	64	133,99	55	139,24	58	143,09	8,190	0,038
İşten Aileye Çatışma	59	127,42	45	129,60	64	141,76	55	164,59	58	168,22	9,988	0,041
Aileden İşe Çatışma	59	173,28	45	131,96	64	129,84	55	126,82	58	130,95	12,864	0,012
Tükenmişlik	59	136,10	45	134,17	64	132,36	55	160,22	58	162,59	8,358	0,036
Duygusal Tükenme	59	115,58	45	139,90	64	145,30	55	166,42	58	168,85	11,408	0,022
Duyarsızlaşma	59	122,26	45	128,98	64	154,28	55	154,15	58	163,98	7,963	0,046
Kişisel Başarı Hissi	59	126,26	45	145,31	64	159,66	55	136,01	58	166,78	8,831	0,031

Tablo 8’de katılımcıların kurumda çalışma süreleri için yapılan analiz sonuçlarına göre, araştırmaya katılanların, kurumda çalışma süresi grupları arasında iş yükü fazlalığı puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Sonuçlara göre iş yükü fazlalığı ortalamasının en düşük olduğu grup ≤ 2 yıl iken, en yüksek grup ise ≥ 12 yıldır çalışanlardır. Analizlere göre işten aileye çatışmanın en fazla olduğu grup ≥ 12 ve aileden işe çatışmanın en az olduğu grup ise ≤ 2 yıldır kurumda çalışanlardır. Tükenmişlik, kurumda çalışma süresi arttıkça artmaktadır. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissini en fazla olduğu grup ≥ 12 yıldır kurumda çalışanlardır. Katılımcıların mesleği isteyerek seçme durumları için yapılan analizde, iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik mesleğini isteyerek seçmeyenlerde daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle mesleğini isteyerek seçenlerde iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik algısı daha düşük, kişisel başarı hissi ise daha yüksektir.

Tablo 8. Araştırmanın Katılımcılarının Kurumda Çalışma Süresi ve Mesleği İsteyerek Seçme Durumlarına Göre Analiz Sonuçları

Boyutlar	Kurumda Çalışma Süresi								χ^2	p
	≤ 2		3-7		8-11		≥ 12			
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.		
İş Yükü Fazlalığı	77	123,56	63	137,14	72	153,61	69	160,83	8,460	0,041
İş-Aile Çatışması	77	146,01	63	128,79	72	140,97	69	146,59	8,044	0,033
İşten Aileye Çatışma	77	125,77	63	130,69	72	153,10	69	154,78	7,387	0,041
Aileden İşe Çatışma	77	161,24	63	131,55	72	133,16	69	135,22	8,707	0,042
Tükenmişlik	77	127,05	63	127,76	72	149,15	69	169,43	8,446	0,032
Duygusal Tükenme	77	120,35	63	137,40	72	146,35	69	161,74	9,925	0,019
Duyarsızlaşma	77	139,68	63	123,21	72	150,33	69	168,99	8,666	0,038
Kişisel Başarı Hissi	77	128,97	63	152,14	72	158,20	69	166,30	8,391	0,039
Boyutlar	Mesleği İsteyerek Seçme Durumu								Z	p
	Evet				Hayır					
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.		
İş Yükü Fazlalığı	227		135,42		54		164,45		-	0,018
İş-Aile Çatışması	227		127,32		54		166,45		-	0,020
İşten Aileye Çatışma	227		136,12		54		161,52		-	0,038
Aileden İşe Çatışma	227		141,04		54		160,83		-	0,028
Tükenmişlik	227		129,16		54		190,79		-	0,000
Duygusal Tükenme	227		128,45		54		193,77		-	0,000
Duyarsızlaşma	227		132,63		54		176,19		-	0,000
Kişisel Başarı Hissi	227		146,25		54		118,93		-	0,026

Tablo 9’da katılımcıların mesleğin kendilerine uygunluğu için yapılan analiz sonuçları incelendiğinde, iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik mesleğin kendilerine hiç uygun olmadığını söyleyenlerde daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle mesleğin kendisine çok uygun olduğunu düşünenlerde iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik algısı daha düşük, kişisel başarı hissi ise daha yüksektir. Katılımcıların kadro durumları için yapılan analiz sonuçlarına göre iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik devlet memuru kadrosunda çalışanlarda daha yüksektir.

Tablo 9. Araştırmanın Katılımcılarının Mesleğin Kendilerine Uygunluğu ve Kadro Durumlarına Göre Analiz Sonuçları

Boyutlar	Mesleğin Kendilerine Uygunluğu Durumu						χ^2	p
	Çok Uygun		Kısmen Uygun		Hiç Uygun Değil			
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.		
İş Yükü Fazlalığı	112	119,28	151	150,12	18	199,61	19,351	0,000
İş-Aile Çatışması	112	122,93	151	150,87	18	170,67	10,185	0,006
İşten Aileye Çatışma	112	122,83	151	149,25	18	184,86	12,546	0,002
Aileden İşe Çatışma	112	133,59	151	146,88	18	177,75	8,768	0,043
Tükenmişlik	112	99,49	151	161,59	18	226,58	58,928	0,000
Duygusal Tükenme	112	97,39	151	163,59	18	222,89	62,349	0,000
Duyarsızlaşma	112	111,59	151	155,67	18	200,97	29,463	0,000
Kişisel Başarı Hissi	112	164,29	151	130,23	18	86,42	20,057	0,000
Boyutlar	Kadro Durumu						χ^2	p
	Devlet Memuru		4/B Sözleşmeli		Diğer			
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.		
İş Yükü Fazlalığı	208	148,04	46	131,22	27	103,41	8,042	0,018
İş-Aile Çatışması	208	157,16	46	132,42	27	108,19	8,122	0,027
İşten Aileye Çatışma	208	159,45	46	128,42	27	97,35	11,275	0,004
Aileden İşe Çatışma	208	151,72	46	141,82	27	134,07	8,219	0,039
Tükenmişlik	208	143,07	46	145,84	27	116,81	8,691	0,026
Duygusal Tükenme	208	146,38	46	132,38	27	114,20	8,377	0,021
Duyarsızlaşma	208	145,74	46	137,67	27	110,19	8,677	0,046
Kişisel Başarı Hissi	208	146,52	46	108,17	27	154,37	9,237	0,010

4.3. Değişkenler Arasındaki İlişki İçin Yapılan Analiz Sonuçları

Tablo 10 incelendiğinde iş yükü fazlalığı ile iş-aile çatışması arasında orta düzeyde, anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,515$; $p<0,01$). İş yükü fazlalığı ile tükenmişlik arasında orta düzeyde, anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,460$; $p<0,01$). İş-aile çatışması ile tükenmişlik arasında orta düzeyde, anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,570$; $p<0,01$). İş yükü fazlalığının iş-aile çatışması ölçeğinin boyutları ve tükenmişlik ölçeğinin kişisel başarı hissi dışında diğer boyutları arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. İş-aile çatışması ve tükenmişlik ölçeklerinin boyutları arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmaktadır. Yalnızca kişisel başarı hissi değişkeni için zayıf ve negatif ilişki söz konusudur.

Tablo 10. Araştırmanın Katılımcılarının İş Yükü Fazlalığı, İş-Aile Çatışması ve Tükenmişlik Algılarına İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8
İş Yükü Fazlalığı Ölçeği (1)	1							
İş-Aile Çatışması Ölçeği (2)	0,515**	1						
İşten Aileye Çatışma (3)	0,660**	0,807**	1					
Aileden İşe Çatışma (4)	0,150*	0,788**	0,272**	1				
Tükenmişlik Ölçeği (5)	0,460**	0,570**	0,534**	0,371**	1			
Duygusal Tükenme (6)	0,548**	0,575**	0,643**	0,266**	0,869**	1		
Duyarsızlaşma (7)	0,448**	0,555**	0,490**	0,393**	0,868**	0,747**	1	
Kişisel Başarı Hissi (8)	-0,29	-0,097	-0,005	-0,163**	-0,484	-0,113	-0,121*	1

4.4. Değişkenler Arasındaki Etki İçin Yapılan Analiz Sonuçları

Tablo 11’de katılımcıların iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik algıları arasındaki etkinin belirlenmesi için yapılan regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Regresyon analizleri için ön şart niteliğindeki koşullar, Durbin Watson değerleri ve çoklu bağlantıyı gösteren Tolerance ve VIF değerleridir (Alpar, 2022). Bu değerlerin kabul edilebilir ve buna göre regresyon modellerinin kullanılabilir olduğu söylenebilir. Tablo incelendiğinde; iş yükü fazlalığının iş-aile çatışmasına etkisi %26,5; iş yükü fazlalığının tükenmişliğe etkisi %21,2 ve iş-aile çatışmasının tükenmişliğe etkisi %32,4’tür. İş yükü fazlalığı ve iş-aile çatışmasının tükenmişliğe etkisi %36,2’dir. Beta katsayına göre modele iş-aile çatışması daha fazla katkı sağlamıştır.

Tablo 11. Araştırmanın Katılımcılarının İş Yükü Fazlalığı, İş-Aile Çatışması ve Tükenmişlik Algıları Arasındaki Etkinin Belirlenmesi İçin Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	S.H.	β	t	p	R	R ²	F	p	Durbin - Watson	Collinearity Statistics	
												Tolerance	VIF
İş-Aile Çatışması	(Sabit)	1,544	0,162		9,549	0,000	0,515	0,265	100,268	0,000	1,768	1,000	1,000
	İş Yükü Fazlalığı	0,441	0,044	0,515	10,031	0,000							
Tükenmişlik	(Sabit)	1,760	0,133		13,234	0,000	0,460	0,212	74,906	0,000	1,697	1,000	1,000
	İş Yükü Fazlalığı	0,313	0,036	0,460	8,655	0,000							
Tükenmişlik	(Sabit)	1,465	0,126		11,659	0,000	0,570	0,324	134,026	0,000	1,690	1,000	1,000
	İş-Aile Çatışması	0,452	0,039	0,570	11,577	0,000							
Tükenmişlik	(Sabit)	1,205	0,138		8,728	0,000	0,602	0,362	78,986	0,000	1,739	0,735	1,361
	İş Yükü Fazlalığı	0,154	0,038	0,227	4,062	0,000							
	İş-Aile Çatışması	0,360	0,044	0,453	8,105	0,000							

Analiz sonuçlarından yola çıkarak araştırmanın hipotezlerinin Tablo 12’de görüldüğü gibi sonuçlandığı söylenebilir. Tablo incelendiğinde hipotezlerin ilk dördünün kabul edildiği, kalan üçünün ise kısmen kabul edildiği görülmektedir.

Tablo 12. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Hipotezler		Sonuç
H1	İş yükü fazlalığı, iş-aile çatışmasını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.	Kabul
H2	İş yükü fazlalığı, tükenmişliği istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.	Kabul
H3	İş-aile çatışması, tükenmişliği istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.	Kabul
H4	İş yükü fazlalığı ve iş-aile çatışması, tükenmişliği istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.	Kabul
H5	Katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre iş yükü fazlalığı algısı farklılık gösterir.	Kısmen kabul
H6	Katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre iş-aile çatışması farklılık gösterir.	Kısmen kabul
H7	Katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre tükenmişlik farklılık gösterir.	Kısmen kabul

V. TARTIŞMA

Bu çalışmada, HÖASH’de görev yapan 112 acil ambulans hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı algıları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca çalışmada iş-aile çatışması, tükenmişlik ve iş yükü fazlalığı

algılarının katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılık oluşturup oluşturmadığının ortaya konulması hedeflenmiştir.

Bu araştırmanın değişkenlerine ilişkin istatistikler incelendiğinde çalışmaya katılan kişilerin iş yükü fazlalığı ve iş-aile çatışması algılarının orta düzeyde ve tükenmişlik algılarının ise düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Alanyazın incelendiğinde, Bozkurt ve Elmaoğlu (2021) tarafından yürütülen bir çalışmada, sağlık çalışanlarında iş yükü fazlalığı algısının orta seviyenin üstünde olduğu bulgusu elde edilmiştir. İşyükü fazlalığı algısının Covid-19 pandemisi ile birlikte artabildiğini belirten çalışmalar alanyazında mevcuttur (Yüncü ve Yılan, 2020; Uyurdağ vd., 2021). Özellikle acil sağlık hizmetleriyle ilişkilendirildiğinde, Covid-19 pandemisi bu birimde çalışan personelin iş yükünde artışa sebep olabilir. Alanyazında sağlık çalışanlarında iş-aile çatışması algılarının orta düzeyde olduğunu tespit eden başka çalışmalar mevcuttur (Akbolat vd., 2016; Akkan, 2022). Sağlık sektöründe görev yapan çalışanlar acil müdahaleler, gece nöbetleri, yöneticilerin tutum ve davranışları, mobbing, iş yükü fazlalığı, hasta yakınları ile yaşanan problemler, görev tanımında belirsizlik, yoğun stres gibi birçok durumla karşılaşabilmektedir. Bu durumlar, çalışanların iş dışı kalan zamanlarda aileleri ile olan ilişkilerine yansiyabilir ve iş aile çatışması yaşamalarına sebep olabilir. Hoşgör vd. (2021) tarafından sağlık çalışanlarında yürütülen bir çalışmada, bu çalışmanın bulgularıyla tutarlı olarak tükenmişliğin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ancak alanyazın incelendiğinde, sağlık çalışanlarında tükenmişliğin Covid-19'a bağlı olarak artabileceği belirtilmektedir. Özellikle pandeminin ön safhalarında görev yapan 112 acil servis personeli üzerinde yapılan bir çalışmada, koronavirüs tükenmişlik ölçeği kullanılmış olup, 112 acil servis personelinin koronavirüs tükenmişliği ortalamasının üzerinde tespit edilmiştir (Derya, 2021).

Bu çalışmada araştırmaya katılanların medeni durumları ile iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik ilişkisi incelenmiştir. İş yükü fazlalığı değişkeninde, evli çalışanlarda iş yükü fazlalığı algısı daha yüksek iken, bekâr çalışanlarda evli çalışanlara göre iş yükü fazlalığı algısı daha düşük düzeyde bulunmuştur. Halis (2010) tarafından öğretmenler üzerinde yapılan bir çalışmada, evli öğretmenlerin iş yükü algılarının bekâr öğretmenlere göre daha fazla olduğu bulgusu elde edilmiştir. Evli olan çalışanların aynı zamanda eşlerinin, varsa çocuklarının ve bazı durumlarda eşinin ailesinin de sorumluluklarını yüklenmesi sebebiyle aile içi sorumlulukları yaşamalarını çok fazla meşgul edebilir. Bu çalışanlar işe ve güne daha yoğun bir zihinle başlayabileceğinden, yöneticileri tarafından kendilerine verilen her iş ve sorumluluk, daha olumsuz duyguların ortaya çıkmasını tetikleyebilir. Bu yönüyle evli çalışanlar kendilerine tanımlanan iş ve sorumlulukları, ev içi sorumluları ile eş zamanlı düşünerek kendileri için aşırı iş yükü şeklinde yorumlayabilirler. İş-aile çatışması değişkeninde, evli çalışanların bekâr çalışanlara göre daha fazla iş-aile çatışması yaşadıkları bulgusu elde edilmiştir. Bu bulgu, Bragger vd. (2005), tarafından yapılan araştırmaların sonucuyla tutarlı bulunmuştur. Yürüttükleri araştırmada evli çalışanların bekâr çalışanlara göre daha fazla iş-aile çatışması yaşadığı tespit edilmiştir. Karatepe ve Kılıç (2007) tarafından yapılan çalışmada evli çalışanların bekâr çalışanlara göre daha fazla iş-aile çatışması yaşadığı bulgusuna ulaşmıştır. Baki ve Piyal (2020), yapmış oldukları çalışmada Covid-19 döneminde görev yapan sağlık çalışanlarının iş yüklerinin artması ve pandeminin meydana getirdiği kişisel risk koşullarından dolayı, bu çalışanlarda iş-aile çatışmasının daha da yükseldiğini belirtmektedir. Bu durum çalışanların hem iş hayatında hem de aile yaşantısında daha fazla sorumluluk üstlenmeleri sebebiyle, iş-aile yaşamı dengesini kuramadıklarını göstermektedir. Tükenmişlik değişkeninde, evli çalışanlar tükenmişliği daha fazla yaşamaktadır. Boyutlar açısından bakıldığında, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma evlilerde, kişisel başarı hissi ise bekârlarda istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır. Acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının incelendiği bir çalışmada, evli olan ve evli olmayanlar arasında tükenmişlik seviyesi açısından bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir. Ancak aynı çalışmada, çocuğu olan çalışanların çocuğu olmayanlara göre daha düşük düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışmalardaki bulguların farklılaşmasının sebebi, çalışanların evli olup olmamasından ziyade çalışanların yaşantısında evliliğin ve eşlerin niteliğinin belirleyici oluşudur (Erol vd.,2012).

Araştırmada, yaş değişkeni ile iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik ilişkisi ele alınmıştır. Yapılan analizler sonucunda en yüksek iş yükü fazlalığı algısı 26-30 yaş aralığında görülmüştür. En düşük iş yükü fazlalığı algısı 25 yaş ve altındaki katılımcılarda görülmektedir.

Alanyazın incelendiğinde, Sarı (2020) tarafından yapılan çalışmada, üretim işletmelerinde çalışanların yaşlarına göre iş yükü fazlalığı algısının farklılaşmadığı bulgusu elde edilmiştir. Sağlık alanında yürütülen bir diğer çalışmada da, benzer şekilde yaşa göre iş yükü fazlalığı algısının değişmediği tespit edilmiştir (Korkmazer, 2021). İş-aile çatışması düzeyleri incelendiğinde, yaş arttıkça iş-aile çatışmasının arttığı bulgusu elde edilmiş ve en yüksek iş-aile çatışması algısı 38 yaş ve üstü çalışanlarda görülmüştür. Katılımcılar arasında en düşük iş-aile çatışması, 25 yaş ve altı çalışanlarda tespit edilmiştir. Bu çalışmanın bulgularından farklı olarak Giray ve Ergin (2006) tarafından yürütülen çalışmada, çalışanlarda yaş arttıkça iş aile çatışmasının görülme oranının azaldığı bulgusu elde edilmiştir. Bu konuda farklı bulgular olmakla birlikte, yaş arttıkça bireylerin yaşam içindeki sorumlulukları artabilir. Bu durum çalışanın artan yaşla birlikte evlenmesi ve çocuk sahibi olmasıyla ilişkili olabilir. Artan yıllarla birlikte aile kurulan eşin ve çocukların sorumlulukları da bireyi etkileyebileceğinden, çalışan iş ve aile arasında dengeyi oluşturmada zorluk yaşayabilir. Yaşla birlikte, sahip olunan ebeveynlerin de yaşları arttığı için, çalışan kendi kurmuş olduğu ailesinin yanı sıra, anne veya babasının da bakım sorumluluklarını üstlenebilir. Dolayısıyla ebeveynlerinin yaşlanmaya bağlı ortaya çıkan hastalıkları ve yaşlı bakım hizmetleri de çalışan için bir gündem maddesi olup, çalışanın yaşamında iş-aile çatışmasına yol açabilir. Tükenmişlik değişkeninde, 26-30 yaş aralığındaki katılımcıların en fazla duygusal tükenme yaşayan grup olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada en az duygusal tükenme 25 yaş ve altı çalışanlarda görülmüştür. Duyarsızlaşma açısından değerlendirildiğinde en fazla 38 yaş ve üstü çalışanlar duyarsızlaşma yaşarken, en az duyarsızlaşma 25 yaş ve altı çalışanlarda saptanmıştır. Kişisel başarı hissini en az yaşayanların 38 yaş ve üstü çalışanlar olduğu; en fazla kişisel başarı hissi yaşayanların ise 25 yaş ve altındaki çalışanlar olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmanın bulgularıyla tutarlı olarak, Çevik ve Özbalcı (2020) tarafından sağlık çalışanlarında yürütülen bir çalışmada, duygusal tükenmenin genç yaştaki çalışanlarda daha yüksek ve kişisel başarı eksikliğinin ise ileri yaştaki çalışanlarda daha yoğun olduğu tespit edilmiştir. Lee ve Ashford (1993) tarafından yapılan çalışma da bu bulguyu desteklemektedir. Genç yaşlardaki çalışanların çalışma deneyimleri, daha ileri yaş grupları ile karşılaştırıldığında daha az olabilir. Dolayısıyla iş tecrübesizliği ve yaş bir arada çalışanın daha sabırsız olmasına ve duygusal olarak kendisini daha fazla yıpratmasına sebep olabilir. Çalışma yaşamında ilerleyen yaşla birlikte yönetim kademelerinde görev alma gibi birçok kariyer fırsatı ortaya çıkabilmektedir. Ancak çalışan bu fırsatlardan çeşitli sebeplerle yararlanamamışsa ve yıllar geçip yaş ilerlediğinde hala aynı işini aynı görev tanımıyla yapıyor ise, kişisel başarı hissini daha düşük düzeyde hissedebilir.

Katılımcıların eğitim durumuna göre iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik algısı incelendiğinde, eğitim durumuna göre iş yükü fazlalığı açısından anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bu bulguya göre iş yükü fazlalığı eğitim düzeyi arttıkça artmaktadır. Araştırmaya katılanların öğrenim durumuna göre iş yükü fazlalığı en çok lisansüstü mezunlarında görülmektedir. Yürütülen bir çalışmada, üretim işletmelerinde çalışanların eğitim düzeylerine göre iş yükü fazlalığı algısının farklılaşmadığı bulgusu elde edilmiştir (Sarı, 2020). Bulgular farklılaşmakla birlikte, lisansüstü eğitim düzeyinde çalışanların çalıştıkları kurumlara yalnızca fiziksel iş emeği değil, aynı zamanda zihinsel olarak da daha fazla emek verdikleri söylenebilir. Bu çalışanlar, kurumun amacına katkı sağlamaya yönelik, karşılaşılan sorunlarda çözüm üretmek için çaba ve emek göstermeye daha eğilimli olabilir. Bu sebeple, eğitim düzeyi daha düşük olan diğer çalışanlarla fiziksel olarak aynı işi yapsalar bile, yaptıkları işin yükünün daha fazla olduğu algısına sahip olabilirler. İş-aile çatışması değişkeni incelendiğinde, en yüksek iş-aile çatışması lisansüstü eğitim durumuna sahip katılımcılarda görülmüştür. Bu araştırmada eğitim durumu ile iş-aile çatışması yaşama algısı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre tükenmişliği incelenmiş, eğitim durumuna göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma, lisansüstü mezunu çalışanlarda daha yüksek bulunmuş olup; lise mezunu çalışanlarında en düşük bulunmuştur. Kişisel başarı hissi açısından bakıldığında en yüksek olan grup lise mezunları, en düşük olan grup ise lisansüstü mezunlarıdır. Hoşgör vd. (2021), tarafından yapılan çalışmada, lisansüstü eğitim alanların lise düzeyinde eğitim alan sağlık çalışanlarına göre Covid-19 pandemi döneminde daha fazla duygusal tükenme yaşadıkları tespit edilmiştir. Çalışmada eğitim düzeyi arttıkça tükenmişliğin arttığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların toplam çalışma sürelerine göre iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik algısı incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguya göre, 16 yıl ve üstü çalışanlarda iş yükü fazlalığı algısı en yüksek ve en az iş yükü fazlalığı algısı 2 yıl ve daha az çalışanlarda görülmektedir. Katılımcıların kurumda çalışma sürelerine göre, 12 yıl ve üstü çalışanlarda iş yükü fazlalığı algısı en yüksek ve en az iş yükü fazlalığı algısı 2 yıl ve daha az kurumda çalışanlarda saptanmıştır. Bu bulgu, HÖASH’de tecrübeli çalışanlara daha fazla iş yükü yüklediği şeklinde yorumlanabilir. Bir kurumda daha fazla çalışma süresine sahip olan çalışanların işi daha iyi bildiği ve ortaya çıkabilecek muhtemel riskler ve sorunlar konusunda daha fazla tecrübeye sahip olabildiği düşüncesi hâkim olabilir. İş-aile çatışması değişkeninde, toplam çalışma yılı açısından iş-aile çatışması algısı 16 yıl ve üstü çalışanlarda en fazla iken, iş-aile çatışması algısı en az olan 2 yıl ve altı çalışanlarda görülmektedir. Kurumda toplam çalışma yılı açısından iş-aile çatışması algısı değerlendirildiğinde 12 yıl ve üstü çalışanlarda en yüksek iken, 2 yıl ve altı çalışanlarda en düşük olduğu görülmektedir. Bu durum çalışma yılı arttıkça iş-aile çatışması algısının arttığını göstermektedir. Korkmazer (2018) tarafından yapılan çalışma, bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Bu bulgudan hareketle, araştırmaya katılan çalışanların toplam çalışma süreleri ve meslekte çalışma süreleri arttıkça daha fazla yıpranabildikleri ve iş-aile hayatı dengesini kurmada kendilerini daha yetersiz hissedebildikleri söylenebilir. Bu durum yaşadıkları iş-aile çatışmasını artırabilmektedir. Katılımcıların tükenmişliğinin toplam çalışma ve kurumda çalışma süresine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Araştırmada toplam çalışma açısından en fazla duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi 16 yıl ve üstü çalışanlarda görülmektedir. Duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi 2 yıl ve altı çalışanlarda daha düşük düzeyde belirlenmiştir. Kurumda çalışma süresi açısından duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi en çok yaşayanlar 12 yıl ve üstü çalışanlardır. En az duygusal tükenme yaşayanlar ise 2 yıl ve altı çalışanlardır. En az duyarsızlaşma yaşayan çalışanlar, 3-7 yıldır kurumda çalışan grupta görülmektedir. Kişisel başarı hissi en düşük olanlar 2 yıl ve altı çalışanlar, kişisel başarı hissi en yüksek grup ise 12 yıl ve üstü çalışanlardır. Sağlık çalışanlarında yürütülen bir çalışmada, bu çalışma bulgularından farklı olarak, sağlık sektöründe çalışma yıllarına göre, 0-4 yıl arasında çalışanların, 10-19 yıl ve 20 yıl ve üzeri grup ortalamasından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Arpacıoğlu vd., 2021). Bir başka çalışmada, 4 yıl veya daha az süredir hastanede çalışanlarda duyarsızlaşma seviyesinde tükenmişliğin diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (Zeybek, 2010). Bir diğer çalışmada da, bir kamu hastanesinde görev yapan personelin şu anki işyerinde çalışma sürelerinin tükenmişlik düzeyleri üzerinde bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Akbolat ve Işık, 2008). Alanyazın incelendiğinde, toplam çalışma ve kurumda çalışma süresine göre tükenmişliğe yönelik bulguların farklılaştığı, çalışanların kişisel özelliklerinin, işin doğasının ve çalışılan kuruluşun özelliklerinin de bu bulguyu etkileyebileceği söylenebilir.

Çalışanların unvanlarına göre iş-aile çatışması incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup, unvan grupları arasında en yüksek iş-aile çatışması yaşama algısı ATT çalışanlarında saptanmıştır. 112 sistemi içerisinde ATT olarak görev yapmakta olan personel daha tecrübeli oldukları için onlara daha fazla görev ve sorumluluk düşmekte bu sebepten dolayı onlara daha fazla iş yükü yüklenmekte ve bu durum iş aile çatışması yaşamalarına sebep olabilmektedir. Tükenmişlik değişkeninde, katılımcıların unvanlarına göre en yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı yaşayan çalışanların hemşireler olduğu saptanmıştır. En düşük düzeyde duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı yaşayanlar şoför unvanında görev yapanlardır. Katılımcıların kişisel başarı hissi açısından unvanları değerlendirildiğimizde, kişisel başarı hissini en çok olduğu grup şoförler iken, kişisel başarı hissini en az olduğu grup hemşireler olarak tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarında yürütülen bir çalışmada da, duygusal tükenmenin daha çok ebe ve hemşireler tarafından yaşandığı belirlenmiştir (Akbolat ve Işık, 2008; Çevik ve Özbacı, 2020). Hemşirelik mesleği, diğer sağlık çalışanlarıyla ve hastalarla yoğun iletişimin olduğu bir meslek grubudur. Dolayısıyla sürekli iletişim halinde olmak, zaman içinde sağlıklı ve sağlıksız birçok insan ilişkisinin yönetimini gerektirebilmektedir. Bu ilişkileri yönetirken sağlık hizmetlerinin hataya toleransının olmaması, genellikle acil ve ertelenemez olması özellikleri de düşünüldüğünde, hemşirelerde duygusal tükenme daha fazla görülebilir.

Çalışmanın bir diğer bulgusu, katılanların mesleği isteyerek seçme durumlarına yöneliktir. Mesleği isteyerek seçmeyen HÖASH çalışanlarında iş yükü fazlalığı algısı daha fazla iken, yapmış olduğu mesleği isteyerek yapanlarda daha az olduğu görülmektedir. HÖASH'de çalışanların yapmış oldukları mesleğin kendilerine hiç uygun olmadığını düşünenlerde iş yükü fazlalığı algısı daha yüksek bulunmuştur. İş yükü fazlalığı algısı en düşük düzeyde bulunan katılımcılar, mesleğin kendilerine uygun olduğunu düşünenlerdedir. İş-aile çatışması değişkeninde, mesleği isteyerek seçenlerde daha az iş-aile çatışması algısı görülürken, mesleğe gönülsüz başlayan katılımcılarda daha fazla iş-aile çatışması algısı olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların mesleği isteyerek seçmede ve mesleğin kendilerine uygunluğu açısından, iş-aile çatışması algısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Bireyler mesleklerini kendileri seçtiklerinde ve mesleklerinin kendilerine uygun olduğunu düşündüklerinde kendilerini o mesleğe, çalışma ortamına ve örgüte daha fazla ait hissedebilirler ve daha fazla mesleki doyum yaşayabilirler. Bu çalışanların daha mutlu olabildikleri, işlerini severek ve isteyerek yapabildikleri söylenebilir. Böyle bir durumda bu çalışanların fazladan yapacakları bir iş veya fazladan geçirecekleri bir iş zamanı, bu çalışanların iş-aile çatışması yaşamasını etkilemeyebilir. Tükenmişlik değişkeninde, mesleği isteyerek seçmeyen çalışanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma en yüksek iken, mesleği isteyerek seçen çalışanlarda en düşük düzeyde bulunmuştur. Mesleklerinin kendilerine uygun olmadığını düşünen katılımcılarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma en yüksek iken mesleğin kendilerine uygun olduğunu düşünen katılımcılarda en düşük düzeyde tespit edilmiştir. Kişisel başarı hissi açısından bakıldığında durum tam tersidir. Yakın (2014) yapmış olduğu çalışmada mesleklerini isteyerek seçmeyen çalışanlarda tükenmişliğin daha fazla olduğu bulgusuna ulaşmıştır. Mesleğini isteyerek seçen çalışanların motivasyonları, iş performansları ve mesleki tatmin seviyeleri olumlu yönde etkilenebilir. Bu çalışanlar mesleklerine yönelik daha pozitif tutumlar besleyebilir ve bu sebeple tükenmişliği daha düşük düzeyde yaşayabilirler. Ancak tersi durumda mesleğe yönelik en baştan geliştirilen negatif tutum, çalışanın verilen her sorumluluğu ve görevi bir iş yükü olarak değerlendirmesine, kendisi için bir stres yaratmasına ve sonucunda tükenmişlik yaşamasına sebep olabilir.

Katılımcıların kadro durumlarına göre iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, devlet memuru çalışanların daha yüksek düzeyde iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik yaşadığı bulgusu elde edilmiştir. Sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada da, kadrolu olarak çalışanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve sürekli kaygı puanları, sözleşmeli olarak çalışanların ortalama puanlarından daha fazla bulunmuştur (Yenirol, 2014). Bu bulgudan farklı olarak, Kılıç ve Ak (2017) tarafından yürütülen bir çalışmada, sözleşmeli çalışanların kadrolu çalışanlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadıkları bulgusu elde edilmiştir. Genel anlamda çalışma yaşamı düşünüldüğünde, kadrolu çalışanların sözleşmeli çalışanlara göre iş garantisi, ücret ve diğer sosyal haklarda daha avantajlı olduğu söylenebilir. Bu durumda sözleşmeli çalışanların kadrolu çalışanlara göre daha kaygılı olabilecekleri, iş-aile çatışmasını ve tükenmişliği daha fazla yaşayabilecekleri söylenebilir. Ancak bu çalışma bulgularından hareketle, işin doğası, işin gereklilikleri, çalışanların kişisel özellikleri ve çalışılan birimde yönetimin ve sağlık hizmeti sunulan hastaların profili de tükenmişlik algısını etkileme potansiyeline sahiptir. Bu sayılan durumlardan herhangi biriyle olumsuz bir deneyim yaşayan bir 112 çalışanı, kadrolu olarak çalışsa bile tükenmişlik algısına sahip olabilir.

Bu araştırmada iş yükü fazlalığının tükenmişliğe etki ettiği ve tükenmişliği pozitif yönde arttırdığı bulgusuna ulaşılmıştır. Daha önceki çalışmalar incelendiğinde ulaşılan sonuçların, bu çalışmanın bulgularını desteklediği görülmektedir. Kuh (2017) tarafından yürütülen çalışmada, Denizli ilinde görev yapan acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş yükü fazlalığının tükenmişlik düzeyini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Öztürk vd. (2018), tarafından yapılan çalışmada, sağlık çalışanlarının yoğun çalışma temposu sonucunda tükenmişlik yaşadıkları bulgusuna ulaşılmıştır. Çam vd. (2018), hemşirelik fakültesi öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada, iş yükü yoğunluğunun tükenmişlik nedenleri arasında olduğunu belirtmiştir. Yakut vd. (2020), tarafından 112 acil sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmada, Covid-19 pandemisi nedeniyle ASHİ' de artan iş yükü fazlalığının tükenmişliği pozitif yönde etkilediği bulgusu elde edilmiştir. Tayfur ve Aslan (2012) tarafından yapılan çalışmada, iş yükü fazlalığının çalışanların işlerinden kendilerini uzaklaştırma, işleriyle ilgili negatif tutumlar geliştirme ve kendilerini duygusal olarak tükenmiş hissetme eğilimlerini arttırdığı belirlenmiştir. Bu çalışmanın bulgularından hareketle, iş yükünün fazla olması,

112 çalışanlarının sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin doğası ile açıklanabilir. Sunulan sağlık hizmetinin çoğunlukla acil ve ertelenemez olması, yapılacak işi organize edebilecek ve yönetebilecek beceriye sahip işgücünün eksikliği, nöbet usulü çalışma temposu, çalışma saatlerinin belirsizliği, işin fiziksel güçle ilişkili olarak çalışmada yol açtığı fiziksel sağlık sorunları, yaşanan stres gibi olumsuz durumlar 112 çalışanlarının işe yönelik tutumlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu durumların sonucunda yaşanan yoğun stresle birlikte iş yükü fazlalaşan 112 çalışanları daha fazla tükenmişlik yaşayabilir.

Çalışma bulgularından hareketle, iş yükü fazlalığı işten aileye çatışmayı etkilemekte ve iş-aile çatışmasını artırmaktadır. İş yükü fazlalığı aileden işe çatışmayı da pozitif yönde etkilemektedir. Daha önceki araştırmaların bulguları, bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Korkmazer ve Aksoy (2020) tarafından yapılan çalışmada iş yükü fazlalığı algısının işten aileye çatışma ve aileden işe çatışmayı pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Atay (2020) tarafından yürütülen çalışmada, iş yükünün iş-aile çatışmasını etkilediği, iş yükü arttıkça iş-aile çatışmasının da arttığı görülmüştür. Göde (2019), hemşireler üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, iş yükü fazlalığının iş-aile çatışmasını ve aileden işe çatışmayı pozitif yönde artırdığı bulgusunu elde etmiştir. HÖASH çalışanların kesintisiz ve yoğun çalışmaları, onların iş ortamlarından kaynaklanan problemler iş aile çatışması yaşamalarına sebep olabilmektedir. Bu çalışanların mesleklerini icra ederken ağır vakalara müdahale etmeleri, yöneticiler tarafından uygulanan yıldırma davranışı, hasta yakınları tarafından kaynaklanan problemler gibi sebepler onların iş yükünü artıran ve iş aile çatışması yaşamasına pozitif yönde katkı sağlayabilmektedir.

Bu çalışmada işten aileye çatışma ve aileden işe çatışma tükenmişliğe etki etmekte ve çalışanlarda tükenmişliği artırmaktadır. Bu bulgu, diğer çalışmalarla desteklenmektedir. Çoban (2014) tarafından bankacılık sektöründe çalışanlar üzerinde yapılan çalışmada iş-aile çatışması ile tükenmişlik arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Tayfur ve Aslan (2012) tarafından yürütülen çalışmada, iş yükü arttıkça kişilerde iş-aile çatışması yaşandığı, bunun sonucunda da tükenmişliğin ortaya çıktığı belirlenmiştir. Derya (2021) tarafından 112 acil servis çalışanları üzerinde yapılan çalışmada Covid-19 pandemisinin görülmesiyle birlikte, çalışanlarda iş stresi ve iş yükünün artmasıyla iş-aile çatışmasının önemli ölçüde arttığı ve tükenmişliğin daha fazla görüldüğü bulgusuna ulaşılmıştır. 112 Ambulans hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının aşırı stres altında hizmet sunmaları, düşük ücretler, psikolojik destek hizmetlerinin olmaması, hasta ve hasta yakınlarının yaklaşımları, yöneticilerin tutum ve davranışları gibi olumsuz sebepler onların strese girmelerini, iş aile çatışması yaşayabilmekte ve bunun sonucunda da tükenmişlik görülebilmektedir.

HÖASH çalışanlarının Covid-19 pandemisi sürecinde izole olma gibi zor ve zahmetli çalışma şartları, pandemiden kaynaklı müdahale etmiş oldukları vaka sayılarının artması, beraber görev yapmış oldukları arkadaşlarının hastalanmaları sonucu tutulan nöbet sayılarında oluşan artışlar, hastalığa yakalanma ve aile bireylerini enfekte etme düşüncesi, yüksek riskli alanlarda görev yapmaları gibi nedenlerden kaynaklı iş aile çatışması, iş yükü fazlalığı ve tükenmişlik bu çalışanlarda daha fazla görülebilmektedir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsanlar yaşamlarının büyük bölümünü iş yerlerinde geçirmektedir. Bu nedenle kişilerin yaptıkları iş, onların yaşamlarında önemli bir yere sahiptir. İnsanlar yaşamlarını düzenlerken, yaptıkları işe göre kendilerini şekillendirmektedir. Bu yüzden iş, bireyin aile hayatını, yaşamını ve hemen hemen hayatındaki her şeyi etkileyebilmektedir. Yaptıkları işi isteyerek yapmayan ve işinde mutlu olmayan bireyler zamanla işyerinde, aile ortamında ve sosyal ilişkilerinde sorunlar yaşayarak tükenmektedir. Bu sebeple, bu çalışmada incelenen 112 ASHİ ve 112 KKM' de görev yapan sağlık personelinin iş ortamlarının iyileştirilmesine yönelik uygulamaların çalışanların mutluluğu için önemli olduğu düşünülmektedir. HÖASH' de görev yapan yöneticilerin sağlık personelinin iş yükünün artması, iş-aile çatışması yaşanması veya tükenmişlik oluşması gibi durumlara hazırlıklı olmaları, bu durumları önceden fark edebilmeleri ve çeşitli çözüm önerileri oluşturabilecek yeterlilik ve kapasiteye ulaşmaları önerilebilir. 112 ASHİ ve 112 KKM düzenli olarak ziyaret edilmeli, çalışanlar görevlerini

icra ederken herhangi bir sorun yaşamaları halinde onlara destek verilerek, bu çalışanların değerli olduğu hissettirilmelidir. Bu sebeple saha ziyaretlerinin çalışanların karşılaştıkları örgütsel olumsuz durumlarla mücadelede bilgi sağlayacağı ve faydalı olacağı düşünülmektedir. Çalışanların iş yüklerini azaltmak için kurum içi işleyiş sürekli gözden geçirilmeli, 112 çalışanlarının işlerini icra ederken ne gibi zorluklar yaşadıkları araştırılmalı ve bu bağlamda önlemler alınmalıdır. Çeşitli programlar ve etkinlikler düzenlenerek görev yapan personelin iş dışında sosyal bir ortamda bir araya gelmeleri sağlanmalıdır. HÖASH çalışanlarının maddi özlük haklarının yaptıkları işin zorluk ve sorumluluk derecesine göre yeniden düzenlenmesi ve iyileştirilmesi önerilebilir.

Gelecekte yapılacak ampirik çalışmalar, iş yükü fazlalığı, iş-aile çatışması ve tükenmişlik literatürünün gelişmesine katkı sağlayabilir. Sağlık kurumlarında iş-aile çatışması, iş yükü fazlalığı ve tükenmişlik konularını bir arada ele alan araştırmaların sınırlı olduğu düşünüldüğünde, bu değişkenleri içeren çalışma sayısı artırılabilir. Bu çalışmada iş-aile çatışması, iş yükü fazlalığı ve tükenmişlik konuları anket tekniğiyle incelenmektedir. Anketin yanı sıra gözlem ve yüz yüze görüşme gibi yöntemler değişkenlere yönelik farklı bakış açılarının ortaya çıkmasını sağlayabilir. Bu çalışma sadece HÖASH çalışanları üzerinde incelendiği için diğer kurumlara da uygulanması, konunun gelişimine katkı sağlayabilir.

Etik Kurul İzni: Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan E-55135017-770-30983 sayılı, 26/01 karar numaralı ve 20.10.2021 tarihli yazı ile izin alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Akbolat, M., & Işık, O. (2008). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 229-254.
- Akbolat, M., Kahraman, G., & Öztürk, T. (2016). Sağlık çalışanlarının iş yaşamında karşılaştıkları iş-aile çatışması örgütsel bağlılıklarını etkiler mi?: Sakarya ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 153-169.
- Akkan, B. (2022). *Covid-19 kliniklerinde çalışan personelin iş aile çatışması ve iş stresinin yaşam doyumuna etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sakarya.
- Alam, M. A. (2016). Techno-stress and productivity: Survey evidence from the aviation industry, *Journal of Air Transport Management*, 50(1), 62-70.
- Alpar, R. (2020). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. 6. Baskı. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Alpar, R. (2022). *Spor sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik güvenirlilik: SPSS'de çözümlene adımları ile birlikte*. 7. Baskı. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Apaydın, M. D. (2004). *Çift kariyerli ailelerde iş-aile ve aile-iş çatışmalarının kendini kurgulama düzeyleri ile ilişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Arpacıoğlu, S., Baltalı, 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.
- Atan, M., & Tekingündüz, S. (2014). Ambulans çalışanlarının (112) tükenmişlik, algılanan iş stresi ve iş tatminlerinin kişisel özelliklere göre incelenmesi. *Social Sciences*, 9(3), 54-69.

- Atay, A. (2020). *İş yükü fazlalığı ile iş aile çatışması arasındaki ilişki: kamu çalışanları üzerinde bir araştırma: Meb ankara merkez teşkilatı örneğinde.* (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Aydın, G.G. (2019). *Örgütsel aile desteğinin iş-aile çatışması ve işle bütünleşme üzerindeki etkisini açığa çıkarmaya yönelik bir araştırma.* (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Baki, S., & Piyal, B. (2020). Covid-19 pandemisi ve benzeri olağanüstü durumlarda sağlık çalışanları açısından iş-aile çatışması. *Sağlık ve Toplum*, Özel Sayı, 119-123.
- Bozkurt, İ., & Elmaoğlu, E. (2021). Koronavirüs pandemisinde sağlık çalışanlarının iş yükü fazlalığı algısı ve mesleki haz düzeyinin demografik özelliklere göre karşılaştırılması (Gaziantep örneği). *Pearson Journal of Social Sciences & Humanities*, 6(16), 365-373.
- Bragger, J. D., Rodriguez-Srednicki, O., Kutcher, E. J., Indovino, L., & Rosner, E. (2005). Work-family conflict, work-family culture, and organizational citizenship behavior among teachers. *Journal of Business and Psychology*, 20(2), 303-324.
- Çam, M. O., Ekitli, G. B., Büşra Dökmetaş, T., & Mercan, N. (2018). Ege Üniversitesi hemşirelik fakültesi öğrencilerinin tükenmişlik düzeyinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3), 89-102.
- Çarıkcı, İ. H. (2001). *Banka çalışanlarının iş ve aile rollerinin çatışması: Bireysel ve örgütsel boyutlar.* Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çelebi, İ. (2016). Çanakkale 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma durumu ve bu durumun tükenmişlik sendromu üzerine etkisi. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(2), 1-13.
- Çevik, O., & Özbalcı, A. A. (2020). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişki- Samsun ili örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(3), 1773-1787.
- Çoban, H. (2014). *İş-aile çatışması ve tükenmişlik arasındaki ilişki: Bankacılık sektöründe bir araştırma.* (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Dağdeviren, M., Eraslan, E., & Kurt, M., (2005). Çalışanların toplam iş yükü seviyelerinin belirlenmesine yönelik bir model ve uygulaması. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 20(4), 517-523.
- Deckard, G., Meterko, M., & Field, D. (1994). Physician Burnout: An examination of personal, professional, and organizational relationships. *Medical Care*, 32(7): 745-754.
- Demireli, S. (2021). *Hemşirelerde koronavirüs salgını kaynaklı, anksiyete, obsesyon ve ilişkili değişkenlerin incelenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Derya, S. (2021). The relationship of Covid-19 burnout level in 112 emergency service personnel with work stress and work-family conflict level. *Medical Records*, 3(2), 146-150.
- Dolgun, U. (2012). Tükenmişlik sendromu. Derya Ergun Özler (Eds.), *Örgütsel Davranışta Güncel Konular* içinde (287-312). Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa.
- Erol, A., Akarca, F., Değerli, V., Sert, E., Delibaş, H., Gülpek, D., & Mete, L. (2012). Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. *Klinik Psikiyatri*, 15(2), 103-110.

- Ertuğrul, E. (2010). *Üniversite uygulama ve araştırma hastanesinde çalışan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenlerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyinin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Karaelmas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Giray, M. D., & Ergin, C. (2006). Çift-kariyerli ailelerde bireylerin yaşadıkları iş-aile ve aile-iş çatışmalarının kendini kurgulama davranışı ve yaşam olayları ile ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21(57), 83-107.
- Göde, A. (2019). *Hemşirelerin İş yükü algısının iş-aile çatışması üzerine etkisinin incelenmesi: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşireler üzerinde bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.
- Halis, M. (2010). İlköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin iş güçlüklerinin örgütsel bağlılıklarına etkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26, 252-266.
- Hoşgör, D. G., Tanyel, T. Ç., Saadet, C. İ. N., & Demirsoy, S. B. (2021). Covid-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarında tükenmişlik: İstanbul ili örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 372-386.
- Hoşgör, H., Dörttepe, Z. Ü. ve Sağçan, H. (2020). Acil sağlık hizmetleri çalışanlarında Covid-19 anksiyetesi ve mesleki performans ilişkisinin tanımlayıcı değişkenler açısından incelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 865-886.
- Imoisili, O. A. (1985). *Task complexity, budget style of evaluating performance and managerial stress: an empirical investigation*. (Doctoral Thesis). University of Pittsburgh, Bradford, USA.
- Jung, H. S., & Jung, H. S. (2001). Establishment of overall workload assessment technique for various tasks and workplaces. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 28(6), 341-353.
- Karabay, M. E. (2015). Sağlık personelinin iş stresi, iş-aile çatışması ve iş-aile-hayat tatminlerine yönelik algılarının işten ayrılma niyeti üzerindeki etkilerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 13(26), 113-134.
- Karacaoğlu, K., & Çetin, İ. (2015). İş yükü ve rol belirsizliğinin çalışanların tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi: afat örneği. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 5(1), 46-69.
- Karatepe, O. M., & Kiliç, H. (2007). Relationships of supervisor support and conflicts in the work-family interface with the selected job outcomes of frontline employees. *Tourism Management*, 28(1), 238-252.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2018). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*, (5. Baskı). Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kılıç, T., & Ak, H. (2017). Kamu ve özel hastanede çalışan personellerin tükenmişlik seviyelerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 72-79.
- Kızıllı, M., Üstünkarlı, N., Erginer, D. K., & Şemin, M. İ. (2016). İzmir 112 ambulanslarında çalışan paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin anksiyete düzeyleri ve iş stresörleri. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(1), 43-54.
- Korkmazer, F. (2018). *İş yükü fazlalığı algısının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi: İş-aile çatışmasının aracı rolü*. (Doktora Tezi), İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.

- Korkmazer, F. (2021). İş yükü fazlalığı algısının çalışan performansı üzerindeki etkisinde iş tatmininin aracı rolü: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(36), 2767-2793.
- Korkmazer, F., & Aksoy, A. (2018). Sağlık çalışanlarının iş yükü fazlalığı algısının yaşam kalitesi ve iş-aile çatışması ile ilişkisi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 5(12), 607-619.
- Korkmazer, F., & Aksoy, A. (2020). İş yükü fazlalığının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinde iş-aile çatışmasının aracı rolü: Sağlık sektöründe bir uygulama. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(2), 1628-1657.
- Köken, A. A. (2020). *İzmir ilindeki aile hekimlerinin sağlık tarama davranışları, uygulamaları ve iş yükü ile ilişkisi*. (Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir.
- Kuh, M. (2017). Denizli ili acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş yükü-kontrolü, işe yabancılaşma ve tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Denizli.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal Of Applied Psychology*, 75(6), 743-747.
- Lee, R., & Ashford, B. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *applied and preventive psychology*, *Applied and Preventive Psychology*, 7(1), 63-74.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review Of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400-410.
- Özdevecioğlu, M., & Aktaş, A. (2007). Kariyer bağlılığı, mesleki bağlılık ve örgütsel bağlılığın yaşam tatmini üzerindeki etkisi: iş-aile çatışmasının rolü. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 28, 1-20.
- Özkan, Ç. (2019). İş-aile ve aile-iş çatışması: Üniversite personeli üzerine bir araştırma. *Journal Of Tourism And Gastronomy Studies*, 7(1), 574-596.
- Öztürk, H., Avan, H., & Nacar, D. (2018) Acil sağlık hizmetleri personelinin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi karamanmaraş ili örneği, *International Journal of Academic Value Studies*, 4(19), 304-309.

- Sakaoğlu, H. H., Orbatu, D., Emiroglu, 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, 1-9.
- Samancı, S., & Basım, H. N. (2018). Kendilik değerlendirmeleri ve iş yükü fazlalığının mesleki haz üzerine etkisi: Avukatlar üzerine bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*, 5(2), 169-184.
- Sarı, D. (2020). Üretim işletmelerinde iç kontrol sistemi ile iş yükü fazlalığı arasındaki ilişkinin incelenmesi: Samsun organize sanayi bölgesi örneği. İstanbul Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.
- Tayfur, Ö., & Arslan, M. (2012). Algılanan iş yükünün tükenmişlik üzerine etkisi: iş-aile çatışmasının aracı rolü. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(1), 147-172.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., & Öksüz, S. (2015). İş-aile yaşam çatışması, iş tatmini ve iş stresi arasındaki ilişkiler. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 3(4), 27-42.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2018). *Sağlık işletmeleri yönetimi*, (9. Baskı), Nobel Kitabevi, Ankara.
- Turgut, T. (2011). Çalışmaya tutkunluk: İş yükü, esnek çalışma saatleri, yönetici desteği ve iş-aile çatışması ile ilişkileri. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(3-4), 157-176.
- Turunç, Ö., & Çelik, M. (2010). Algılanan örgütsel desteğin çalışanların iş-aile, aile-iş çatışması, örgütsel özdeşleşme ve işten ayrılma niyetine etkisi: Savunma sektöründe bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(1), 209-232.
- Ulusal, D. (2021). Covid-19 pandemi döneminde kadın sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunların analizi. *Journal of International Social Research*, 14(77), 954-964.
- Uyurdağ, N., Eskicioğlu, G., Aksu, S., & Soyata, A. Z. (2021). COVID-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarında psikososyal etkilenme ile ilişkili risk etkenleri ve koruyucu etkenler: Bir sistematik derleme. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 26(1), 122-140.
- Üzümcüoğlu, Y. (2013) Bi-directional nature of work family conflict: The antecedents and outcomes of work to family conflict and family to work conflict. (Yüksek Lisans Tezi). Middle East Technical University, The Graduate School of Social Sciences, Ankara.
- Wallace, J. E. (1999). Work-to-nonwork conflict among married male and female lawyers. *Journal of Organizational Behavior*, 20(6), 797-816.
- Yakın, G. (2014). *İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personellerinin (hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni) depresyon ve tükenmişlik düzeyinin değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yakut, E., Kuru, Ö., & Güngör, Y. (2020). Sağlık personelinin covid-19 korkusu ile tükenmişliği arasındaki ilişkide aşırı iş yükü ve algılanan sosyal desteğin etkisinin yapısal eşitlik modeliyle belirlenmesi. *Ekev Akademi Dergisi*, 83, 241-262.
- Yeniyol, Z. D. (2014). *Sağlık çalışanlarının iş doyumu, kaygı ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Yıldırım, S., Öner, M., & Yenihan, B. (2014). Hemşirelerin iş-aile çatışması ve yaşam tatmini düzeyleri: Demografik özellikler açısından bir değerlendirme. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 165-182.
- Yumru, M. (2020). COVID-19 ve sağlık çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri*, 23(Ek 1), 5-6.
- Yüncü, V., & Yılan, Y. (2020). COVID-19 Pandemisinin sağlık çalışanlarına etkilerinin incelenmesi: Bir durum analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Ek Sayı (Ekim 2020), 373-401.
- Zeybek, B. (2010). *Hastane işletmelerinde örgüt iklimi ve tükenmişlik etkileşimi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

RESEARCH ARTICLE

BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF NURSING HOMES STUDIES IN THE FRAMEWORK OF HEALTH MANAGEMENT

Arzu KURŞUN *

ABSTRACT

Aging is one the unavoidable facts of humans and population aging is a major emerging problem for both developed and developing countries. Therefore, health and care in old age has been placed at the top of the agenda of countries. The study aims to bibliometrically analyze research on nursing home and identify the contribution of the field of health management to the development of this subject. Bibliometric analysis method was used in the study. As a citations, although there were 22 citations on the nursing home in 2008, with a total of 3039 citations made in 2021. The number of citations made in September/2022 is 2800. The subject received a total of 20.385 citations. The number of citations to a publication, excluding self-citations, is 16.634 and according to Scopus, its h-index is 57. As a journal, the Journal of Clinical Nursing comes first. 'Journal of Clinical Nursing' ranks first with 126 articles, 2671 citations, and 86 total link strength. Among the top 25 journals, six journals are in the fields of health management, policies and informatics. It is in the top three of the "Journal of The American Medical Director Association", which has studies in the field of health policy. This result means that the nursing home issue has a high trend in the field of health policy. The first most cited article with 197 citations is 'An international definition for nursing home' by Angela M. Sanford et al. (2015). As a result, there is extremely little research on this topic in the field of health management. However, nursing homes are not only a maintenance issue but also a big management issue. Therefore, the issue of nursing homes, which will be covered more in health management journals, will serve as a projection for creating a planned and practical health policy in relation to the care of the older people.

Keywords: Bibliometric analysis, nursing home, health management, Scopus, old age population.

ARTICLE INFO

* Assit. Prof. Dr., Giresun University, Occupational High School of Health Services, a.kurshun@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9560-7689>

Received: 12.12.2022

Accepted: 04.04.2023

Cite This Paper:

Kurşun, A. (2023). Huzurevi konulu çalışmaların sağlık yönetimi çerçevesinde bibliyometrik analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2), 425-438

HUZUREVİ KONULU ÇALIŞMALARIN SAĞLIK YÖNETİMİ ÇERÇEVESİNDE BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

Arzu KURŞUN *

ÖZ

Yaşlanma, insanların kaçınılmaz gerçeklerinden biridir ve nüfusun yaşlanması hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için ortaya çıkan büyük bir sorundur. Bu nedenle yaşlılıkta sağlık ve bakım, ülkelerin gündeminin ilk sıralarına yerleşmiştir. Bu çalışmanın amacı, huzurevi ile ilgili araştırmaları bibliyometrik olarak incelemek ve sağlık yönetimi alanının bu konunun gelişimine katkısını belirlemektir. Çalışmada bibliyometrik analiz yöntemi kullanılmıştır. Atıf olarak huzurevine 2008 yılında 22 atıf yapılmış olmasına rağmen 2021 yılında toplam 3039 atıf yapılmıştır. Eylül/2022 yılında yapılan atıf sayısı 2800'dür. Konuya kendinden alıntılar dahil toplam 20.385 atıf yapılmıştır. Bir yayına yapılan atıf sayısı, öz atıflar hariç 16.634'tür ve Scopus'a göre h-endeksi 57'dir. Dergi olarak ilk sırada 'Journal of Clinical Nursing' gelmektedir. 'Journal of Clinical Nursing' 126 makale, 2671 atıf ve 86 toplam bağlantı gücü ile ilk sırada yer almaktadır. İlk 25 dergi arasında 6 dergi ise sağlık yönetimi, politikası ve bilişimi alanındadır. Sağlık politikası alanında çalışmaları bulunan "Journal of The American Medical Director Association" dergisi de ilk üçte yer almaktadır. Bu sonuç huzurevi konusunun sağlık politikası alanında yüksek bir trende sahip olduğu anlamına gelmektedir. Ayrıca 197 atıf ile en çok atıf yapılan ilk makale, Angela M. Sanford ve arkadaşlarına (2015) aittir. Sonuçlara göre, sağlık yönetimi alanında bu konuda oldukça az araştırma bulunmaktadır. Ancak huzurevleri sadece bir bakım sorunu değil, aynı zamanda büyük bir yönetim sorunudur. Bu nedenle sağlık yönetimi dergilerinde huzurevi konusunun daha fazla ele alınması, yaşlı bakım hakkında planlı ve uygulamaya dönük bir sağlık politikasının oluşturulmasında projeksiyon vazifesi görecektir.

Anahtar kelimeler: Bibliyometrik analiz, huzurevi, sağlık yönetimi, Scopus, yaşlı nüfus.

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Giresun Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, a.kurshun@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9560-7689>

Gönderim Tarihi: 12.12.2022

Kabul Tarihi: 04.04.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Kurşun, A. (2023). Huzurevi konulu çalışmaların sağlık yönetimi çerçevesinde bibliyometrik analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2), 425-438

I. INTRODUCTION

Aging is one of the unavoidable facts of humans and population aging is a major emerging problem for both developed and developing countries. The development of health care, improved socio-economic situation and nutrition have led to an increase in life expectancy (Jadav, 2018). People all over the world are now living longer. The ratio of older people in the population is growing in all countries of the world (World Health Organization [WHO], 2022). According to current statistics, the percentage of the oldest adults (80 years and over) in Europe was 5.6% in 2015 and this percentage is estimated to increase more than double to 12.3% by 2080 (Stein et al., 2019). “Old age population” is used to describe the population of individuals aged 65 and over (Weitzel et al., 2021).

1 in 6 people in the world will be 60 years or older by 2030. The population aged 60 and over has increased from 1 billion in 2020 to 1.4 billion now. The world population aged 60 and over will double by 2050 (2.1 billion). The number of people aged 80 and over is expected to triple between 2020 and 2050, reaching 426 million (WHO, 2022). An aging population globally has encouraged researchers to focus on chronic diseases, preventive medicine, and risk factors in preparation for the health problems. The global economy and society will suffer from changes in the age distribution of the population (Martínez-Ezquerro et al., 2019).

This increasingly aging population has brought along chronic diseases associated with aging such as dementia, cardiovascular disease, and arthritis. Chronic diseases are associated with disability and functional impairment, and older adults who need daily qualified nursing care are often placed in nursing homes or long-term care homes (MClinPharm et al., 2019). It also means an increase in the number of older people living in nursing homes (Reilev et al., 2019). Most older people will have complex and difficult needs and will need long-term care in a nursing home at some point. Between 12% and 38% of the elderly die in nursing homes in Europe and this percentage is expected to raise in the future (Smets et al., 2018).

Nursing home managers are an important leader influencing both the quality of care and the working conditions among staff. Responsibilities of nursing home administrators are multifaceted and complex. Managers are responsible for staffing issues, balancing budgets, improving health care, handling daily inquiries, as well as monitoring and maintaining standards of care (Håkanson et al., 2014; Backman et al., 2021). However, factors such as high staff turnover rates, organizational process changes, increasing number of residents with complex care needs, insufficient financing, which cause interruption of care, make it difficult to provide high quality care to nursing home residents (Asante et al., 2021). Despite the recognition of the importance of the role of nursing home managers, research on nursing homes has rarely focused on these special staff. Many studies have been done on nurses, healthcare workers, and the older people in nursing homes. As a result, there is a lack of information about this staff group whose skills and leadership qualities are argued to be critical to the operation and corporate culture of a nursing home (Orellana et al., 2017).

The aim of this study is to emphasize the importance of the health care needs that will arise in nursing homes in our world where the elderly population is increasing. The secondary purpose of this study is to bibliometrically analyze research on nursing home and identify the contribution of the field of health management to the development of this subject. This study provides readers with information about (1) citation and publication structure of nursing home, (2) co-citations sources, (3) the most cited first 10 papers in nursing home, (4) bibliographic coupling network of nursing home for countries and organizations, (5) co-word analysis. Understanding nursing home researches gives us with new perspectives on an issue that needs to be properly managed in the near future. Additionally, this study can guide researchers to understand and develop trends, policies and researches in the field of health management related to nursing homes.

1.1. Nursing homes

The aging population increases the need for care and health services. At the same time, demographic aging reduces the ratio of the working-age population, deepening the longstanding problem of recruiting and retaining sufficient numbers of trained nurses. The deficiency of nurses also leads to a competition among health services for qualified worker, in which the less prestigious aged care services may exit from the market (Bratt and Gautun, 2018). Nursing homes are different from long-term aged care hospitals. Registered nurses are the only health care providers without a medical doctor in nursing homes and are responsible for patient safety as well as healthcare (Cho et al., 2020). Therefore, adequate nursing staff in nursing homes is thought to affect life and quality of care for residents (Mueller et al., 2006).

Many nurses and nursing assistants often work in more than one facility. Nursing homes also receive services from clinicians, healthcare professionals, dialysis technicians, and other non-care staff who visit multiple homes (Chen et al., 2021). An expert panel of health economists and health care researchers, and nurse researchers, educators, and administrators in long-term care by the John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing recommended a minimum of 4.5 hours of nursing care each day for each nursing home resident (Mueller et al., 2006). However, nursing home work environment studies are limited in both number and scope (White et al., 2020).

Nursing home visits can be used to effectively transition older adults from an inpatient to an outpatient setting, reduce costs and improve self-management skills (Auger et al., 2018). Additionally, the quality of care varies greatly between nursing homes. A 2014 report from the Department of Health and Human Services found that from 2012, 22% of Medicare beneficiaries receiving post-acute care in nursing homes experienced adverse events, resulting in an estimated \$2.8 billion annual overspend on hospitalizations (White et al., 2020). Health systems around the world face challenges in financing care of an aging population with multiple diseases and complex interventions (Strandås et al., 2018). As a conclusion, considering the physical and mental conditions of the elderly, nursing homes are needed and it is very important to ensure the quality of care in these centers (Khodaveisi et al., 2018).

II. MATERIAL AND METHOD

Bibliometric analysis methods were used in this study. Bibliometrics helps to discover, organize and analyze large amounts of data (Gaviria-Marin et al., 2018). Bibliometrics is a field of research that applies mathematical and statistical techniques to examine publishing patterns in the distribution of information and a set of tools (Danvila-del-Valle et al., 2019). Bibliometric analysis presents researchers and relevant stakeholders the opportunity to gain an informative understanding of the field of study and encourages interdisciplinary collaboration (Guo et al., 2020). The study was analyzed using bibliometric analysis techniques such as performance analysis (total publications, total citations etc.), science mapping (citation, co-citation, bibliographic coupling, co-word analyses etc.), and network analysis (degree of centrality, clustering, visualization etc.) (Donthu et al., 2021). Additionally, Vosviewer 1.6.18 package program was used to establish network links.

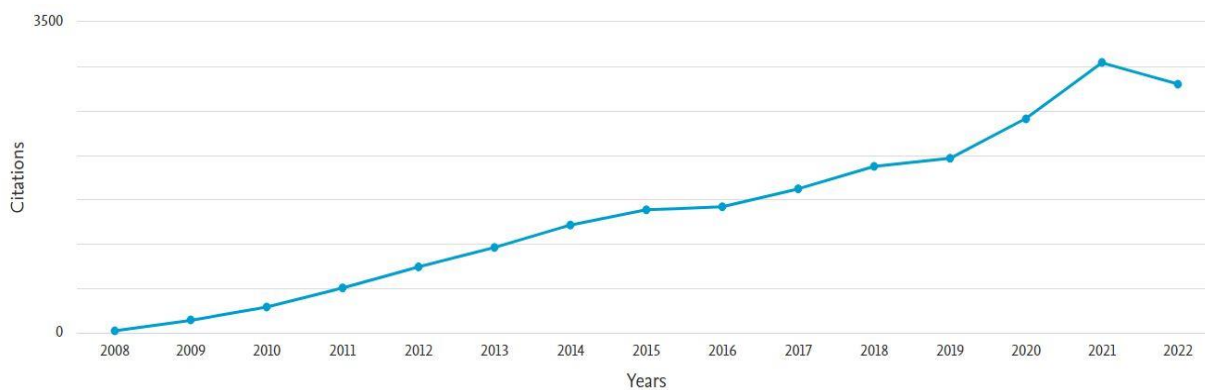
Scopus was used as a database in the study. Because some studies have found that Scopus is more beneficial than Web of Science (Sánchez et al., 2017). Then, the keywords were determined. The words 'Nurse Home' OR 'Nursing Home' AND 'Health Management' were searched on Scopus. As a second step, the literature review has been limited to health professions, business-management-accounting, and nursing. After the subject areas were determined, all journals with weak links were removed. The study also includes studies between the years 2008-2022. Finally, by selecting the "article" and "review" options, a total of 1402 documents were found.

III. RESULTS

3.1. Performance Analysis

Figure 1 shows the trend of citation to the topic 'nursing home' over 15 years. Although there were 22 citations on this topic in 2008, it has followed a growing trend over time, with a total of 3039 citations made in 2021. The number of citations made in September/2022 is 2800. The subject received a total of 20385 citations, including self-cited citations between the examined dates. The number of citations to a publication, excluding self-citations, is 16634 and according to Scopus, its h-index is 57. Generally, the citation and publication status of 'nurse home' in many health sciences and management journals have an increasing trend.

Figure 1. Citations to Nurse Home by Years



3.2. Top Journals

Table 1 shows the bibliometric results of the top 25 journals for nurse home. According to Table 1, 'Journal of Clinical Nursing' ranks first with 126 articles, 2671 citations, and 86 total link strength. It is followed by the 'International Journal of Nursing Studies' with 55 articles, 1749 citations and 50 total link strength. In the third place is the 'Journal of The American Medical Directors Association' with 62 articles, 1668 citations and 46 total link strength. The H-index of all three journals according to the scimago journal is, respectively 109, 121, and 102. Additionally, the JCR Quartile in all three journals is Q1. It is very important that the "Journal of The American Medical Directors Association", which has studies in the field of health policy, is in the top three. This result means that the nurse home issue has a high trend in the field of health policy.

Furthermore, 6 journals in the first 25 journals, health management, policy, and informatics journals, may indicate that the nursing home issue will be among the current issues in the future. Considering the co-citations sources, 'Journal of Advanced Nursing' takes the first place with 910 citations and 24748 total link strength. In second place is the 'Journal of Clinical Nursing' with 506 citations and 14926 total link strength. It is followed by the 'gerontologist' journal with 354 citations and 7753 total link strength, taking the third place. Both bibliometric analysis include the 'Journal of Clinical Nursing' and nurse home is the leading journal in its field. The visual of the co-citations source analysis is given in Figure 2.

3.3. Top-cited Articles

Table 2 shows the most cited first 10 studies in nurse home. The first most cited article with 197 citations is 'An international definition for nursing home' by Angela M. Sanford et al. (2015). In this study, information about the term 'nurse home' was requested from 17 countries with the survey

method and different definitions emerged. 'What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature' was placed in the second place with 157 citations.

This study was conducted by Alejandra Recio-Saucedo et al. (2018). It also examined the impact of non-nursing home nursing care on patient outcomes. Health staffs and patients identified that the care given or received is not effective when the number of staff is insufficient. 'Disparities in Pain Management Between Cognitively Intact and Cognitively Impaired Nursing Home Residents' is the third place with 128 citations, by Kimberly S. Reynolds et al. (2008). This study tested the relationship between the cognitive disorders of nursing home residents and pain management practices. They conclude that pain is not adequately defined in nursing home residents with cognitive impairment and pain management.

Figure 3 shows the most influential authors about nurse home. The most productive author on this subject is Nicholas G. Castle, with 10 publications. Furthermore, the author's nurse home-oriented articles received a total of 206 citations. Marilyn J. Rantz ranks second in the list with 8 publications and received a total of 239 citations. Colleen Galambos ranks third with 7 publications and has a total of 203 citations.

Figure 3. The Most Influential Writers in Nurse Home

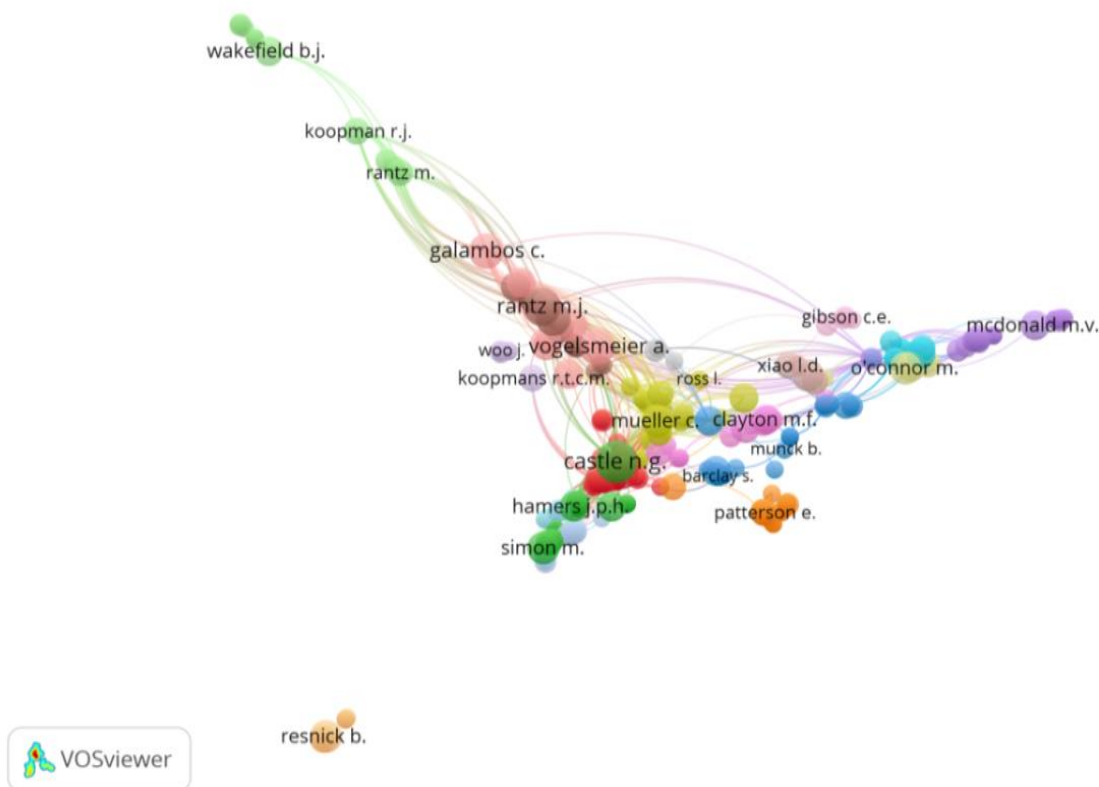


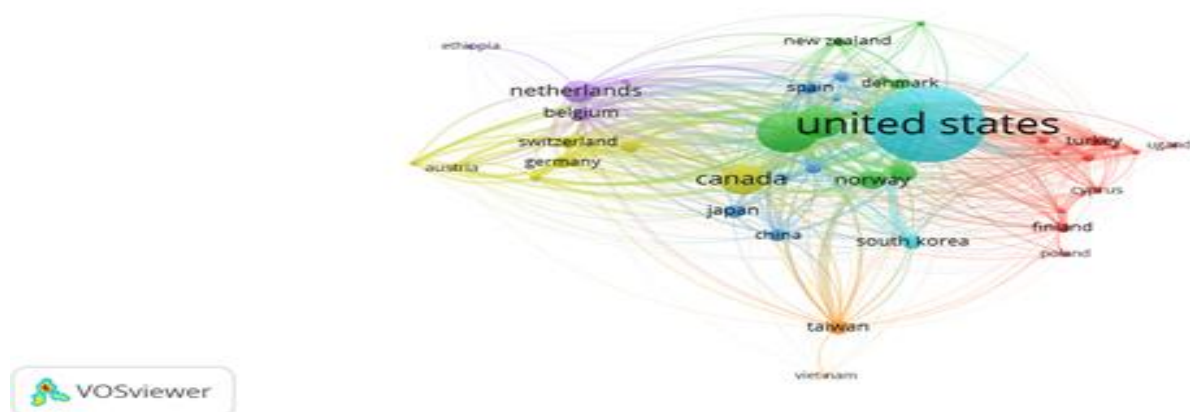
Table 1. Top Journals for Bibliometric Reviews of Nurse Home

	Sources	Health Policy and Management Journal	Articles	Citations	Total Link Strength	Publisher	h-index	JCR Quartile	Scopus Research Category
1	Journal of Clinical Nursing	No	126	2671	86	Wiley-Blackwell	109	Q1	Nursing
2	International Journal of Nursing Studies	No	55	1749	50	Elsevier	121	Q1	Nursing
3	Journal of The American Medical Directors Association	Yes	62	1668	46	Elsevier	102	Q1	Nursing
4	Journal of Advanced Nursing	No	77	1455	49	Wiley-Blackwell	161	Q1	Nursing
5	Journal of Nursing Management	Yes	61	1175	60	Wiley-Blackwell	83	Q1	Business, Management
6	Telemedicine and E-Health	Yes	28	762	7	Mary Ann Liebert	81	Q1-Q2	Health Professions
7	Home Healthcare Nurse	No	95	492	25	Lippincott, Williams & Wilkins	-	-	Nursing
8	Journal of Palliative Medicine	No	23	429	10	Mary Ann Liebert	95	Q1	Nursing
9	Nurse Education Today	No	19	423	5	Churchill Livingstone	84	Q1	Nursing
10	Journal of Pain and Symptom Management	No	21	414	15	Elsevier	147	Q1	Nursing
11	Health Care Management Review	Yes	15	407	26	Lippincott, Williams & Wilkins	59	Q1	Business, Management
12	International Journal of Palliative Nursing	No	28	367	12	MA Healthcare	42	Q2	Nursing
13	British Journal of Community	No	70	360	20	MA Healthcare	31	Q3	Nursing
14	Public Health Nursing	No	34	331	16	Wiley-Blackwell	57	Q2	Nursing
15	Journal of Applied gerontology	No	12	317	24	SAGE Publications	54	Q1	Nursing
16	Geriatric Nursing	No	30	311	24	Mosby Inc.	45	Q2	Nursing
17	Health and Social Care in The Community	Yes	21	297	30	Wiley-Blackwell	71	Q2	Medicine/Health Policy
18	International Nursing Review	No	18	286	6	Wiley-Blackwell	56	Q1	Nursing
19	CIN - Computers Informatics Nursing	Yes	16	272	9	Lippincott, Williams & Wilkins	47	Q3	Medicine/Health Informatics
20	Nursing Outlook	No	16	230	26	Mosby Inc.	61	Q1	Nursing
21	Journal of The American Academy of Nurse Practitioner	No	7	202	1	Wiley-Blackwell	48	Q2	Nursing
22	Contemporary Nurse	No	15	200	5	Taylor and Francis	45	Q2	Nursing
23	American Journal of Nursing	No	23	166	8	Lippincott, Williams & Wilkins	58	Q3	Nursing
24	Clinical Nursing Research	No	6	160	2	SAGE Publications	44	Q2	Nursing
25	Home Healthcare Now	Yes	62	158	30	Lippincott, Williams & Wilkins	27	Q3	Nursing

3.4. Bibliographic Coupling Network of Nurse Home for Countries and Organizations

Bibliographic coupling indicates the extent to which two articles cite to the same articles. While the bibliographic link has been criticized for speculating on future research based on current trends, it is still a useful tool for positioning current contributions to the field (Bernatović et al., 2022). In Figure 4, the bibliometric coupling of the most productive and effective countries in nurse home is given.

Figure 4. Bibliometric Coupling of The Most Efficient and Effective Countries in Nurse Home



The United States is the most productive and effective country for nurse home with 668 documents, 8419 citation, and 13401 total link strength. The United Kingdom is in second place with 190 documents, 2951 citation, and 6862 total link strength; 116 documents in Australia ranks third with 2412 citation and 6476 total link strength. Canada (2337 citations), Netherlands (1522 citations), Norway (958 citations), Italy (744 citations), Sweden (727 citations), Germany (697 citations), and Hong kong (544 citations) are listed in the bibliometric coupling category, respectively. It is remarkable that there is only one Asian country among the top 10 countries. Additionally, Turkey ranks 20th with 11 documents, 242 citation and 345 total link strength. The aging of the population is one of the reasons why European countries are in the top rank. South Korea, China, Japan, Taiwan, and Lebanon are ranked in the top 20 countries. Nurse home literature is generally concentrated in America, Europe and The Far East countries.

The bibliometric coupling of the most effective institutions for the nursing home was also examined. At the top of the list is Sinclair School of Nursing (10 documents, 157 citations, 861 total link strength) affiliated to the University of Missouri from the USA. This institution is highly developed in co-authorship and is a school that has contributed to the literature on nurse home. It is followed by Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing (9 documents, 202 citations, 537 total link strength) from the University of Toronto, Canada. Department of Nursing (7 documents, 205 citations, 367 total link strength) of Umeå University, Sweden, comes in third place. Looking at the top 10, there are 4 America, 3 Canada, 1 Sweden, 1 United Kingdom and 1 Hong Kong institutions.

3.5. Co-word Analysis

Co-word analysis is a content technique that is effective in mapping the strength of the relationship between information items in textual data. Visualizing results with bibliometric mapping based on co-word analysis is a listing of the most important keywords for each research area (De la Hoz-Correa et al., 2018). The co-word analysis of this study is shown in Figure 5.

Figure 5. Co-word Analysis as Density for Nurse Home Related Keywords

When the studies are examined, there is a connection with subjects such as nursing, long-term care, palliative care, home care, dementia, qualitative research, older people, heart failure, telehealth, primary care, case management, patient safety, community nursing, home health care, older adults, self-management, telemedicine, quality improvement, health promotion, and medication management.

IV. CONCLUSION

This study examined publications on nurse home between the years 2008-2022 within the framework of health management. Nurse home has shown an increase in quantity over the years in health management and nursing journals. A total of 20385 citations were made to 1402 publications. The journal with the most publications on the subject is the 'Journal of Clinical Nursing' with 126 articles, 2671 citations, and 86 total link Strength. The most cited article is "An International Definition for Nursing Home" written by Angela M. Sanford et al. (2015) with 197 citations. The United States is one of the most productive and effective countries for nurse home. The most influential institution is the Sinclair School of Nursing, affiliated with the University of Missouri in the USA. In the field of health management, there are scarcely any studies on the subject. Nursing journals and nurse researchers mostly investigated to the subject. However, nurse home is not only a nursing care issue, but also a major management issue. Because the world population is getting older. It is the duty of health managers to maintain the health of the elderly population, to increase the quality of health by reducing the costs of care, and to provide effective service at all levels of care by creating new health policies.

In particular, the European continent is facing an aging population. The aging of the population will affect the workforce and economic factors. However, the biggest impact of aging in the field of health is the increase in the burden of chronic diseases. The presence of health managers is essential for controlling the quality of care needed for both chronic diseases and old age.

Managers affect the quality of care and life of the elderly in nursing homes. However, there is inadequate information on what administrative factors are associated with the ability to influence nursing home care (Castle et al., 2015). For this reason, addressing the nurse home issue more in health management journals will serve as a projection for the creation of a planned and practical health policy about elderly care. The third place of the Journal of The American Medical Directors Association, which has studies in the field of health policy, emphasizes the importance of the subject. At the same time, 'Health Care Management Review' with Q1 Quartile, one of the most important journals in the field, is in the 11th place among journals. Furthermore, the studies on nurse home generally remain at the national level. The international partnerships of researchers in future studies increase the quality of nurse homes by providing comparison of elderly care and nurse homes on an international platform. Nurse home literature is generally concentrated in America, Europe and The

Far East countries. Finally, nurse home has a strong relationship with topics such as long-term care, palliative care, heart failure, telehealth, primary care, telemedicine, quality improvement, patient safety, health promotion.

It is recommended to conduct research on many subjects such as patient complaints management, patient rights, medical social work, home care services, health expenditures, cost management in nurses' homes, facility security, human resources planning and data-based management related to the field of health management.

Ethical Approval: Ethics committee report is not required for this study.

REFERENCES

- Auger, K. A., Simmons, J. M., Tubbs-Cooley, H. L., Sucharew, H. J., Statile, A. M., Pickler, R. H., Sauers-Ford, H. S., Gold, J. M., Khoury, J. C., Beck, A. F., Wade-Murphy, S., Kuhnell, P., Shah, S. S., & H2O Trial study group (2018). Postdischarge nurse home visits and reuse: The hospital to home outcomes (H2O) trial. *Pediatrics*, *142*(1), e20173919. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3919>
- Asante, B. L., Zúñiga, F., & Favez, L. (2021). Quality of care is what we make of it: a qualitative study of managers' perspectives on quality of care in high-performing nursing homes. *BMC Health Services Research*, *21*, 1090. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07113-9>
- Backhaus, R., Verbeek, H., Van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. (2014). Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: A systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, *15*(6), 383-393. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.080>
- Backman, A., Lindkvist, M., Lövheim, H., Sjögren, K., & Edvardsson, D. (2021). Longitudinal changes in nursing home leadership, direct care staff job strain and social support in Swedish nursing homes—findings from the U-AGE SWENIS study. *International Journal of Older People Nursing*, *18*, 1377-1388. <https://doi.org/10.1111/jocn.15999>
- Bratt, C., & Gautun, H. (2018). Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing. *Journal of Nursing Management*, *26*, 1074-1082. <https://doi.org/10.1111/jonm.12639>
- Bernatović, I., Gomezel, A. S., & Černe, M. (2022). Mapping the knowledge-hiding field and its future prospects: A bibliometric co-citation, co-word, and coupling analysis. *Knowledge Management Research & Practice*, *20*(3), 394-409. <https://doi.org/10.1080/14778238.2021.1945963>
- Castle, N.G., Furnier, J., Ferguson-Rome, J. C., Olson, D., & Johs-Artisensi, J. (2015). Quality of care and long-term care administrators' education: Does it make a difference?. *Health Care Management Review*, *40*(1), 35-45. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000007>
- Chen, M.K., Chevalier, J. A., & Long, E. F. (2020). Nursing home staff networks and COVID-19. *National Bureau of Economic Research*. <https://doi.org/10.3386/w27608>
- Cho, E., Kim, I. S., Lee, T. W., Kim, G. S., Lee, H., & Min, D. (2020). Effects of registered nurse staffing on quality of care and resident outcomes in nursing homes. *Geriatric Nursing*, *41*(6), 685-691. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.04.001>

- Danvila-del-valle, I., Estévez-mendoza, C., & Lara, F. J. (2019). Human resources training: A bibliometric analysis. *Journal of Business Research*, 101, 627-636.
- De la Hoz-Correa, A., Muñoz-Leiva, F., & Bakucz, M. (2018). Past themes and future trends in medical tourism research: A co-word analysis. *Tourism Management*, 65, 200-211. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tourman.2017.10.001>
- De Veer, A. J., Francke, A. L., Struijs, A., & Willems, D. L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International journal of Nursing Studies*, 50(1), 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017>
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N., & DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of advanced nursing*, 69(10), 2148-2161. <https://doi.org/10.1111/jan.12140>
- Donoghue, C. (2010). Nursing home staff turnover and retention: An analysis of national level data. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 89-106. <https://doi.org/10.1177/0733464809334899>
- Donthu, N., Kumar, S., Mukherjee, D., Pandey, N., & Lim, W. M. (2021). How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 133, 285-296.
- Gaviria-Marin, M., Merigo, J. M., & Popa, S. (2018). Twenty years of the journal of knowledge management: A bibliometric analysis. *Journal of Knowledge Management*, 22(8), 1655-1687. <https://doi.org/10.1108/JKM-10-2017-0497>
- Guo, Y., Hao, Z., Zhao, S., Gong, J., & Yang, F. (2020). Artificial intelligence in health care: Bibliometric analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e18228. <https://doi.org/10.2196/18228>
- Håkanson, C., Cronfalk, B. S., Henriksen, E., Norberg, A., Ternstedt, B. M., & Sandberg, J. (2015). First-line nursing home managers in Sweden and their views on leadership and palliative care. *The Open Nursing Journal*, 8, 71-78. <https://doi.org/10.2174/1874434601408010071>
- Hayes, B., Douglas, C., & Bonner, A. (2015). Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. *Journal of nursing management*, 23(5), 588-598. <https://doi.org/10.1111/jonm.12184>
- Jadav, P. A. (2018). Cognition among old age population in a rural area. *National Journal of Community Medicine*, 9(4), 240-244.
- Khodaveisi, M., Faal Araghi Nejad, A., Omidi, A., Esmaili Vardanjani, A., & Tapak, L. (2018). Comparing the structural standards of nursing homes in markazi province, Iran with international standards. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 13(3), 362-371.
- Martinez-Ezquerro, J. D., Rodriguez-Castaneda, A., Ortiz-Ramirez, M., Sanchez-Garcia, S., Rosas-Vargas, H., Sanchez-Arenas, R., & Garcia-de la Torre, P. (2019). Oxidative stress, telomere length, and frailty in an old age population. *bioRxiv*, 71, 414680.
- MClinPharm, C. H. K, Mak, V., & Huey Lee, S. W. (2019). Health outcomes of deprescribing interventions among older residents in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(3), 362-372. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.10.026>

- Mueller, C., Arling, G., Kane, R., Bershadsky, J., Holland, D., & Joy, A. (2006). Nursing home staffing standards: Their relationship to nurse staffing levels. *Gerontologist*, *46*(1), 74-80.
- Orellana, K., Manthorpe, J., & Moriarty, J. (2017). What do we know about care home managers? Findings of a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, *25*(2), 366-377. <https://doi.org/10.1111/hsc.12313>
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(11-12), 2248-2259. <https://doi.org/10.1111/jocn.14058>
- Reilev, M., Lundby, C., Jensen, J., Larsen, S. P., Hoffmann, H., & Pottegård, A. (2020). Morbidity and mortality among older people admitted to nursing home. *Age and ageing*, *49*(1), 67-73. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz136>
- Reynolds, K. S., Hanson, L. C., DeVellis, R. F., Henderson, M., & Steinhauer, K. E. (2008). Disparities in pain management between cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Pain and Symptom Management*, *35*(4), 388-396. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.01.001>
- Sánchez, A. D., Del Río, M. D. L. C., & García, J. Á. (2017). Bibliometric analysis of publications on wine tourism in the databases Scopus and WoS. *European Research on Management and Business Economics*, *23*(1), 8-15.
- Sanford, A. M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A. M., Arai, H., Bauer, J. M., Cruz-Jentoft, A. J., Dong, B., Ga, H., Goel, A., Hajjar, R., Holmerova, I., Katz, P. R., Koopmans, R. T., Rolland, Y., Visvanathan, R., Woo, J., Morley, J. E., & Vellas, B. (2015). An international definition for "nursing home". *Journal of the American Medical Directors Association*, *16*(3), 181-184. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.12.013>
- Simon, M., Tackenberg, P., Nienhaus, A., Estryng-Behar, M., Conway, P. M., & Hasselhorn, H. M. (2008). Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospitals, nursing homes and home care in seven countries--results from the European NEXT-Study. *International journal of nursing studies*, *45*(1), 24-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.11.003>
- Smets, T., Pivodic, L., Piers, R., Pasman, H. R. W., Engels, Y., Szczerbińska, K., Kylänen, M., Gambassi, G., Payne, S., Deliens, L., & Van den Block, L. (2018). The palliative care knowledge of nursing home staff: The EU FP7 PACE cross-sectional survey in 322 nursing homes in six European countries. *Palliative Medicine*, *32*(9), 1487-1497. <https://doi.org/10.1177/0269216318785295>
- Stein, J., Liegert, P., Dorow, M., König, H., & Riedel-Heller, S.G. (2019). Unmet health care needs in old age and their association with depression – results of a population-representative survey. *Journal of Affective Disorders*, *245*, 998-1006.
- Strandås, M., Wackerhausen, S., & Bondas, T. (2019). The nurse-patient relationship in the new public management era, in public home care: A focused ethnography. *Journal of advanced nursing*, *75*(2), 400-411. <https://doi.org/10.1111/jan.13850>
- Weitzel, E. C., Löbner, M., Röhr, S., Pabst, A., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2021). Prevalence of High Resilience in Old Age and Association with Perceived Threat of COVID-19-Results from a Representative Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(13), 7173.

- White, E. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & McHugh, M. D. (2020). Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. *Geriatric nursing*, 41(2), 158–164.
- World Health Organization. (2022). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

ARAŞTIRMA MAKALESİ

İSTİSMARCI YÖNETİMİN NEGATİF İŞYERİ DEDİKODUSUNA ETKİSİNDE DUYGUSAL ÖZ YETERLİLİĞİN ROLÜ

Ramazan ÇOBAN *
Berat ÇİÇEK **


ÖZ

Örgütsel yaşamda çalışan davranışlarını olumsuz etkileyen konulardan biri olan istismarcı yönetim, fiziksel temas haricinde yöneticiler tarafından astlara karşı sürekli olarak sergilenen sözlü ya da sözsüz düşmanca davranışlar hakkında çalışanların öznel değerlendirmelerini ifade etmektedir. Bu çalışmada istismarcı yönetim tarzının negatif işyeri dedikodusu üzerindeki etkisi ve bu iki değişken arasındaki ilişkide duygusal öz yeterliliğin aracı rolünün ortaya konulması amaçlanmıştır. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi için nicel araştırma yöntemi benimsenmiştir. Veri toplamak amacıyla anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın ana kütesini Malatya ilinde sağlık sektöründe görev yapan çalışanlar oluşturmaktadır. Kolayda örnekleme yöntemi ile 369 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Elde edilen verilerin analizi için ikinci nesil bir istatistik analiz yöntemi olan yapısal eşitlik modellemesi (YEM) yöntemi kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, doğrudan etki analizleri sonucunda istismarcı yönetimin negatif işyeri dedikodusu üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu görülmüştür. Ayrıca, istismarcı yönetimin duygusal öz yeterliliği negatif olarak etkilediği ve öz yeterlilik algısının ise negatif işyeri dedikodusunu negatif olarak etkilediği belirlenmiştir. Yapılan dolaylı etki analizi sonucuna göre çalışanların duygusal öz yeterlilik algısının istismarcı yönetim ile negatif işyeri dedikodusu arasındaki ilişkiye tam aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma sonuçlarının istismarcı yönetim, negatif işyeri dedikodusu ve duygusal öz yeterlilik kavramları ile ilgili literatüre katkı sağlayacağı ve gelecekte bu kavramlarla ilgili yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İstismarcı yönetim, negatif işyeri dedikodusu, duygusal öz yeterlilik, sağlık sektörü.

MAKALE HAKKINDA

*Öğr. Gör. Dr., Milli Savunma Üniversitesi, Hava Astsubay Meslek Yüksekokulu, Havacılık Bilimleri Bölümü, ramazancoban26@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4505-0437>

**Doç. Dr., Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Sivil Havacılık Yüksek Okulu, Havacılık Yönetimi Bölümü, berat.cicek@ozal.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4584-5862>

Gönderim Tarihi: 26.12.2022

Kabul Tarihi: 24.04.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Çoban, R., & Çiçek, B. (2023). İstismarcı Yönetimin Negatif İşyeri Dedikodusuna Etkisinde Duygusal Öz Yeterliliğin Rolü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2): 439-460

THE ROLE OF EMOTIONAL SELF-EFFICIENCY IN THE EFFECT OF ABUSIVE MANAGEMENT ON NEGATIVE WORKPLACE GOSSIP

Ramazan ÇOBAN*
Berat ÇİÇEK**

ABSTRACT

Abusive management, which is one of the issues that negatively affect employee behavior in organizational life, expresses the subjective evaluations of employees about verbal or nonverbal hostile behaviors constantly displayed by managers against subordinates, except for physical contact. In this study, it was aimed to reveal the effect of abusive management style on negative workplace gossip and the mediating role of emotional self-efficacy in the relationship between these two variables. Quantitative research method was adopted to examine the relationships between research variables. Questionnaire method was used to collect data. The population of the research consists of employees working in the health sector in Malatya city of Turkey. With the convenience sampling method, 369 health employees were reached. Structural equation modeling (SEM), a second generation statistical analysis method, was used for the analysis of the obtained data. According to the research findings, as a result of direct impact analysis, it was seen that abusive management had a positive effect on negative workplace gossip. In addition, it was determined that abusive management negatively affected emotional self-efficacy and emotional self-efficacy perception negatively affected negative workplace gossip. According to the results of the indirect effect analysis, it was concluded that the emotional self-efficacy perception of the employees fully mediated the relationship between abusive management and negative workplace gossip. It is thought that the results of the research will contribute to the literature on the concepts of abusive management, negative workplace gossip and emotional self-efficacy and will shed light on future studies on these concepts.

Keywords: Abusive management, negative workplace gossip, emotional self- efficiency, health sector.

ARTICLE INFO

*Dr., National Defense University, Air NCO Vocational School, Department of Aviation Sciences, ramazancoban26@hotmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0002-4505-0437>

**Assoc. Prof., Malatya Turgut Özal University, School of Civil Aviation, Department of Aviation Management, berat.cicek@ozal.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4584-5862>

Received: 26.12.2022

Accepted: 24.04.2023

Cite This Paper:

Çoban, R., & Çiçek, B.(2023). İstismarcı Yönetimin Negatif İşyeri Dedikodusuna Etkisinde Duygusal Öz Yeterliliğin Rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 439-460

I. GİRİŞ

Yönetim ve örgütsel davranış literatürüne bakıldığında son yıllarda yapılan araştırmalarda örgütlerdeki yıkıcı ve zararlı çalışan davranışlarına olan ilginin giderek arttığı görülmektedir. Bu araştırmaların çoğunun çalışanların zararlı örgütsel davranışlarına odaklandığı görülmekle beraber son zamanlarda yöneticilerin sergilemiş olduğu zararlı davranışlar da araştırmalara konu olmaktadır (Mitchell ve Ambrose, 2007). Örgütsel yaşamda çalışan davranışlarını olumsuz etkileyen konulardan biri olan istismarcı yönetim, fiziksel temas haricinde yöneticiler tarafından astlara karşı sürekli olarak sergilenen sözlü ya da sözsüz düşmanca davranışlar hakkında çalışanların öznel değerlendirmelerini ifade etmektedir (Tepper, 2000). Örgütsel hiyerarşik yapı içinde sergilenen istismarcı yönetim tarzında çalışanlara karşı alay etme, küçük görme, haksız yere suçlama, görmezden gelme, öfke patlaması ve kaba davranma gibi davranışlar söz konusudur. İstismarcı yönetici davranışlarına maruz kalan çalışanlarda performans düşüklüğü, tükenmişlik sendromu, işten ayrılma niyeti, iş tatminsizliği, işe devamsızlık ve adaletsizlik algısı gibi istenmeyen örgütsel davranışlar görülebilir (Ülbeği vd., 2014).

Yöneticilerin işyerindeki davranışları, çalışanlar tarafından sergilenen tutum ve davranışlarda önemli rol oynamaktadır. İstismarcı yönetime karşı çalışanlar olumsuz tepkiler ve üretkenlik karşıtı davranışlar sergileyebileceği gibi bazı durumlarda istismarcı davranışlara karşı farklı mekanizmalar ile cevap verebilirler. İşyeri dedikodusu bu mekanizmalardan biridir. Yönetici ile arasındaki güç mesafesinden çekinen astlar istismarcı davranışlara karşı tepki vermek için başka seçenekleri kalmadığında öfke ve hayal kırıklıklarını dedikodu yaparak azaltmaya çalışacaklardır (Hashimi vd., 2019). Bir işyerinde informal iletişim kanalının önemli bir bileşeni olan işyeri dedikodusu, sosyal etkileşim esnasında orda olmayan üçüncü kişiler hakkında yapılan değerlendirici konuşmalardır (Song ve Guo, 2022). İşyeri dedikodusu pozitif ya da negatif içerikli olabilir. Pozitif işyeri dedikodusu, bir çalışan hakkında yapılan olumlu değerlendirmeleri (Miller ve Jablin, 1991); negatif işyeri dedikodusu ise başkalarının arkasından kötü niyetle yapılan olumsuz değerlendirmeleri ifade eder. Negatif işyeri dedikodusu işyerinde sıklıkla görülen bir sosyal davranıştır (Kong, 2018).

Örgütsel yaşamda karşılaşılan zorluklar ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla çalışanlarda olması gereken temel özelliklerden biri duygusal öz yeterliliktir. Duygusal öz yeterlilik bireyin belirli bir alanda elde edeceği performansı tahmin etmesi ve istediği sonuçlara ulaşmak için davranışlarına olan inancıdır (Younesi vd., 2014). Öz yeterlilik, duygusal bilgileri doğru ve etkili bir şekilde işleme konusunda bireyin becerisini yönetmesidir ve aynı zamanda bireyin duygusal durumunu ve performansını etkileyen bir güç değişkenidir (Goroshit ve Hen, 2014). Bireyin yaşadığı deneyimler, çevresiyle etkileşimleri ve bireysel kaynakları öz yeterliliğin oluşması ve gelişiminde etkili olan faktörlerdir. Öz yeterliliği yüksek çalışanlar işyerinde karşılaştıkları olumsuz durumlar karşısında güçlü bir duruş sergileyerek bu durumlarla daha kolay başa çıkabilirler.

Literatür taraması ışığında yapılan bu çalışmada çalışanları olumsuz davranışlara sevk eden ve zararlı bir örgütsel davranış olan istismarcı yönetim ile negatif işyeri dedikodusu ve çalışanların algıladığı duygusal öz yeterlilik arasındaki ilişkiler nicel bir araştırma ile incelenmiştir. Yoğun iş yükü ve stres altında hiyerarşik bir örgütsel yapı içinde yöneticileri ile yakın temas içinde ve kalabalık gruplar halinde görevlerini yerine getirmeleri nedeniyle araştırma amacına daha uygun olduğu düşünüldüğünden sağlık sektörü çalışanları örneklem olarak seçilmiştir. İstismarcı yönetimin negatif işyeri dedikodusuna etkisi ve bu etkide çalışanların duygusal öz yeterliliğinin rolünün araştırılması, hem gerçek sahadaki uygulayıcılar hem de araştırmacılara istismarcı yönetimin sonuçlarının tanımlanması ve bu konuda gerekli önlemlerin alınabilmesi için yol gösterici olacağı ve gelecekte ilgili alanda yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. İstismarcı Yönetim

İstismarcı yönetim, fiziksel temas hariç olmak üzere, yöneticiler tarafından sergilenen sözlü ve sözlü olmayan düşmanca davranışlara sürekli maruz kalma konusunda çalışanlarda ortaya çıkan algıyı ifade etmektedir (Tepper, 2000: 178). Bu nedenle istismarcı yönetim, astların yöneticinin davranışlarına ilişkin gözlemlerine dayanan öznel bir değerlendirme olarak nitelendirilir. Bu değerlendirme astların kişilik ve demografik özelliklerinin yanı sıra, değerlendirmenin yapıldığı duruma göre de değişebilir. Aynı çalışan, bir yöneticinin davranışını bir durumda istismarcı görebilirken başka bir durumda görmeyebileceği gibi, iki çalışanın yöneticinin aynı davranışı konusundaki değerlendirmesi de farklı olabilir (Tepper, 2007: 265). İstismarcı yönetim tarzı, hiyerarşik örgütsel yapı içinde üst düzey pozisyondaki yöneticilerin çalışanlara karşı sergiledikleri ve fiziksel yönü bulunmayan düşmanca davranışları tanımlar. İstismarcı yöneticiler çalışanlara karşı hakir görme, özel yaşamı sorgulama, işten çıkarma ve ücretinden kesme tehdidinde bulunma, haksız yere suçlama, görmezden gelme, kaba davranma, öfkeli tavırlar sergileme, kayıtsız kalma, edepsiz konuşma, sözünü kesme, eleştirel yaklaşma gibi davranışlar içinde olabileceği gibi çalışanın yapmış olduğu bir görevi ya da başarıyı kendi yapmış gibi gösterme eğilimi içinde de olabilirler (Tepper, 2000: 178; Ülbeği vd., 2014: 2; Hoof vd., 2015: 108).

İstismarcı yönetimde yöneticilerin astlarına karşı davranışlarında bir süreklilik vardır. Kötü bir iş günü geçiren yöneticinin iş stresini çalışanlardan çıkarmaya çalışması sadece anlık ise ve devamlılık göstermiyorsa bu durum istismarcı bir yönetici davranışı olarak değerlendirilemez (Coşkuner ve Şentürk, 2017: 1701). İstismarcı yöneticiler, güç ve yetkilerini duygusuz ve keyfi olarak kullanarak çalışanlara kötü davranan kişiler olarak görülmektedir. İstismarcı yöneticilerin çalışanlara karşı aşağılayıcı, alaycı ve küçük düşürücü yakıştırmalar yaptığı, bağırıp çağırdığı ve çalışanlardan gerekli bilgileri sakladığı bilinmektedir (Ashforth, 1997; Keashly, 1998). İstismarcı ilişkilerin bazı özellikleri bulunur. İlk olarak, istismara uğrayan taraf ilişkinin gidişatını düzelterek güce sahip olamadığı ve istismar edene ekonomik olarak bağımlı olduğu zaman ilişkiyi devam ettirir. Ayrıca, istismar edilenler istismardan korkmaktan ziyade ilişkiden ayrıldığında neler olacağını bilinmezliğinden daha fazla korkarlar. İstismar eden taraf çoğunlukla istismarcı davranışlarını normal davranışları ile karıştırır. Bu durum, istismara uğrayan tarafta istismar sürecinin sona ereceği düşüncesini güçlendirir. İkinci olarak, istismarcılar genellikle söz konusu davranışlarını fark etmedikleri ya da davranışlarının sorumluluklarını almadıkları için çok azı bu davranışlarını değiştirir. İstismarcı yönetim, istismarcı davranan ya da istismara uğrayan tarafın karşı tarafla ilişkisini sonlandırana veya istismarcı yöneticinin davranışını değiştirene kadar sürebilir (Tepper, 2000: 178).

İstismarcı yönetici davranışları, söz konusu özellikleri bakımından teorik olarak işyerinde görülen yıldırıcı, zorba ve saldırgan davranışlarından ayrılır (Bolat vd., 2017: 126). Özellikle psikolojik yıldırma (mobbing) ve istismarcı yönetim kavramları çalışanlara yönelik sergilenmeleri bakımından benzerlikler taşısa da aslında farklı kavramlardır. Psikolojik yıldırma, iş hayatında bir ya da daha fazla çalışana karşı sergilenen sistematik, düşmanca ve etik dışı davranışlardır (Leymann, 1996: 65). Psikolojik yıldırma hedefindeki kişiye fiziksel ya da psikolojik zarar veren, bilinçli, saldırgan ve düşmanca eylemler içerir. Bir kişiye yönelik olumsuz davranışların psikolojik yıldırma olabilmesi için davranışın belirli aralıklarla gerçekleşmesi, belirli bir süre içinde devam etmesi, belirli bir hedefe yönelik olması ve bu davranışa maruz kalan mağdurun bu durumla başa çıkmada zorlanması gerekir (Karcıoğlu ve Çelik, 2012: 61). İstismarcı yönetici davranışlarının genellikle farkında olmadan yapılması ve normal davranışlarla karıştırılması; psikolojik yıldırmanın ise hedef kişiye karşı kasıtlı, sistematik ve daha yıkıcı bir şekilde yapılması nedeniyle iki kavram birbirinden farklıdır.

İstismarcı yöneticiler, amaç ve çıkarlarına ulaşabilmek için otoriter yöntemlerle çalışanlar üzerinde baskı kurma yoluna gidebilir. Bu tarz yöneticilerde her zaman kazanma isteği olduğu için bu yolda her türlü davranışı sergilerler (Murari, 2013: 9). Bir yönetici, üst amirleri tarafından istismara uğradığını hissettiği zaman astlarına karşı kötü davranma ihtimali artmaktadır. Bu nedenle bir seviyedeki

istismarcı yönetim, başka bir seviyede daha fazla istismarcı yönetici davranışlarının öncülü olarak ortaya çıkabilmektedir (Bushman vd., 2005). Örgüt kültürü ve normlarının istismarcı yönetim eğilimlerinin gelişmesi ve sınırlandırılması üzerinde önemli bir etkisi olabilir. Aryee ve diğerleri (2008) tarafından yapılan bir araştırmada yukarıdan aşağıya iletişim ve merkezleşmenin fazla olduğu mekanik örgütlerde organik örgütlere kıyasla istismarcı yönetimin daha fazla olduğu ve bu durumun da çalışanlarda duygusal tükenmeye ve performans düşüklüğüne neden olduğu görülmüştür.

Son dönemde yapılan bazı araştırmalarda astların istenmeyen örgütsel davranışlarının yöneticileri istismarcı davranmaya teşvik ettiği görülmektedir. Zararlı ya da yıkıcı davranan, örgütsel normlardan sapan ve hata yapan çalışanlara karşı yöneticiler istismarcı tarzı bir mesaj verme aracı olarak kullanabilmektedirler (Ahmad vd., 2019: 854). Bu kapsamda Lian ve diğerleri (2014) sosyal mübadele perspektifi ve kısasa kısas bakış açısıyla çalışanların işyerindeki sapkın davranışlarının yöneticilerin istismarcı davranışlarını tetiklediğini; Liang ve diğerleri (2016) düşük performans gösteren çalışanlara karşı yöneticilerin derin düşmanlık beslediklerini ve bu durumun da istismarcı yönetici davranışlarını kışkırttığını; Mawritz ve diğerleri (2017) ise astların zararlı ve sapkın davranışlarının yöneticinin öz denetim sürecini bozduğunu ve bu nedenle yöneticinin istismarcı davrandığını ifade etmiştir.

İstismarcı davranışlar sergileyen yöneticilerin örgütsel çıktılar ve çalışan davranışları üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu görülmektedir. İstismarcı yönetim tarzı örgütsel performansın düşmesi, maliyetlerin artması ve çalışanların işyerindeki refahının azalması gibi bir dizi örgütsel ve bireysel sonuçlar doğurur (Tepper vd., 2006; Lian vd., 2012). İstismarcı yönetimin istismara uğrayan çalışanlar, onların aileleri ve örgütsel çıktılar üzerinde zararlı ve yaygın etkileri bulunmaktadır (Courtright vd., 2016). Yöneticilerini istismarcı algılayan astlarda işten ayrılma niyetinin arttığı; iş ve yaşam tatmini ile örgütsel bağlılıkta azalma olduğu; örgütsel adalet algısının zayıfladığı; iş ve özel yaşam arasında çatışma ve psikolojik sorunların ortaya çıktığı görülmektedir (Tepper, 2000: 178). Yapılan farklı araştırmalarda istismarcı yönetimin çalışanların yaratıcılık, iletişim becerisi, iş huzuru ve performansını (Murari, 2013:10); hem duygusal hem de fiziksel işe adanmışlık algısını (Coşkuner ve Şentürk, 2017: 165) ve sosyal kimlik ile takım performansını (Priesemuth vd., 2014: 1513) azalttığı; işe yabancılaşmayı (Gürlek ve Yeşiltaş, 2020: 151); tükenmişlik sendromunu (Bolat vd., 2017: 123); ve örgütsel sessizliği (Ceribeli vd., 2021) ise arttırdığı görülmüştür.

2.2. Negatif İşyeri Dedikodusu

Dedikodu, ilkel çağlardaki avcı ve toplayıcı insan gruplarından günümüzün modern örgütlerindeki çalışan gruplarına kadar çeşitli kültür ve sosyal gruplarda yaygın olarak görülen bir olgudur (Cruz vd., 2021: 2). Dedikodu, orada olmayan bir kişi ya da kişiler hakkında genellikle resmi olmayan, gelişigüzel, sınırları çizilmemiş, doğruluğu teyit edilmemiş ayrıntıları içeren değerlendirici yorumlar yapma, duyma ya da bu yorumlara dâhil olmayı ifade eder (Foster, 2004). Dedikodu kavramını; üçüncü şahıslar hakkında değerlendirme açısından olumlu ya da olumsuz kişisel bilgi alışverişi (Bosson vd., 2006: 136) veya sosyal bir ortamın üyeleri hakkında değer yüklü bilgileri gayri resmi yollarla iletme süreci (Noon ve Delbridge, 1993: 25) olarak tanımlamak mümkündür. Dedikodu, dinamik bir süreçtir ve dedikodu yapan, dedikoduyu dinleyen veya cevaplayan ile dedikodunun hedefindeki kişi bu süreçte üçlü bir mekanizma oluşturur. Dedikodu, sosyal etkileşimin gerekli bir işlevi olarak insanların birbirleriyle sürekli bilgi alışverişinde bulunmasına ve çevrelerini anlamaları için durum değerlendirmesi yapmalarına yardımcı olur (McAndrew vd., 2007).

İnsan hayatının tamamını kaplayan bir kavram olan dedikodu, primatlar arasında yaygın olarak görülen birbirini tımar etme davranışının insanda görülen şekli olarak görülebilir. Primatlar, birbirlerinin derisi, kürkü ya da tüylerini tımar edip, çimdikleyerek temas ettiklerinde hem sosyal bağlarını güçlendirirler hem de bu durumdan zevk alırlar. İnsanlar, birbirlerini tımar edemeyecekleri için sosyal bağlarını güçlendirmek için dedikodu yaparlar (Dunbar, 2004). Dedikodu, informal mesaj kanallarının kullanılmasına imkân vererek iletişim sürecinde etkinliğin artmasına sebep olduğu için hem toplumlarda hem de örgütlerde önemli bir etkiye sahiptir (Han ve Dağlı, 2018: 833). Bu yönüyle eski bir iletişim şekli olarak insan hayatında yer alan dedikodu kavramı; günümüze kadar sosyoloji,

antropoloji, psikoloji ve modern yönetim anlayışının bir konusu haline gelen, sosyal ve örgütsel yaşamın kaçınılmaz bir bileşeni ve gerçeği olarak kabul edilmektedir (Altuntaş vd., 2017).

Çalışma hayatında işyerleri, dedikodunun ortaya çıkmasına zemin hazırlayan sosyal mekânlardır. İşyeri dedikodusu, birkaç çalışanın kendi arasında mevcut olmayan bir çalışan hakkında yaptığı, biçimsel olmayan ve değerlendirici bir sohbettir. Başka bir ifade ile işyerinde yönetsel uygulamalardaki boşluklarda kendiliğinden ortaya çıkan söylenti ve rivayetlerin çalışanların arasında paylaşılmasına işyeri dedikodusu denir (Kurland ve Pelled 2000: 429). İşyeri dedikodusu; güç ilişkileri, grup dinamikleri, grup içi ve dışı ayrımcılığın görüldüğü genellikle birbirine güvenen küçük gruplarda ortaya çıkar. İşyeri dedikodusunun birey ve grup ilişkisinin doğru yönde ilerlemesinde etkisi vardır (Çiçek ve Söylemez, 2020). Dedikodu, işyerindeki konuşmalar da dâhil olmak üzere insanların günlük konuşmalarının büyük bir bölümünü oluşturur. Araştırmalar, insanların %90'ının işyerinde yöneticiler ve iş arkadaşlarının davranışları ile sosyal etkileşimler hakkında dedikodu yaptığını göstermektedir (Grosser vd., 2012).

İşyeri dedikodusu, formal bir örgüt yapısı içinde hem bireysel kararlar hem de grupsal dinamikleri kapsayan formal ve informal kurallar tarafından düzenlenen sosyal bir etkileşim sürecidir. Bu etkileşimde olmayan üçüncü şahıs hakkında olumlu ya da olumsuz bilgilerin değiş tokuşu yapılır. Bu nedenle dedikodu kavramını önemsiz, olumsuz ya da şiddet içerikli görmemek gerekir (Agba vd., 2017: 33). Çalışanların iş ya da örgütsel yaşamla ilgili duygu, düşünce, davranış ve deneyimlerini konu alan işyeri dedikodusu içerik ve değerlendirme açısından farklı olabilir. Dedikodunun içeriği, çalışanların ya da yöneticilerin davranışları, performans seviyesi gibi işle ilgili olabileceği gibi çalışanların iş dışındaki örgütsel ve özel yaşamları ile ilgili söylentiler de olabilir. Değerlendirme açısından ise işyeri dedikodusu pozitif ve negatif dedikodu olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Kuo vd., 2015; Wu vd., 2018). Pozitif işyeri dedikodusu, yöneticiler ya da çalışanlar hakkında yapılan olumlu değerlendirmelerdir. Örgütsel sosyalleşme ile olumlu bir ilişki içinde olan pozitif işyeri dedikodusu, dedikoduya konu olan çalışanın performansı hakkında olumlu değerlendirmeler yapan, arzu edilen örgütsel davranışları anlamlı bir şekilde kutlayan, örgütsel rollerde örnek uygulamalar için standartlar belirleyen, örgütsel kahramanlar ve rol modeller belirlemeye yardımcı olan ve bir çalışan hakkında düşük riskli bilgi edinmeye katkı sağlayan çalışanlar arası konuşmalardır (Miller ve Jablin, 1991). Pozitif dedikodu grup üyeleri arasındaki işbirliği, karşılıklı davranma, güven ve itibar seviyesinin gelişmesini kolaylaştırır (Sommerfeld vd., 2008).

Değerlendirme açısından diğer bir dedikodu türü olan negatif işyeri dedikodusu, çalışanların işyerinde başkalarının arkasından kötü niyetle yaptığı olumsuz değerlendirmeleri ifade eder. Birçok araştırma insanların olumlu ya da tarafsız bilgilere kıyasla olumsuz bilgilere daha fazla dikkat ettiğini ve bu nedenle negatif işyeri dedikodusunun örgütsel ortamda yaygın olarak görülen bir sosyal davranış türü olduğunu ortaya koymaktadır (Kong, 2018: 3). Negatif işyeri dedikodusu, çalışanlar arasındaki sosyal etkileşimlere zarar veren, güven ve dayanışmaya yönelik davranışları engelleyen, çalışanların iş verimi ve tatminini azaltan ve dedikodusu yapılan kişinin örgütsel öz saygısını olumsuz etkileyen zararlı bir çalışan davranışdır (Song ve Guo, 2022: 3). Negatif işyeri dedikodusu, genellikle dürüst olmayan çalışanlar tarafından işyerindeki sosyal etkileşimleri baltalamak için ve örgütsel politikanın bir güç aracı olarak kullanılır (McAndrew vd., 2007). Böylece dedikodu sayesinde işyeri iç çekişme, gerilim ve kaosun hâkim olduğu bir ortam haline gelir. Negatif işyeri dedikodusu, çalışanlar arasında yayıldıkça kontrol edilmesi daha zor hale gelerek örgüt için daha zararlı sonuçlar doğurabilir. Bununla beraber negatif işyeri dedikodusu, örgütsel yaşamla ilgili zengin bilgiler içerdiği için birçok sorunun ortaya çıkmasını da sağlayabilir (Waddington ve Michelson, 2007).

Örgütsel yaşamdan kaynaklanan birçok faktör çalışanların işyeri dedikodusu yapmalarına neden olabilir. Bir örgütsel ortamda sosyal ağ oluşturmak, bilgi alışverişinde bulunmak, sosyal ilişkileri sürdürmek, grup dayanışmasını arttırmak, çalışanların birbiriyle eğlenmesi ya da örgütsel fonksiyonlara zarar vermek amacıyla genellikle mevcut olmayan çalışanlar hakkında yapılan yorumlayıcı sosyal konuşmalar dedikodu olarak görülür (Difonzo ve Bordia, 2007: 19). Bu faktörlere ilave olarak zararlı bir örgütsel davranış olan istismarcı yönetim çalışanların negatif işyeri dedikodusu

yapmasını tetikleyebilir. İstismarcı yönetim ve negatif işyeri dedikodusu arasındaki ilişki, sosyal mübadele teorisi kapsamında açıklanabilir. Çalışanlar işyerinde aşağılama, alay etme, azarlama, korkutma gibi istismarcı yönetici davranışlarına maruz kaldıklarında kendilerine kötü davranan yöneticiye karşılık vermek için sapkın ya da olumsuz davranışlara yönelebilir (Bennett ve Robinson 2003). Çalışanların kendilerine istismarcı davranan yöneticileri ile aralarında güç mesafesi olduğunda onlara güçlü bir tepki verme olasılıkları daha düşüktür. Bir çalışanın hiyerarşik yapı içindeki ilişkilerin doğası gereği doğrudan yöneticisine açık tepkiler vermesi kendisi için ağır sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle çalışanlar, istismarcı yönetici davranışlarına karşı daha hafif sonuçları olabilecek davranışları tercih edebilirler. Dedikodu yapmak istismarcı yönetici ile ödeşmek için iyi bir fırsat sunar (Decoster vd., 2012). İstismarcı yönetim ortaya çıktığı zaman çalışanlar örgütlerinin itibarını karalama ve işyerinde sosyal davranışlardan kaçınma eğilimi göstermektedir. Bu nedenle çalışanlar istismarcı yönetici davranışına karşı olumsuz bir tutum geliştirebilir (Zellars vd., 2002).

İstismarcı yönetim ve negatif işyeri dedikodusu ilişkisini lider üye etkileşimi teorisi ile de açıklamak mümkündür. Teori, lider ya da yöneticinin astları ile bir değişim ve etkileşim içinde olduğunu; bu etkileşim kalitesinin astların sorumlulukları, karar mekanizmalarına katılım, örgütsel kaynaklara ulaşım ve performansını etkilediğini öne sürer. Teori kapsamında düşünüldüğünde istismarcı yönetim şekli yönetici ve astlar arasındaki etkileşimi olumsuz etkileyerek bir uyumsuzluk yaşanmasına neden olabilir. Çalışanın algıladığı böyle bir uyumsuzluk ise dedikodu için gerekli olan motivasyonu sağlar (Kuo vd., 2015). Dedikodu, çalışanların yöneticilerinin davranışlarını daha iyi anlamalarını ve tahmin etmelerini sağlar. Bu durumda dedikodu bireyler ve gruplar için öfke ve hayal kırıklığını serbest bırakmanın bir yolu olarak yarar sağlayabilir (Iterson vd., 2011). Dedikodu, bir grup ortamında genellikle gözlemlenen anti sosyal davranışlara yanıt olarak ortaya çıkar. Grup içinde kuralları ihlal eden, çıkarıcı davranan ve başkalarını düşünmeyen çalışan davranışları görüldüğünde dedikodu yapan kişi bu şekilde grup üyelerini uyarabilir. Böylece dedikodu olumsuz davranışlar sergileyen kişileri sınırlamak ve cezalandırmanın bir aracı haline gelir (Beersma ve Van Kleef, 2011). Bu kapsamda çalışanlar üzerinde olumsuz bir etkisinin olduğu düşünülen istismarcı yönetim ile negatif işyeri dedikodusunun pozitif ilişki içinde olacağı düşünülmektedir.

H₁: İstismarcı yönetim, çalışanların negatif işyeri dedikodusunu artırır.

2.3. Duygusal Öz Yeterlilik

Bireylerin iş ve özel yaşamında istedikleri amaçlara ulaşmak için kendi yeteneklerine olan inançları, onları başarıya götüren yolda motive eden önemli bir faktördür. Bu kapsamda bireyin hayatı boyunca davranışlarına yön verirken ön plana çıkan öz yeterlilik kavramı, bireyin olası bir kazanımı elde etmek, bir amaca ulaşmak ya da bir durumu yönetmek amacıyla gerekli olan eylemleri organize etme ve yürütme konusunda yeteneklerine olan inançları ifade eder (Bandura, 1997). Öz yeterlilik, bireyin belirli bir durumda gelecekte sergilemesi gereken etkinlik ve verimlilik seviyesi hakkındaki inancıdır (Abdel-Hadi, 2017). Öz yeterlilik, insan davranışlarını etkileyen merkezi bir bileşen olarak insanların daha yüksek hedefler koyma, daha fazla çaba harcama, zorluklarla karşılaştığında ısrarla yoluna devam etme ve motive olarak sosyal ve durumsal taleplere karşı uyum sağlama yeteneği ve esnekliğini artırır (Gunzenhauser vd., 2013: 197). Sosyal bilişsel teori, öz yeterliliğin kuramsal alt yapısını açıklayan bir yaklaşımdır. Teori, insanların çevreleriyle etkili bir şekilde etkileşime girmelerini, eylemlerine kişisel anlamlar yüklemelerini ve eylemlerin gidişatını kişisel hedeflere göre planlamalarını ve yürütmelerini sağlayan psikolojik mekanizmaları ele alır. Teoriye göre bireyler proaktif ve yaratıcıdır. Aynı zamanda istenen sonuçlara götüren eylemleri planlama yeteneğine sahiptirler (Bandura, 1986).

Öz yeterlilik aynı zamanda başarılı bir şekilde duyguları düzenleme ve duygusal zekânın temelini oluşturur. Öz yeterlilik sadece duyguları düzenlemeyi değil aynı zamanda bireyin duygusal yetenekleri hakkındaki duygularını ve inançlarını tanıma ve anlamayı da içerir (Choi vd., 2013). Bu kapsamda duygusal öz yeterlilik bireyin başarısı, ilhamı ve ilgisinin zorunlu belirleyicileri olarak işlev gören bir değerler dizisidir. Bu değerler, motivasyonel ve duygusal baskın süreçler vasıtasıyla bir eylem yapısı

oluşturarak davranışlara yön verir. Duygusal öz yeterliliği yüksek bireyler zorluklarla karşılaşmaktan çekinmezler (Beri, 2018). Duygusal öz yeterlilik, kişinin olumsuz ve stres yaratan duygularla başa çıkma yeteneğidir. Kişinin kendini duygusal olarak yeterli görmesine, olumsuz düşünceleri bastırmasına ya da olumsuz bir duygusal durum yaşarken normal bir duygu durumuna geçmesine ve sakinleşmesine yardımcı olur. Algılanan duygusal öz yeterlilik ne kadar yüksek ise bireyin güçlükler ve sorunlar karşısında gösterdiği çabalar da artmaktadır (Bandura, 1997; Muris, 2002).

Bireyin öz yeterliliğinin oluşumu ve değişimine neden olan dört önemli kaynak bulunmaktadır. Bu kaynaklar; ustalık deneyimleri, dolaylı deneyimler, sosyal ikna ve deneyimlere psikolojik tepkilerdir. Uсталık deneyimleri, bireylerin başarılı bir şekilde performans sergiledikleri durumları ifade eder. Bir iş yapıldığında ve başarıya ulaşıldığında bireyde yeterlilik duygusu oluşur. Dolaylı deneyimler, bireylerin başkalarının başarılı bir şekilde sergiledikleri performansı gözlemleyerek kendilerini bu performansla kıyasladıkları ve bu sayede kendilerinde yeterlilikleri konusunda inançlar oluşturduğu durumlardır. Sosyal ikna, bireyin yeteneklerine ilişkin başkalarından gelen geri bildirimdir. Bu bildirim, bireyin sahip olduğu yeterliliğe olan inancı etkiler. Deneyimlere psikolojik tepkiler ise maruz kalınan durumlara karşı gösterilen bireyin fiziksel ve duygusal reaksiyonlarıdır. Birey bir davranış sergilediğinde veya bu davranışı yaptığını hayal ettiğinde ortaya çıkan fiziksel ve duygusal durumlar öz yeterliliği etkiler (Bandura 1997; Zulkosky, 2009).

Örgütsel yaşamda birçok faktör çalışanların duygusal öz yeterliliğini olumsuz yönde etkileyebilir. Belirli durumlarda etki duygusu düşük bireyler, bireysel tehdit olarak algıladıkları zor görevlerden kaçınırlar. Zor görevler ile karşılaştıklarında bireysel yetersizlikleri nedeniyle başarılı performans sergilemek yerine zorluklar karşısında hemen pes ederler. Başarısız performansları nedeniyle kendilerini yetersiz görürler ve yeteneklerine olan inançlarını kaybederek strese girerler. Stres ve depresyon, bireyin gücünü azaltarak başarısızlığına neden olur. Bununla beraber bireyin kendi kendine memnuniyetsizliği duygusal öz yetersizliğini azaltır ve güçlüklerle başa çıkabilmesini zorlaştırır (Çiçek ve Almalı, 2020: 246). Büyük negatif duygusal olumsuzlukların ortaya çıkardığı bireysel kaynak kayıpları, bireyin stresini arttırdığı gibi sosyal destek, iyimserlik ve duygusal öz yeterliliğini doğrudan olumsuz olarak etkilemektedir (Benight vd., 1999).

İşyerinde çalışanları strese sokabilecek faktörlerden biri olan istismarcı yönetim tarzı astları aşağılama, koşulsuz cezalandırma, çalışanlara çok az ilgi gösterme gibi davranışları içerdiğinden çalışanlarda çaresizlik, hayal kırıklığı ve işe yabancılaşmaya neden olabilmektedir. Çalışanlar, işyerinde fiziksel istismardan ziyade sözlü istismarcı yönetici davranışlarına daha fazla maruz kalmakta ve bu nedenle de iş tatminleri azalırken psikolojik sorunları artmaktadır. Bu nedenle istismarcı yönetim astların psikolojik sağlığını olumsuz etkileyen önemli bir örgütsel faktördür (Tepper, 2000: 179). Psikolojik açıdan zarar gören bir çalışanda psikosomatik belirtiler, kaygı ve depresyon görülebilir. İstismarcı yönetim çalışanların yaratıcılık, iletişim kurma becerisi, iş başarısı ve tatminini olumsuz olarak etkilediği gibi çalışanların tükenmişliğini de arttırmaktadır. Tükenmişlik sendromu bireylerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük başarı hissine neden olmaktadır (Bolat vd., 2017). İstismarcı yönetim sonucunda strese giren ya da tükenmişlik yaşayan bir bireyin kendisinde duygusal öz yeterliliğe neden olan kaynaklarında azalma olması muhtemeldir. Çünkü alay etme, aşağılama, küçük görme, görmezden gelme gibi istismarcı yönetici davranışlarına maruz kalan bir çalışanın duygusal olarak tüenecek, etrafına karşı duyarsızlaşacak ve bireysel başarısı düşecektir. İstismarcı yönetici davranışları, çalışanın işyerindeki deneyimleri ve bireysel performansını olumsuz olarak değerlendirmesine, başkalarının gözünde çalışanın yetersiz algılanmasına ve çalışanda başarısızlık hissine neden olabilir. Bu durum da bireyin arzuladığı hedeflere ulaşma yolunda yeteneklerine olan inancını azaltabilir. Bu kapsamda aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir.

H₂: İstismarcı yönetim, çalışanların duygusal öz yeterlilik algısını azaltır.

Duygusal öz yeterlilik hayattaki zorluklardan kaynaklanan olumsuz duygular, öfke ve hayal kırıklıklarının üstesinden gelme inancı olduğu gibi; aynı zamanda eğlence, coşku, sevinç gibi olumlu duyguları gösterme ve deneyimleme konusundaki inançtır (Totan, 2014). Duygusal öz yeterlilik işyeri

kaynaklı yaşanan zihinsel stres, baskı seviyesi ve depresyonun çalışanlar tarafından daha az hissedilmesini sağlar (El-Sayed, vd., 2014). İşyerinde çalışanlar kendilerini stres sokan durumlar ya da bireyler karşısında rahatlamak için sosyal karşılaştırma teorisi kapsamında dedikoduya konu olan bireyi ilgili konuda yetersiz görerek dedikodu yaparlar. Böylece dedikodu yapan bireylerin iyi oluş seviyeleri ve iş tatminleri artmakta stres seviyeleri ise azalmaktadır (Çiçek ve Söylemez, 2020). İşyerinde çalışanlar kendi statülerini yükseltmek, sosyal çevreleri hakkında bilgi edinmek ve sorun yaşadıkları diğer kişileri manipüle etmek amacıyla üçüncü kişiler ile ilgili sözlü ve yazılı iletişim yollarını kullanarak dedikodu yaparlar. Geleneksel olarak negatif işyeri dedikodusu, işyerinde istenmeyen olumsuz bir sosyal davranıştır (Decoster vd., 2012). Literatür taraması ışığında işyerinde rahatsız edici bir durum ya da birey karşısında güçsüz ya da yetersiz kalmalarına tepki olarak çalışanların yaşadıkları stresi azaltmak ve rahatlamak amacıyla dedikoduya yöneldiğini söylemek mümkündür. Bu açıdan bakıldığında negatif işyeri dedikodusu, çalışanlar tarafından işyerinde başa çıkmakta güçlük çekilen durumlara karşı bir çıkış yolu olarak görülebilir. Bununla birlikte çalışanların algıladığı duygusal öz yeterlilik de işyerinde karşılaşılan zorluklar karşısında bireyin yeteneklerine inancı olarak çalışanların davranışlarına yön verir. Duygusal öz yeterlilik, olumlu bireysel kaynakların kullanılması sonucu ortaya çıktığından işyerinde olumsuz durumlarla başa çıkmak için çalışanlar tarafından dedikodu yapmaya nazaran öncelikli olarak kullanılabilir. Bu nedenle de işyerinde zor ve stresli durumlarda duygusal öz yeterliliği yüksek çalışanların negatif işyeri dedikodusu yapmaya eğilimli olmadığını söylemek mümkündür. Bu kapsamda aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir.

H₃: Çalışanların duygusal öz yeterlilik algısı, negatif işyeri dedikodusunu azaltır.

Öz yeterlilik bireyin davranışlarını olduğu kadar duygusal, bilişsel ve motivasyonel süreçlerini de etkiler. Belirli bir alanda yüksek duygusal öz yeterliliğe sahip bireylerin zorluklar karşısında sebat etmesi, gerekli davranışları başlatması ve yeni davranışlarda ustalaşmayı başarması olasıdır. Bireyin işi ile ilgili yüksek duygusal öz yeterliliği, iş tatmini ve yüksek performans gibi bir dizi olumlu örgütsel ve bireysel çıktılarla ilişkilidir (Judge ve Bono, 2001). İşyerinde kişiler arasında yaşanan zorlu sosyal etkileşimler ve karşılaşmalarda öz yeterliliğe sahip bir çalışan duygusal yönetim becerilerini sergileyerek ve olumlu bir ruh haline bürünerek zorlukların üstesinden gelebilir. Zor durumlarla karşılaşan bir bireyin bu durumlar karşısında nasıl davranacağı konusunda seçenekleri vardır. Bu seçeneklerden uygun olanı harekete geçirmek ve bir değişikliğe gitmek için birey bir neden ya da güce ihtiyaç duyar. Bilişsel esnekliğe sahip bireyler zor durumlar karşısında seçenekleri olduklarının farkında olsalar da istenen davranışı sergilemek için öz yeterliliğe sahip olduklarına inanmak isterler (Martin ve Rubin, 1995). İşyerinde çalışanların karşılaştığı zorlukların başında gelen istismarcı yönetim, çalışanları değersizleştiren, strese sokan, küçük gören uygulamaları içerdiğinden bu duruma karşı çalışanlar olumsuz tutum ve davranışlar sergileme eğilimindedirler. İstismarcı yönetici davranışları nedeniyle hayal kırıklığı yaşayan ve strese giren çalışanlar bu zorlu durumla başa çıkabilmek ve yöneticilerine karşı hissettikleri olumsuz duygularını diğer çalışanlarla paylaşarak dedikodu yapmaya yönelebilirler. İstismarcı yönetimin ve negatif işyeri dedikodusu arasındaki bu ilişkide çalışanların algıladığı duygusal öz yeterlilikleri rol oynayabilir. Bu kapsamda aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir.

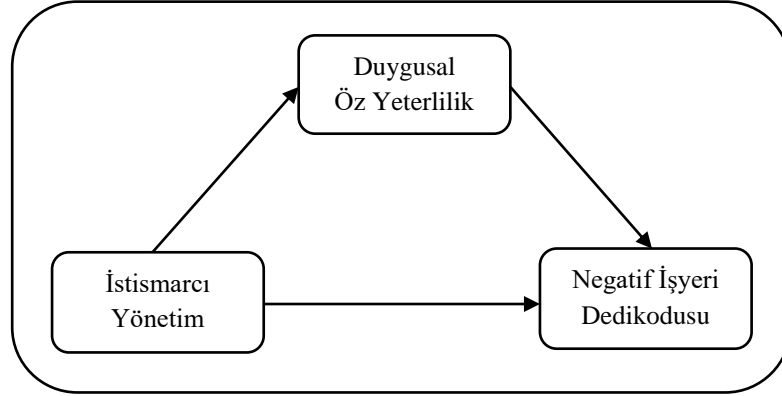
H₄: İstismarcı yönetimin negatif işyeri dedikodusuna etkisinde duygusal öz yeterliliğin aracı rolü vardır.

III. YÖNTEM

Bu araştırmada istismarcı yönetimin negatif işyeri dedikodusuna etkisinde duygusal öz yeterliliğin rolünün ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Malatya Turgut Özal Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulunun 14.11.2022 tarihli ve E-35841939-050-134395 sayılı kararı ile çalışmanın etik kurallara uygunluk onayı ve çalışmanın yapılabileceğine dair izin alınmıştır. Araştırma değişkenleri arasındaki çoklu nedensel ilişkilerin irdelenmesi için nicel araştırma ve veri toplamak amacıyla anket yönteminden yararlanılmıştır. Katılımcılara çalışmanın niteliği kısaca açıklandıktan sonra katılmak isteyen bireylere bırak-topla tekniğiyle anketler dağıtılıp

makul bir süre sonra toplanmıştır (Lovelock vd., 1976). Elde edilen verilerin analizi için ikinci nesil bir istatistik analiz yöntemi olan yapısal eşitlik modellemesi (YEM) yaklaşımı benimsenmiştir. YEM, insan davranışlarının incelendiği sosyal disiplinlerdeki teorik modellerin açıklanmasında oldukça başarılı bir yaklaşımdır (Weston ve Gore Jr, 2006). Bunun yanı sıra YEM yaklaşımı aracılık rolünün tespitinde birinci nesil regresyon yaklaşımlarına nazaran daha başarılı sonuçlar verebilmektedir (Iacobucci vd., 2007). YEM yaklaşımının yukarıda bahsedilen güçlü yönleri de göz önünde bulundurularak bu çalışma için en uygun yöntem olduğuna karar verilmiştir. Teorik temel esas alınarak oluşturulan araştırma modeli Şekil 1’de sunulmuştur.

Şekil 1. Araştırma Modeli



3.1. Araştırmanın Anakütlesi ve Örneklemi

Araştırmanın anakütlesini Malatya ilinde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Anakütlerde yer alan tüm çalışanlara ulaşmak mümkün olamayacağından örnekleme yapılmıştır. Örnekleme yöntemi olarak olasılıksız örnekleme yöntemlerinden biri olan kolayda örnekleme yöntemi seçilmiştir. Bu yöntemin tercih sebebi, yöntemin araştırmacılara maliyet, hız ve erişebilirlik açısından avantajlar sağlamasıdır (Bryman, 2016). Araştırmada sosyal arzu edilebilirlik ve ortak yöntem varyansı hatalarının oluşmaması için çalışmanın amacı, niteliği ve gizliliğini beyan eden bir kapak sayfasına yer verilmiştir (Podsakoff vd., 2003). Anket formları çeşitli kademelerde görev yapan 455 sağlık çalışanına dağıtılmıştır. 385 kişi anketi cevaplayarak iade etmiştir. Anketlerin geri dönüş oranı %84,61’dir. Anket formlarından 16’sı çoğunlukla boş bırakıldığı veya hep aynı seçeneğin işaretlenmesi nedeniyle özensiz doldurulduğu için değerlendirmeye alınmamıştır. Böylece toplam olarak 369 anket değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		N	%			N	%
Cinsiyet	Kadın	218	59,1	Mevcut İşyerinde Çalışma Süresi	1 yıldan az	31	8,4
	Erkek	151	40,9		2-5 yıl	56	15,2
Yaş	18-24	29	7,9		6-10 yıl	71	19,2
	25-34	114	30,9		11-15 yıl	61	16,5
	35-44	136	36,8		16-20 yıl	59	16
	45-54	60	16,3		20 yıl ve üzeri	91	24,7
	55 ve üzeri	30	8,1	Eğitim Durumu	İlköğretim	2	0,5
Görev Unvanı	Doktor	55	14,9		Lise	35	9,5
	Hemşire / Ebe	161	43,6		Önlisans	60	16,3
	Yardımcı Sağlık Personeli	83	22,5		Lisans	204	55,3
	Tıbbi Sekreter	38	10,3		Yüksek Lisans	51	13,8
	Diğer	32	8,7		Doktora	17	4,6

3.2. Ölçüm Araçları

İstismarcı Yönetim: Araştırmanın bağımsız değişkeni olan istismarcı yönetim tarzını ölçmek için Tepper (2000) tarafından geliştirilen 15 maddelik istismarcı yönetim ölçeğinin Mitchell ve Ambrose (2007) tarafından kısaltılarak oluşturulan 5 maddelik hali kullanılmıştır. Ölçek tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek Türkçe'ye uyarlanırken Brislin (1980) tarafından önerilen paralel kör teknikten yararlanılmıştır. Bu bağlamda, Türkçe ve İngilizce dillerine hâkim iki uzman tarafından ölçek maddeleri bağımsız olarak çevrilmiştir. Sonra uzmanlar çeviri farklılıklarını karşılaştırarak ölçek maddelerine son halini vermişlerdir.

Negatif İşyeri Dedikodusu: Araştırmanın bağımlı değişkeni için Kuo ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilen Çiçek ve Söylemez (2020) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçekten yararlanılmıştır. Ölçek pozitif işyeri dedikodusu ve negatif işyeri dedikodusu olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Bu araştırmanın amacı doğrultusunda ölçeğin negatif işyeri dedikodusu boyutu kullanılmıştır. Kullanılan negatif işyeri dedikodusu boyutu 5 maddeden oluşmaktadır.

Duygusal Öz Yeterlilik: Aracı değişken olan duygusal öz yeterlilik için Qualter ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilen, Çiçek ve Almalı (2020) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek kullanılmıştır. 10 maddeden oluşan ölçek tek boyutludur.

Tüm ölçeklerde katılımcılar tarafından verilen cevaplar 5'li Likert yöntemine göre düzenlenmiştir. Bu kapsamda cevap aralıkları, 1-Hiç Katılmıyorum ve 5-Tamamen Katılıyorum şeklinde kodlanmıştır. Veriler katılımcılardan bir defada toplandığı için araştırmada ortak yöntem varyansı hatası olma ihtimali göz önünde bulundurulmuştur. Bu nedenle veriler analiz edilmeden önce ortak yöntem varyansı hatası olup olmadığı test edilmiştir. Bu amaç doğrultusunda öncelikle Harman'ın (1960) tek-faktör testi yapılmıştır. Buna göre tüm değişkenler tek bir faktör altında döndürme yöntemi uygulanmadan faktör analizine tabi tutulmuştur. Bu işlem sonrasında tüm maddelerin açıklanan varyansı %25,04'tür. Kline (2015) bu değer %50'nin altında olması gerektiğini belirtmiştir. Elde edilen değer göz önünde bulundurulduğunda Harman kriterine göre ortak yöntem varyans hatası olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Daha sonra ortak gizil faktör yöntemi uygulanarak ortak yöntem varyansı tekrardan kontrol edilmiştir. Bu yöntem için AMOS 26 programında kurulan ölçüm modelindeki tüm maddelerden bir gizil faktöre yön verilmiştir. Ardından yapıdaki standardize edilmiş regresyon katsayıları ile yeni oluşan gizil faktörden elde edilen katsayılar karşılaştırılmıştır. Bu değerler arasında 0,2'den büyük bir fark oluşmadığından bu kriter açısından da ortak yöntem hatası olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Afthanorhan vd., 2021).

3.3. Ölçüm Modeli

Araştırmada veriler Anderson ve Gerbing'in (1988) iki basamaklı yaklaşımı benimsenerek analiz edilmiştir. Bu yaklaşıma göre çalışmada hipotez testlerine geçmeden önce ölçeklerin yapı geçerliliği ve güvenilirliğini test etmeye yönelik bir ölçüm modeli kurulmuştur. Ölçüm modeli kurulmadan önce veri taraması yapılmıştır. Bu bağlamda öncelikle kayıp verilere ortalama değerler atanmıştır. Daha sonra verilerin normallik testi yapılmıştır. Bu bağlamda değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1,5 ve +1,5 arasında yer aldığı, bu nedenle kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu (Tabachnick vd., 2007) sonucuna ulaşılmıştır (En Düşük Değer: -1,133; En Yüksek Değer: 1,374). Araştırmada ayrıca çoklu bağlantı sorunu olup olmadığına bakılmıştır. Bu bağlamda değişkenlerin VIF (Variance Inflation Factor/ Varyans Büyütme Faktörü) değerleri incelenmiştir. Bu amaçla yapılan testlerin bulgularına göre VIF değerlerinin kabul edilebilir üst sınır olan 3 değerinin (Hair, 2009) oldukça altında olduğu tespit edilmiştir (En Yüksek Değer: 1,129). Bununla birlikte Marcoulides ve Raykov (2019) çoklu bağlantı sorunu için tolerans indeksi (TI) değerinin bir arada irdelenmesi gerektiğini savunmuştur. Bu nedenle araştırmada TI değerleri incelenmiş olup, bütün TI değerlerinin %95 CI ile anlamlı olduğu, bu değerlerle birlikte çoklu bağlantı sorunu olmadığı belirlenmiştir.

Veriler açısından bir sorun olmadığı belirlendikten sonra ölçüm modeli kurulmuştur. Fornell ve Larcker (1981) ölçüm modelinde birtakım kriterlerin sağlanması gerektiğini savunmuştur. Bu kriterlere göre öncelikle ölçüm modelinde elde edilen faktör yüklerinin 0,50 sınırını aşması gerekmektedir. Daha sonra uyum geçerliliği kriteri için varyans tahmin değerlerinin (AVE) 0,50 değerinden yüksek olması beklenmektedir. Güvenilirlik için ise değişkenlerden elde edilen kompozit/bileşik güvenilirlik (CR) ve cronbach alpha (α) değerlerinin 0,60 sınırını aşması gerekmektedir. Son olarak ayrışım geçerliliği için AVE değerinin karekökünün değişkenler arasındaki korelasyon katsayılarından büyük olması gerekmektedir. Değişkenlerin tüm bu kriterleri sağlayıp sağlamadığını tespit etmek amacıyla kurulan ölçüm modelinde öncelikle modelin uyum iyiliği değerleri incelenmiştir. Buna göre elde edilen değerler şunlardır: CMIN = 421,760; df = 132; χ^2/df = 3,195; RMSEA = 0,077; NFI = 0,874; TLI = 0,895; CFI = 0,910; SRMR = 0,078. Bu değerlerin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu belirlenmiştir (Hu ve Bentler, 1999). Modelden elde edilen diğer sonuçlar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Ölçek Maddeleri Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları

Ölçekler	Maddeler	Faktör Yükü	AVE	CR	Alpha
İstismarcı Yönetim	Yöneticim benimle alay eder.	0,751	0,653	0,903	0,901
	Yöneticim bana duygu ve düşüncelerimin aptalca olduğunu söyler.	0,894			
	Yöneticim beni başkalarının önünde küçük düşürür.	0,854			
	Yöneticim benim hakkımda başkalarına olumsuz yorumlarda bulunur.	0,733			
	Yöneticim beceriksiz olduğumu söyler.	0,797			
Duygusal Öz Yeterlilik	Kötü bir ruh halinde olduğumda kendimi nasıl daha iyi hissettireceğimi bilirim.	0,748	0,489	0,886	0,812
	Mutsuz hissettiğimde, kendimi tekrar nasıl mutlu edeceğimi bilirim.	0,736			
	Yararlı fikirler bulmak için ruh halimi pozitif olarak kullanabilirim.	0,672			
	Yeni fikirler bulabilmek için doğru ruh haline bürünebilirim.	0,716			
	Gerekirse, duruma uygun olarak ruh halimi nasıl değiştireceğimi bilirim. (Örneğin, mutlu ya da üzgün olabilirim.)	0,677			
	Stresliyken duygularımı nasıl kontrol edeceğimi bilirim.	0,648			
	İhtiyaç duyduğumda kendimi sakin ve odaklanmış hissedebilirim.	0,701			
	Kızgın olduğumda kendimi sakinleştirebilirim.	0,769			
	Problem çözmede yaratıcı olmak için iyi duyguları nasıl kullanacağımı bilirim.	0,456			
	Kendimi enerji dolu hissettirebilirim ve motive edebilirim.	0,613			
Negatif İşyeri Dedikodusu	İşyerinde çalışanların yetersiz iş performansı ile ilgili dedikodu yapılır.	0,804	0,611	0,896	0,812
	İşyerinde çalışanların işiyle ilgili ihmalciliği ve yetersiz iş bağlılıkları ile ilgili dedikodu yapılır.	0,889			
	İşyerinde çalışanların mesleki deneyimsizliği ve yetersiz mesleki bilgisi ile ilgili dedikodu yapılır.	0,801			
	İşyerinde çalışanların yetersiz kişilerarası ilişki becerisi ile ilgili dedikodu yapılır.	0,754			
	İşyerinde çalışanların iş ahlakı yoksunluğu ile ilgili dedikodu yapılır.	0,643			

Yapılan analizler neticesinde duygusal öz yeterlilik ölçeğinin dokuzuncu maddesi dışında tüm maddelerin 0,50 eşliğinden yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle söz konusu madde analizlerden çıkarılmıştır. Tüm CR değerleri 0,60 eşliğinden, cronbach alpha değerleri ise 0,70 eşliğinden yüksek olduğundan ölçeklerin güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. AVE değerleri incelendiğinde duygusal öz yeterlilik ölçeğinin 0,50 sınırını aşmadığı belirlenmiştir. Bu durumda Hair vd. (2017) AVE değerleri 0,50'den küçük olsa dahi, tüm faktör yükleri 0,50 ve CR değerinin 0,70 üzerinde olmasının geçerliliği kanıtladığını belirtmiştir. Bundan dolayı başka madde çıkarılmadan analizlere devam

edilmiştir. Bütün sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde Tablo 2’de görüldüğü üzere Fornell ve Larcker (1981) tarafından önerilen uyum geçerliliği kriterleri sağlanmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyon ve tanımlayıcı istatistikler Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 3. Değişkenler Arası Korelasyon ve Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	Standart Sapma	1	2	3
1. İstismarcı Yönetim	1,890	0,941	(0,808)		
2. Duygusal Öz Yeterlilik	3,252	0,656	-0,293***	(0,699)	
3. Negatif İşyeri Dedikodusu	3,228	0,999	0,114**	0,165**	(0,782)
***p<0,001; **p<0,01; Parantez İçi Değerler = \sqrt{AVE}					

Tablo 3’te görüldüğü üzere değişkenlerin AVE değerleri, ölçeklerin kendi aralarındaki korelasyon değerlerinden fazladır. Bu durumda değişkenler arası ayrışım geçerliliği kriterleri de karşılanmaktadır (Fornell ve Larcker, 1981). Böylece değişkenlerin geçerlilik ve güvenilirlik açısından herhangi bir sorun teşkil etmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda hipotez testlerine geçilmiştir.

3.4. Hipotez Testleri

Geçerlilik ve güvenilirlik testlerinin ardından araştırmaya hipotez testleri ile devam edilmiştir. Bu bağlamda bir yapısal model kurulmuştur. Öncelikle modelin uyum iyiliği indeksleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kurulan yapısal modelin kabul edilebilir uyum değerlerine (Hu ve Bentler, 1999) sahip olduğu tespit edilmiştir: CMIN = 421,760; df = 132; $\chi^2/df = 3,195$; RMSEA = 0,077; NFI = 0,874; TLI = 0,895; CFI = 0,910; SRMR = 0,078. Modelde ortaya çıkan doğrudan etki analizi sonuçları Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Doğrudan Etki Analizi Sonuçları

Hipotez	β	Standart Hata	Kritik Oran	Anlamlılık p
H ₁ : İstismarcı Yönetim → Negatif İşyeri Dedikodusu	0,178	0,086	2,946	0,003
H ₂ : İstismarcı Yönetim → Duygusal Öz Yeterlilik	-0,293	0,070	-4,837	0,000
H ₃ : Duygusal Öz Yeterlilik → Negatif İşyeri Dedikodusu	-0,217	0,078	-3,430	0,000

Doğrudan etki analizi sonuçlarına göre istismarcı yönetimin negatif işyeri dedikodusu ($\beta = 0,178$; $p < 0,01$) üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu görülmüştür. Ayrıca istismarcı yönetimin duygusal öz yeterlilik algısı ($\beta = -0,293$; $p < 0,001$) üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Öz yeterlilik algısının ise negatif işyeri dedikodusu üzerinde ($\beta = -0,217$; $p < 0,001$) negatif yönlü bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgulara göre araştırmanın H₁, H₂ ve H₃ hipotezleri desteklenmiştir.

Araştırmada aracı etkiyi tespit edebilmek için Mallinckrodt vd. (2006) tarafından önerilen, kitle parametresine ilişkin güven aralığı oluşturması yönüyle dolaylı etki hesaplaması yapabilen bootstrapping yöntemi benimsenmiştir. Çalışmada bootstrap örneklem büyüklüğü ise 2000 olarak belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar Tablo 5’te sunulmuştur.

Tablo 5. Dolaylı Etki Analizi Sonuçları

Hipotez	Toplam Etki	p Değeri	Doğrudan Etki	p Değeri	Dolaylı Etki	p Değeri	Aracılık Durumu
H ₄ : İs. Yön. → D. Öz Yet. → N.İ. Dedikodusu	0,242	0,000	0,178	0,003	0,064	0,009	Tam Aracılık

Yapılan dolaylı etki analizi sonucuna göre duygusal öz yeterlilik algısı değişkeni modele eklendiğinde, istismarcı yönetim ile negatif işyeri dedikodusu arasındaki ilişki azalıp anlamsızlaşmaktadır. Ayrıca bootstrapping yöntemiyle elde edilen güven aralığı hesaplamasına göre dolaylı etki katsayısının anlamlı olduğu görülmektedir. Bu bulguya göre duygusal öz yeterlilik algısının istismarcı yönetim ile negatif işyeri dedikodusu arasındaki ilişkiye tam aracılık ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Buradan kapsamda H₄ hipotezi desteklenmiştir.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada istismarcı yönetimin negatif işyeri dedikodusu üzerindeki etkisi ve bu iki değişken arasındaki ilişkide duygusal öz yeterliliğin rolünün ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, literatür taramasını kapsayan araştırmanın ilk bölümünde çalışmanın değişkenleri kavramsal olarak incelenmiş ve bu değişkenler arasındaki ilişkiler ortaya konarak araştırmanın hipotezleri geliştirilmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünde ise sağlık çalışanlarını örneklem olarak yapılan nicel bir araştırmanın sonuçlarına yer verilmiştir. Sağlık sektörü emek yoğun, farklı çalışan gruplarını ihtiva eden, çoğunlukla çalışanların stres altında görevlerini icra ettiği bir sektör olduğundan çalışanlar arasındaki ilişkiler oldukça önemlidir. Bu ilişkilerde araştırma konusu olabilecek birçok değişkene odaklanmak mümkün olmakla beraber, bu çalışmada işyerinde çalışan davranışlarına doğrudan birçok olumsuz etkileri olması açısından bağımsız değişken olarak istismarcı yönetim tarzına odaklanılmıştır.

Araştırmanın hipotez testleri incelendiğinde, H₁ hipotezi sonucuna göre istismarcı yönetimin negatif işyeri dedikodusunu pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Bu durumun temel sebebi iki şekilde açıklanabilir. İlk olarak, yöneticiler istismarcı davranışlarından dolayı çalışanlara karşı iletişim kanallarını kapatabilir. Bu durum sonucunda çalışanlar istismarcı yöneticileri ile iletişim kurmaktan çekinerek informal bir iletişim aracı olan dedikoduya başvurabilirler. İkinci olarak ise istismarcı yöneticiden kaynaklanan toksik örgüt iklimi nedeniyle çalışanlar anormal işyeri davranışları sergilemekten çekinmeyebilir ve bu kapsamda dedikodu yapmayı gayet normal karşılayabilirler. Grosser ve diğerlerine (2010) göre dedikodu, işyerinde yöneticiler ve diğer çalışanlar hakkında kötü niyetli değerlendirmeler yapmak ve yaymak amacıyla sergilenen zararlı bir davranış biçimi olarak kabul edilmektedir. Kaynakların Korunması Teorisi kapsamında değerlendirildiğinde istismarcı yöneticiler çalışanların kişisel kaynaklarını tüketmekte ve bu durum çalışanlarda olumsuz tutumsal ve davranışsal tepkilere neden olabilmektedir (Gallegos vd., 2022). İstismarcı yönetim tarzı gibi diğer toksik ve zararlı yönetici ve liderler davranışlarının çalışanları yüksek düzeyde strese soktuğu ve çalışanların bu olumsuz durumla başa çıkabilmek için negatif işyeri dedikodusunu bir strateji olarak kullandığı görülmektedir (Bhandarker ve Rai, 2019). Aboramadan ve diğerleri (2020) tarafından İtalya'da otel çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada narsist liderliğin çalışanların negatif işyeri dedikodusu ve sinik davranışlarını pozitif olarak etkilediği görülmüştür.

Araştırmanın H₂ hipotezi sonucuna göre istismarcı yönetimin çalışanların duygusal öz yeterliliğini negatif olarak etkilediği görülmüştür. Tepper'a (2000) göre istismarcı yönetim tarzı anksiyete, depresyon, duygusal tükenme, iş-aile çatışması, iş ve yaşam tatminsizliği gibi çalışanların psikolojik ve duyu durumları üzerinde birçok negatif etkiye neden olabilmektedir. İstismarcı yöneticiler, çalışanlarda olumsuz duygusal sonuçlara yol açan ve çalışanların iyi oluş seviyeni negatif etkileyen önemli bir stres kaynağıdır (Kellow ve Barling, 2010). Duygusal öz yeterlilik bireyin stres yaratan olumsuz duygularla mücadele etme yeteneğidir. Yüksek duygusal öz yeterlilik, olumsuz bir duygusal durum yaşanırken bireyin duygularını düzenleyerek sakin kalmasına katkı sağlar (Bandura, 1997). Ayrıca, bireyin bir davranışı sergiledikten sonra ortaya çıkan fiziksel ve duygusal durumlar öz yeterliliği etkilemektedir (Muris, 2002). Bireyin duygusal durumunun öz yeterliliğinin ortaya çıkmasında bir etken olduğu görülmekle birlikte, bir işyerinde yöneticisinin istismarcı davranışlarına maruz kalan bir çalışanın duygusal açıdan olumsuz etkileneceği, bu durumun da çalışanın öz yeterliliğinde azalmaya neden olacağını söylemek mümkündür.

H₃ hipotezi sonucuna göre duygusal öz yeterliliğin negatif işyeri dedikodusu üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğu görülmüştür. Negatif işyeri dedikodusu, çalışanların işyerinde yöneticiler ya da diğer çalışanların arkasından art niyetle yapılan olumsuz değerlendirmelerdir (Kong, 2018: 3).

Yönetici ve astlar arasında meydana gelen uyumsuz ve stresli bir durum negatif işyeri dedikodusu için gereken motivasyonu sağlar (Kuo vd., 2015). Olumsuz duygusal durumlarla karşılaşınca istenmeyen olumsuz davranışların sergilenmesi insan doğasında olan bir durumdur. Bireylerin bu kısır döngüyü kırabilmesi için belirli seviyede duygusal öz yeterliliğe sahip olması önemlidir. Çünkü duygusal öz yeterlilik başarılı bir şekilde duyguları düzenlemenin temelini oluşturmaktadır (Gunzenhauser vd., 2013). Negatif işyeri dedikodusunun, işyerinde karşılaşılan stresli bir duruma karşı tepki göstermek ve bu tepkiyi diğer çalışanlarla paylaşmak için yapıldığı aşikârdır. Ancak duygusal öz yeterliliği yüksek bireylerin stresli durumlar karşısında kendi öz yetenekleri ile olumsuz durumlarla başa çıkmaya çalışacağı ve negatif işyeri dedikodusuna gerek duymayacağını söylemek mümkündür.

Araştırmanın temel amacı kapsamında geliştirilen H₄ hipotezi sonucuna göre istismarcı yönetimin negatif işyeri dedikodusuna etkisinde duygusal öz yeterliliğin aracı olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre duygusal öz yeterliliği yüksek çalışanların yöneticileri kendilerine istismarcı davranışlar sergilese dâhi negatif işyeri dedikodusu yapmaktan çekindikleri anlaşılmaktadır. Bu sonuç, örgütlerde meydana gelen olumsuz durumları engellemek için duygusal öz yeterliliği yüksek çalışanların önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Araştırma sonucunda ortaya çıkan bulguların literatürdeki benzer çalışmaların (Tepper, 2000; Aboramadan vd., 2020; Mitchell ve Ambrose, 2007; Bolat vd., 2017; Altuntaş vd., 2017; El-Sayed vd., 2014) bulgularıyla paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmanın bulguları ışığında uygulamaya yönelik getirilen öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Negatif işyeri dedikodusu, büyük oranda kötü bir örgüt iklimi neticesinde tezahür etmektedir. İşyerinde arzulan bir iklimin oluşturulması ise yönetici ya da liderin görevidir. Bu nedenle yöneticilerin örgüt iklimi ve çalışan davranışlarını olumsuz etkileyen istismarcı yönetim tarzı gibi olağan dışı ve olumsuz davranışlarına göz yumulmamalıdır. Başka bir ifade ile işyerlerinin, yöneticilerin kendi egolarını ve hırslarını gerçekleştirmeye çalıştıkları bir yer olarak benimsemelerinin önüne geçilmelidir.
- İşyeri stresi, çalışanların birçok olumsuz davranışının kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. İstismarcı yönetim, işyerinde çalışanları strese sokan kaynaklardan biridir. Bu nedenle işyerindeki stres kaynaklarını elimine edecek örgütsel düzenlemeler yapılarak çalışanları olumsuz davranışlara iten etkenler ortadan kaldırılabilir.
- Doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi farklı çalışan gruplarından oluşan sağlık sektöründe yöneticilerin istismarcı davranışları ve negatif işyeri dedikodusunun önüne geçebilmek için çalışanlara örgütsel iletişimde etik kurallar ve nezaket konusunda farkındalık yaratıcı eğitimler verilebilir.
- Öz yeterlilik algısı yüksek bireylerin daha başarılı olma eğilimi bilinen bir gerçektir. Ayrıca öz yeterlilik algısının çevreden bağımsız bir olgu olmadığı da unutulmamalıdır. Çoğu bireyde yaşanan başarısızlık algısı, ciddi şekilde öz yeterlilik algısını düşürebilmektedir. Bu nedenle çalışanlarla iletişimde daha yapıcı bir dil kullanıp bu algının yıkılmasının önüne geçilmelidir. Bu sayede öz yeterlilik algısı yüksek tutulan çalışanların daha pozitif davranışlar sergileyip, işyerindeki istenmeyen davranışlardan uzak kalmaları sağlanabilir.

Her araştırmada olduğu gibi bu çalışmada da birtakım kısıtlar bulunmaktadır. İlk olarak araştırmanın sadece sağlık sektörü çalışanları ile yapılmış olması araştırma sonuçlarının genellemesi açısından bir kısıt oluşturmaktadır. Ayrıca değişkenlere ait verilerin tamamı aynı anda toplandığından bu durumun sosyal arzu edilebilirlik ve ortak yöntem varyans hatalarına yol açabileceği bir diğer kısıt olarak değerlendirilmiştir. Bu durumun gelecek çalışmalarda verilerin kesitsel yöntemle toplanarak aşılabileceği düşünülmektedir. Ayrıca gelecekte yapılacak çalışmalarda toksik liderliğin bağımsız, öz saygının ise aracı değişken olarak değerlendirilmesi araştırmacılara önerilmektedir.

Etik Kurul İzni: Malatya Turgut Özal Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Etik Kurulunun 14.11.2022 tarihli ve E-35841939-050-134395 sayılı kararı ile izin alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Abdel-Hadi, S. A. (2017). Emotional self-efficacy among a sample of faculty members and its relation to gender (male/female), experience, qualification, and specialization. *International Education Studies, 10*(1), 211-224.
- Aboramadan, M., Türkmenoğlu, M. A., Dahleez, K. A., & Çiçek, B. (2020). Narcissistic leadership and behavioral cynicism in the hotel industry: The role of employee silence and negative workplace gossiping. *International Journal of Contemporary Hospitality Management, 33*(2), 428-447.
- Afthanorhan, A., Awang, Z., Abd Majid, N., Foziah, H., Ismail, I., Al Halbusi, H., & Tehseen, S. (2021). Gain more insight from common latent factor in structural equation modeling. In *Journal of Physics: Conference Series, 1793*(1).
- Agba, A. M. O., Eteng, F. O., & Titus, T. C. (2017). Effect of workplace gossip on work-relations and organizational performance. *Kuwait Chapter of Arabian Journal of Business and Management Review, 6*(6), 31-42.
- Ahmad, B., Tariq, H., Weng, Q., Shillamkwese, S. S., & Sohail, N. (2019). When a proximate starts to gossip, instrumentality considerations in the emergence of abusive supervision. *Employee Relations, 41*(5), 851-875.
- Altuntaş, S., Altun Ö. Ş., & Akyıl, R. Ç. (2017). Gossip in organizational communication between nurse, doctor and dentist academicians. *Journal of Health and Nursing Management, 4*(3), 107-116.
- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin, 103*(3), 411-423.
- Aryee, S., Sun, L. Y., Chen, Z. X. G., & Debrah, Y. A. (2008). Abusive supervision and contextual performance: The mediating role of emotional exhaustion and the moderating role of work unit structure. *Management and Organization Review, 4*(3), 393-411.
- Ashforth, B. (1997). Petty tyranny in organizations: A preliminary examination of antecedents and consequences. *Canadian Journal of Administrative Sciences, 14*, 126-140.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. Freeman.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs.
- Beersma, B., & Van Kleef, G. A. (2011). How the grapevine keeps you in line: Gossip increases contributions to the group. *Social Psychological and Personality Science, 2*, 642-649.
- Benight, C. C., Swift, E., Sanger, J., Smith, A., & Zeppelin, D. (1999). Coping self-efficacy as a mediator of distress following a natural disaster. *Journal of Applied Social Psychology, 29*(12), 2443-2464.
- Bennett, R. J., & Robinson, S. L. (2003). The past, present, and future of workplace deviance research. In J. Greenberg (Ed.), *Organizational behavior: The state of science* (2nd ed., pp. 247-281). Mahwah.

- Beri, N., (2018). Emotional self-efficacy among senior secondary school students: An exploratory study of Kashmir. *International Refereed Journal of Reviews and Research*, 6(3), 1-17.
- Bhandarker, A., & Rai, S. (2019), Toxic leadership: Emotional distress and coping strategy. *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 22(1), 65-78.
- Bolat, O., Bolat, T., Seymen, O., & Yüksel, M. (2017). İstismarcı yönetim ve tükenmişlik: Lider-üye etkileşimi ve güç mesafesinin düzenleyici etkisi. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20(38), 123-161.
- Bosson, J. K., Johnson, A. B., Niederhoffer, K., & Swann Jr, W. B. (2006). Interpersonal chemistry through negativity: Bonding by sharing negative attitudes about others. *Personal Relationships*, 13(2), 135-150.
- Brislin, R. W. (1980). Translation and content analysis of oral and written materials. In Berry, J. W./Triandis H. C. (Eds.). *Handbook of cross-cultural psychology* (2nd ed., pp. 389-444). Allyn & Bacon.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. Oxford University Press.
- Bushman, B. J., Bonacci, A. M., Pedersen, W. C., Vasquez, E. A., & Miller, N. (2005). Chewing on it can chew you up: Effects of rumination on triggered displaced aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(6), 969.
- Ceribeli, H. B., Fernanades, S. B., & Saraiva, C. M. (2021). Abusive supervision and the silence of trainees. *Business Managment*, 7(5), 1-18.
- Choi, S., Kluemper, D., & Sauley, K. (2013). Assessing emotional self-efficacy: Evaluating validity and dimensionality with cross-cultural samples. *Applied Psychology*, 62(1), 97-132.
- Coşkuner, M., & Şentürk, F. K. (2017). Dönüşümcü ve istismarcı liderlik davranışlarının işe adanmışlık üzerine etkisi: AVM çalışanları örneği. *ÇAKÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 165-195.
- Courtright, S. H., Gardner, R. G., Smith, T. A., McCormick, B. W., & Colbert, A. E. (2016). My family made me do it: A cross-domain, self-regulatory perspective on antecedents to abusive supervision. *Academy of Management Journal*, 59(5). 1630-1652.
- Cruz, T. D. D., Nieper, A. S., Testori, M., Martinescu, E., & Beersma, B. (2021). An integrative definition and framework to study gossip. *Group & Organization Managment, Special Conceptual Issue*, 0(0), 1-34.
- Çiçek, B., & Almalı, V. (2020). COVID-19 pandemisi sürecinde kaygı öz-yeterlilik ve psikolojik iyi oluş arasındaki ilişki: Özel sektör ve kamu çalışanları karşılaştırması. *Electronic Turkish Studies*, 15(4), 241-260.
- Çiçek, B., & Söylemez, M. (2020). Sosyal karşılaştırma bakış açısından dedikodu, rekabet ve etik iklim ilişkisi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 16(3), 639-656.
- Decoster, S., Camps, J., Stouten, J., Vandevyvere L., & Tripp, T. M. (2012). Standing by your organization: The impact of organizational identification and abusive supervision on followers' perceived cohesion and tendency to gossip. *Journal of Business Ethics*, 118(3), 623-634.

- Difonzo, N., & Bordia, P. (2007). *Rumor psychology: Social and organizational approaches*. American Psychological Association.
- Dunbar, R. I. (2004). Gossip in evolutionary perspective. *Review of General Psychology*, 8(2), 100-110.
- El-Sayed, S. H., El -Zeiny, H. H. A., & Adeyemo, D. E. (2014). Relationship between occupational stress, emotional intelligence, and self-efficacy among faculty members in faculty of nursing Zagazig University, Egypt. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(4), 183-194.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Foster, E. K. (2004). Research on gossip: Taxonomy, methods and future directions. *Review of General Psychology*, 8, 78-99.
- Gallegos, I., Olmos, J. G., & Berger, R. (2022). Abusive supervision: A systematic review and new research approaches. *Frontiers in Communication*. 6, 1-10.
- Goroshit, M., & Hen, M. (2014). Does emotional self-efficacy predict teachers self-efficacy and empathy. *Journal of Education and Training Studies*, 2(3), 26-32.
- Grosser, T., Lopez-Kidwell, V., Labianca, G. J., & Ellwardt, L. (2012). Hearing it through the grapevine: Positive and negative workplace gossip. *Organizational Dynamics*, 41, 52-61.
- Grosser, T. J., Lopez-Kidwell, V., & Labianca, G. (2010). A social network analysis of positive and negative gossip in organizational life. *Group and Organization Management*, 35(2), 177-212.
- Gunzenhauser, C., Heikamp, T., Gerbino, M., Alessandri, G., Suchodoletz, A. V., Giunta, L. D., Caprara, G. V., & Trommsdorff, G. (2013). Self-efficacy in regulating positive and negative emotions. *European Journal of Psychological Assessment*. 29(3), 197-204.
- Gürlek, M., & Yeşiltaş M. (2020). The effect of abusive supervision on service sabotage: A mediation and moderation analysis. *Advances in Hospitality and Tourism Research*, 8(1), 151-176.
- Hair, J. F. (2009). *Multivariate data analysis*. Prentice Hall.
- Hair, J. F., Sarstedt, M., Ringle, C. M., & Gudergan, S. P. (2017). *Advanced issues in partial least squares structural equation modeling*. Sage publications.
- Han, B., & Dağlı, A. (2018). Organizational gossip scale: Validity and reliability study. *Turkish Studies*, 13(27), 829-846.
- Harman, H. H. (1960). *Modern factor analysis*. University of Chicago Press.
- Hashimi, S. D., Shahzad, K., Khan, K., Gulzar, S., & Haider, A. (2019). Religion can change intentions: Interactive effect of abusive supervision and islamic work ethics on workplace gossip. *Journal of Islamic Business and Management*, 9(1), 160-175.
- Hoof, H. B. V., Xu, S. T., Serrano, A. L., & Torres, L. (2015). Abusive supervision a form of workplace harassment: An exploratory study in the ecuadorian hospitality industry. *European Journal of Tourism, Hospitality and Recreation*, 6(1), 103-121.

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Iacobucci, D., Saldanha, N., & Deng, X. (2007). A meditation on mediation: Evidence that Structural Equations models perform better than regressions. *Journal of Consumer Psychology*, 17(2), 139-153.
- Iterson, A. V. Waddington, K., & Michelson, G. (2011). Breaking the silence: The role of gossip in organizational culture. In: Ashkanasy, N., Peterson, M. and Wilderom, C. (Eds.), *The handbook of organizational culture and climate* (2nd ed., pp. 375-392). Sage.
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability with job satisfaction and job performance: A meta analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80-92.
- Karcioğlu, F., & Çelik, Ü. H. (2012). Mobbing (yıldırma) ve örgütsel bağlılığa etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 26(1), 59-75.
- Keashly, L. (1998). Emotional abuse in the workplace: Conceptual and empirical issues. *Journal of Emotional Abuse*, 1, 85-117.
- Kelloway, E. K., & Barling, J. (2010). Leadership development as an intervention in occupational health psychology. *Work Stress*, 24(3), 260-279.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Publications.
- Kong, M. (2018). Effect of perceived negative workplace gossip on employees' behaviors. *Frontiers in Psychology*, 9(1112), 1-12.
- Kuo, C. C., Chang, K., Quinton, S., Lu, C. Y., & Lee, I. (2015). Gossip in the workplace and the implications for HR management: A study of gossip and its relationship to employee cynicism. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(18), 2288-2307.
- Kurland, N. B., & Pelled, L. H. (2000). Passing the word: Toward a model of gossip and power in the workplace. *Academy of Management Review*, 25(2), 428-438.
- Leymann, H. (1996). The content and development of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 165, 170-173.
- Lian, H., Ferris, D. L., & Brown, D. J. (2012). Does power distance exacerbate or mitigate the effects of abusive supervision? It depends on the outcome. *Journal of Applied Psychology*, 97, 107-123.
- Lian, H., Ferris, D. L., Morrison, R., & Brown, D. J. (2014). Blame it on the supervisor or the subordinate? Reciprocal relations between abusive supervision and organizational deviance. *Journal of Applied Psychology*, 99(4), 651-664.
- Liang, L. H., Lian, H., Brown, D. J., Ferris, D. L., Hanig, S., & Keeping, L. M. (2016). Why are abusive supervisors abusive? A dual-system self-control model. *Academy of Management Journal*, 59(4), 1385-1406.
- Lovelock, C. H., Stiff, R., Cullwick, D., & Kaufman, I. M. (1976). An evaluation of the effectiveness of dropoff questionnaire delivery. *Journal of Marketing Research*, 13(4), 358-364.

- Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology, 53*(3), 372.
- Marcoulides, K. M., & Raykov, T. (2019). Evaluation of variance inflation factors in regression models using latent variable modeling methods. *Educational and Psychological Measurement, 79*(5), 874-882.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports, 76*(2), 623-626.
- Mawritz, M., Greenbaum, R., Butts, M. M., & Graham, K. A. (2017). I just can't control myself: A self-regulation perspective on the abuse of deviant employees. *Academy of Management Journal, 60*(4), 1482-1503.
- McAndrew, F. T., Bell, E. K., & Garcia C. M. (2007). Who do we tell and whom do we tell on? Gossip as a strategy for status enhancement. *Journal of Applied Social Psychology, 37*, 1562-1577
- Miller, V. D., & Jablin, F. M. (1991). Information seeking during organizational entry: Influences, tactics, and a model of the process. *Academy of Management Review, 16*, 92-120.
- Mitchell, M. S., & Ambrose, M. L. (2007). Abusive supervision and workplace deviance and the moderating effects of negative reciprocity beliefs. *Journal of Applied Psychology, 92*(4), 1159-1168.
- Murari, K. (2013). Abusive leadership a barrier to employee empowerment. *European Journal of Business and Management, 5*(4), 8-21.
- Muris, P. (2002). Relationships between self-efficacy and symptoms of anxiety disorders and depression in abnormal adolescent sample. *Personality and Individual Differences, 32*(2), 337-348.
- Noon, M., & Delbridge, R. (1993). News from behind my hand: Gossip in organizations. *Organization Studies, 14*(1), 23-3.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology, 88*(5), 879.
- Priesemuth M., Schminke, M., Ambrose, M., & Folger, R. (2014). Abusive supervision climate: A multiple-mediation model of its impact on group outcomes. *Academy of Management Journal, 57*(5), 1513-1534.
- Qualter, P., Pool, L. D., Gardner, K. J., Ashley-Kot, S., Wise, A., & Wols, A. (2015). The emotional self-efficacy scale: Adaptation and validation for young adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment, 33*(1), 33-45.
- Sommerfeld, R. D., Krambeck, H. J., & Milinski, M. (2008). Multiple gossip statements and their effect on reputation and trustworthiness. *Proceedings of the Royal Society, 275*, 2529-2536.
- Song, X., & Guo, S., (2022). The impact of negative workplace gossip on employees' organizational self-esteem in a differential atmosphere. *Frontiers in Psychology, 3*, 1-13.

- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics*. [Vol. 5, pp. 481-498]. Pearson.
- Tepper, B. J. (2000). Consequences of abusive supervision. *Academy of Management Journal*, 43, 178-190.
- Tepper, B. J. (2007). Abusive supervision in work organizations: Review, synthesis, and research agenda. *Journal of Management*, 33(3), 261-289.
- Tepper, B. J., Duffy, M. K., Henle, C. A., & Lambert, L. S. (2006). Procedural injustice, victim precipitation, and abusive supervision. *Personnel Psychology*, 59, 101-123.
- Totan, T. (2014). The regulatory emotional self-efficacy scale: Issues of reliability and validity within a Turkish sample group. *Psychological Thought*, 7(2), 144-155.
- Ülbeği, İ. D., Özgen, H. M., & Özgen, H. (2014). Türkiye’de istismarcı yönetim ölçeğinin uyarlaması: Güvenirlilik ve geçerlilik analizi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23(1), 1-12.
- Waddington, K., & Michelson, G. (2007). Analyzing gossip to reveal and understand power relationships, political action and reaction to change inside organizations. In Paper Presented at the 5th International Critical Management Studies Conference, Manchester.
- Weston, R., & Gore Jr, P. A. (2006). A brief guide to structural equation modeling. *The Counseling Psychologist*, 34(5), 719-751.
- Wu, X., Kwan, H. K., Wu, L. Z., & Ma, J. (2018). The effect of workplace negative gossip on employee proactive behavior in China: The moderating role of traditionality. *Journal of Business Ethics*, 148(4), 801-815.
- Younesi, S., Tavakoli, V., Hosseini, S., & Hashemizadeh, V. (2014). The relation between emotional self-efficacy and meta-cognitive believes with statistical anxiety. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 4(2), 433-440.
- Zellars, K. L., Tepper, B. J., & Duffy, M. K. (2002). Abusive supervision and subordinates' organisational citizenship behaviour. *Journal of Applied Psychology*, 87(6), 1068-1076.
- Zulkosky, K. (2009). Self-efficacy: A concept analysis. *Nursing Forum*, 44(2), 93-102.

COVID-19 PANDEMİSİNDE DUPONT ANALİZİ İLE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN FİNANSAL PERFORMANSININ İNCELENMESİ

İrem KEFE *

ÖZ

2019 yılında ortaya çıkan Covid-19 pandemisi tüm dünyada ekonomik hayatı etkileyen sonuçlar doğurmuştur. Bu çalışmada, Covid-19 pandemisinin ekonomik etkilerinin bir yansıması olarak sağlık sektörünün ve Borsa İstanbul'da işlem gören sağlık işletmelerinin finansal performanslarının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, sağlık hizmetleri sektörünün ve sektörde faaliyet gösteren, borsaya kote edilmiş Lokman Hekim Sağlık Grubu A.Ş.'nin, MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş.'nin ve Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş.'nin finansal performansı ölçülmüştür. Covid-19 pandemisinin etkisini, işletmelerin ve sağlık sektörünün üzerinde değerlendirebilmek adına pandemiden önceki 2019 dönemi, pandeminin ortaya çıktığı 2020 dönemi ve pandeminin süren etkisini ölçmek için 2021 dönemi ele alınmıştır. İlgili dönemlerde işletmelerin ve sektörün finansal performansındaki değişim, öz sermaye getirisi ve varlık getirisi oranlarından oluşan DuPont analizi uygulanarak incelenmiştir. Firma verileri Kamuyu Aydınlatma Platformundan, sektörel veriler Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası'nın reel sektör istatistiklerinden Q-86 İnsan Sağlığı Hizmetleri sektöründen elde edilmiştir. Çalışmanın sonucunda insan sağlığı hizmetleri sektörünün ilgili dönemlerde varlık getirisi ve öz sermaye getirisinde artış olduğu belirlenmiştir. Sağlık hizmetleri sektörü finansal oranlarındaki pozitif ivme ile gelişime ve yatırıma açık bir sektördür. Sektörde faaliyet gösteren ve Borsa İstanbul'da işlem gören sağlık işletmelerinin ilgili dönemlerde finansal performansı incelendiğinde varlık getirisi ve öz sermaye getirisi en yüksekten en düşüğe sırasıyla Lokman Hekim Sağlık Grubu, MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş. ve Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş. olmuştur. Buna göre yatırımcılar açısından en pozitif görünen işletme Lokman Hekim Sağlık Grubu A.Ş.'dir. Diğer yandan MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş. ve Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş. öz sermaye getirilerinin negatif değerde ve sektör ortalamasının altında olması nedeniyle yatırımcıları çekebilmek adına bu oranı iyileştirmenin yollarına odaklanmalıdırlar. Çalışmanın sonuçlarının işletme yöneticilerinin stratejik karar almada ve yatırımcıların yatırım kararlarına rehberlik etmede katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Ayrıca, Covid-19'un sağlık sektörü ve borsaya kote edilmiş sağlık işletmelerinin finansal performansı üzerine etkisini göstermek amacıyla literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: DuPont analizi, kârlılık, sağlık sektörü, Covid-19 pandemisi

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, iremkefe@osmaniye.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0387-5833>

Gönderim Tarihi: 05.01.2023

Kabul Tarihi: 07.04.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Keke, İ. (2023). COVID-19 pandemisinde DUPONT analizi ile sağlık sektörünün finansal performansının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 461-478

THE FINANCIAL PERFORMANCE OF THE HEALTHCARE SECTOR IN THE COVID-19 PANDEMIC: EVIDENCE FROM TURKEY

İrem KEFE*

ABSTRACT

The Covid-19 Pandemic, which emerged in 2019, has had consequences affecting economic life worldwide. It is aimed to examine the financial performance of the health sector and healthcare enterprises traded in Borsa Istanbul as a reflection of the economic effects of the Covid-19 Pandemic. For this purpose, the financial statements of the healthcare services sector and the listed Lokman Hekim Health Group Inc., MLP Care Health Services Inc., and Nasmed Private Health Services Trade Inc. are intended to measure performance. To evaluate the impact of the Covid-19 pandemic on the companies and healthcare sector, the 2019 period before the pandemic, the 2020 period when the pandemic emerged, and the 2021 period to measure the ongoing impact of the pandemic are discussed. The change in the financial performance of the companies and the sector in the applicable periods has been examined by applying the DuPont analysis, which consists of return on equity and return on assets ratios. Company data are obtained from the Public Disclosure Platform, and sectoral data are obtained from The Central Bank of the Republic of Türkiye real sector statistics from the Q-86 Human Health Activities. As a result of the study, it is determined that there is an increase in the return on assets and return on equity of the human health services sector in the applicable periods. The health services sector is open to development and investment with a positive acceleration in its financial ratios. When the financial performance of the healthcare companies operating in the sector and traded on the Borsa Istanbul is examined in the applicable periods, the return on assets and return on equity are respectively from the highest to the lowest, Lokman Hekim Health Group Inc., MLP Care Health Services Inc., and Nasmed Private Healthcare Inc. Accordingly, Lokman Hekim Health Group Inc. is the most favorable company in terms of investment. On the other hand, MLP Care Health Services Inc. and Nasmed Private Healthcare Inc. due to their equity returns having negative value and being below the sectoral mean should focus on ways to improve this ratio to attract investors. It is expected that the results of the study contribute to business managers in making strategic decisions and guiding investors' investment decisions. For this reason, it is expected that the study contributes to the literature to show the impact of the Covid-19 pandemic on the financial performance of the healthcare sector and listed healthcare businesses.

Keywords: DuPont analysis, profitability, healthcare sector, the Covid-19 pandemic

ARTICLE INFO

*Asst. Prof., Osmaniye Korkut Ata University, Department of Healthcare Management, iremkefe@osmaniye.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0387-5833>

Received: 05.01.2023

Accepted: 07.04.2023

Cite This Paper:

Keefe, İ. (2023). COVID-19 pandemisinde DUPONT analizi ile sağlık sektörünün finansal performansının incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 461-478

I. GİRİŞ

Koronavirüs hastalığı (COVID-19), Aralık 2019'un sonlarında ortaya çıkmıştır ve tüm dünyada yıkıcı insani ve ekonomik sonuçlara yol açmıştır (Jin vd., 2022). Pandemi olarak kabul edilen Covid-19, günümüze kadar sürmekte ve etkilerini devam ettirmektedir (Küçükbay vd., 2021). Pandemi, dünya genelinde 761 milyondan fazla vaka sayısına ulaşmıştır (WHO, 2023). Pandemi, oluşturduğu sağlık tehdidinin yanı sıra iletişimi ve iş modellerini de değiştirmiştir. Bu değişimin en yoğun gözleendiği sektörlerin başında da sağlık sektörü gelmektedir. Hızla artan hasta sayısı dünya genelinde, sağlık sistemlerine ciddi bir kapasite yükü olarak yansımıştır (KPMG, 2020). Pandemi ortaya çıktığında, hastaneler acil bakım hizmetleri dışında birçok faaliyeti durdurarak Covid-19 vakalarına yoğunlanmıştır. Bunun sonucunda, hasta hacminde ve gelirlerde çarpıcı bir yavaşlama olurken, harcamalar yüksek kalmıştır. Bu durum, hastanelerin topluma hizmet etme ve finansal olarak ayakta kalma becerileri konusunda bir belirsizliğe yol açmıştır (AHA, 2020). Bu bakımdan Covid-19 Pandemisi, 1929 Büyük Buhran'dan itibaren en büyük ekonomik krizler arasında yer almaktadır (Küçükbay vd., 2021). Birçok ülkede, Covid-19 Pandemisi sağlık sistemlerinin güçlü olmadığını ortaya çıkarmıştır. Bu durum, temel halk sağlığının korunması, sağlık sistemlerinin temellerinin güçlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının desteklenmesi yönünden sağlık sistemlerinin uzun vadede mali sürdürülebilirliğine yönelik endişe yaratmaktadır (OECD, 2022). Bu durumdan çoğu işletme olumsuz etkilenmektedir. Dolayısıyla her işletmenin kendine özgü koşulları göz önünde bulundurarak bir değerlendirme yapması önem kazanmaktadır (KPMG, 2020).

Sağlık işletmeleri açısından, salgın hastalıklar ilk olarak sağlık sektöründe etkisini göstermektedir. Sağlık sektöründeki etkileri kontrol altına almak amacı ile uygulanan kilitlenme tedbirleri üretim süreçlerinde ve tedarik zincirlerinde aksamalara sebep olmaktadır (Küçükbay vd., 2021). Diğer sektörlerle karşılaştırıldığında, sağlık hizmetleri marjları genellikle düşük olmaktadır. Covid-19 Pandemisi öncesinde bile, ABD'de birçok hastane negatif marjlarla mücadele etmekte, başka bir deyişle operasyonlardan para kaybetmektedirler (AHA, 2020). Bu bakımdan gelirdeki kısıtlı büyümeyle birlikte, kâr amacı güden sağlık hizmeti sunucuları, verimliliği artırmak ve kâr marjlarını sürdürmek için maliyetleri azaltmanın yollarını bulmak zorundadır (Chang vd., 2014). Hastaneler gelir ve giderlerini etkileyen çeşitli düzenlemelerin olduğu bir ortamda faaliyet göstermektedir (Eldenburg vd., 2017). Hastanelerin gelir-gider yapısı incelendiğinde bütün kamu hizmetleri gibi sağlık sektörü de hükümet düzenlemelerinden büyük ölçüde etkilenmektedir (Chang vd., 2014). Mevzuattaki düzenlemeler ve değişiklikler hastanelerin mali açıdan sürdürülebilirliğinin sağlanması, maliyetlerin kontrol altına alınmasına ve gelirlerin artırılmasına yöneliktir (Eldenburg vd., 2017). Hastane giderlerinin yaklaşık %60-75'i işçilik maliyetlerinden oluşmaktayken hastane gelirlerinin önemli bir kısmı devlet destekli sağlık programlarından elde edilmektedir. Bu yönüyle devlet yönetimi, sağlık tesislerinin fiyatlandırması ve gelir yapısı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Chang vd., 2014).

Ülkemizde toplam sağlık harcamasının GSYH'ye oranı 2019 yılında %4,7 iken, 2020 yılında %5,0 olarak artış göstermiştir. Toplam sağlık harcamasının sağlık hizmeti sunucularına göre dağılımı incelendiğinde en büyük payı hastaneler oluşturmaktadır (TÜİK, 2022a). Devletin sağlık sektörüne sağladığı bu teşvikler, sektörde faaliyet gösteren işletmelerin gelişmesine önemli bir katkı sağlamaktadır. Ayrıca son yıllarda sağlık sektöründe görülen birleşme ve satın alma faaliyetleriyle sağlık kurumlarının zincirleşme eğilimi içerisinde olduğu görülmektedir. Buna ek olarak son yıllarda özel sağlık kuruluşlarının artması ve sağlık sektöründeki yapısal değişiklikler sektörde rekabeti arttırmış ve kâr marjlarını düşürmüştür (Karadeniz ve Koşan, 2017).

Sağlık hizmetleri sektöründe paydaş yapısına bakıldığında hastaneler ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları, devlet kurumları ve sigortacılar, hastalar, genel kamu, doktorlar, hemşireler, personel, sendikalar, hastane yönetimi, kurullar, departman yönetimini kapsamaktadır (Labro, 2015). Bunlara ek olarak yatırımcılar, alacaklılar, tedarikçiler de dahil olmak üzere bir firmanın gelecekteki performansını değerlendirmek için çeşitli paydaşlar firmanın mali tablolarıyla ilgilenirler. Özellikle yatırımcılar, gelecekteki kazanç tahminleri yapmak için finansal tablolarda yer alan bilgilere güvenirlir (Chang vd., 2014). Yatırımcılar, işletmelerin gelecekteki satışlarını, kârlılığını ve

varlıklarını tahmin etmek için cari dönem satışları, cari dönem kâr marjları ve cari dönem varlık kullanımı hakkındaki bilgileri bir araya getirmektedir (Curtis vd., 2015). Bir hastanenin borçlarını ödeme gücü ve çalışma sermayesinin tespiti, uzun vadeli yükümlülüklerini yerine getirme yeterliliği, sahip olduğu varlıkları, öz sermayesi ve yabancı kaynakları ne ölçüde verimli kullandığını belirlemek amacıyla finansal performans teknikleri kullanılmaktadır (Aydemir, 2018). Bu bilgileri kullanan DuPont analizi, bir firmanın finansal performansını etkileyen faktörleri değerlendirmek için uygulanan yaygın bir yöntemdir (Chang vd., 2014). DuPont analizi, muhasebe girdilerini veri alan oranlardan oluşup işletmelerin hem ekonomik güçlerinin hem de muhasebe fonksiyonunu bir ölçümüdür. DuPont analizinde kullanılan oranlardan kâr marjı ekonomi açısından fiyatlandırma gücünün bir ölçüsü olarak, devir oranları ise varlık kullanımının ölçüsü olarak kabul edilir. Varlık devir hızındaki değişiklikler, varlıkların üretkenliğindeki değişiklikleri göstermektedir (Curtis vd., 2015). Son olarak işletmelerin borçlanma oranı hakkında bilgi veren finansal kaldıraç ise finansal performansı değerlendirmede bir diğer önemli göstergedir (Kasilingam ve Jayabal, 2012).

Muhasebe literatürü açısından değerlendirildiğinde gözlemlere dayalı ve vaka temelli kanıtlar, sağlık hizmetleri sektörünün gelişmiş maliyet ölçüm sistemlerinden yoksun olduğunu ve bu alanda diğer sektörlerin gerisinde kaldığını göstermektedir. Bu bakımdan sağlık sektöründe muhasebe araştırmacıları, uygulamayı anlamak ve iyileştirmek ve politikaları şekillendirmekle ilgili işler yapabilirler (Labro, 2015). Diğer yandan, sağlık sektörü, muhasebe teorilerinin test edilmesini kolaylaştıran zengin ayrıntılara sahip kamuya açık veriler sunmaktadır (Eldenburg vd., 2017). Sağlık sektörünün genel ekonomi içindeki yeri ve öneminden, Covid-19 Pandemisinin en etkili olduğu sektör olmasından ve muhasebe araştırmalarına sağladığı olanaklardan hareketle bu çalışmada sağlık sektörü tercih edilmiştir. Bu çalışmada sağlık sektöründe faaliyet gösteren ve kâr amacı güden işletmeler açısından DuPont finansal analizinin kârlılığın belirlenmesinde bilgilendirici olup olmayacağını incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çerçevede çalışmada;

- Covid-19 Pandemisinin etkisini değerlendirmek amacıyla pandemi öncesini de kapsayacak şekilde 2019, 2020 ve 2021 yılları içerisinde insan sağlığı sektörünün sektörel düzeyde finansal durumunu DuPont Analizi ile değerlendirmek,
- İlgili yıllar içerisinde borsaya kote edilmiş ve insan sağlığı sektöründe işlem gören firmaların finansal durumunu DuPont analizi ile tespit etmek ve karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Bu amaçlar çerçevesinde çalışmada öncelikle Covid-19 Pandemisinin Türkiye’de sağlık hizmetleri sektörünün mali yapısına etkisi üzerine bilgilere yer verilmiştir. Bir sonraki kısımda sektörel mali yapıdaki değişiklikleri değerlendirmek amacıyla uygulanan DuPont finansal analiz sistemi açıklanmıştır. Bunları takiben konuyla ilgili literatürde daha önce yapılmış çalışmalara yer verilmiştir. Bunun devamında ise araştırmaya ilişkin yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç kısımları yer almaktadır.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. DuPont Finansal Analiz Sistemi

DuPont analizi, DuPont Corporation tarafından 1920'lerde uygulamaya başlanan bir performans ölçüm yöntemidir (Priya, 2020). Performans ölçme amacıyla kullanılan DuPont analizi, kârlılık ve verimlilik oranlarını birbirleriyle ilişkilendiren bir finansal analiz tekniğidir (Brealey vd., 2007). Kullanılan sermayenin verimliliğini ve operasyonel etkinliği ölçmek için kârlılık analizi en iyi tekniklerden biri olarak kabul edilmektedir (Manjunatha ve Gujjar, 2018). Bu bakımdan DuPont analizi, işletmelerin varlıklarının daha verimli kullanılmasıyla gelecekteki kârlılığı iyileştirmek için işletmenin kaldıraç gücünü ortaya koyan bir yöntemdir. Hissedarların getirisinde artış ve potansiyel yatırımcılar için daha yüksek kaldıraç tercih edilmektedir (Doorasamy, 2016). Buradan hareketle DuPont analizi temelde, öz sermaye getirisini üç kârlılık faktörüne ayıran bir yöntemdir (Chang vd., 2014):

- (1) Kâr marjı ile ölçülen işletme verimliliği;
- (2) Varlık devir hızı ile ölçülen varlık kullanım etkinliği
- (3) Öz sermaye çarpanı ile ölçülen finansal kaldıraç.

Kâr marjı ve varlık devir hızı hem varlık getirisinin hem de öz sermaye getirisinin bileşenleri olup kâr elde etmek için şirketin varlıklarının ne kadar verimli ve etkili kullanıldığını ölçmektedir (Chang vd., 2014). Kâr marjı, şirketin satışlarından ne kadar kazandığını gösterir ve oran ne kadar yüksek olursa kazanç da o kadar iyi olur (Priya, 2020). Varlık devir hızındaki değişiklikler, gelecek dönem kârlarıyla pozitif ilişkiindedir (Soliman, 2008). Varlık devir hızı ne kadar yüksek olursa şirketin performansı da o kadar iyi olur ve bu da şirketin toplam varlıklarının parasal karşılığında daha fazla gelir elde ettiğini göstermektedir (Priya, 2020). Öz sermaye getirisinin bileşenlerinden kaldıraç oranı, işletmenin varlıklarını nasıl finanse ettiğini göstermektedir (Ignat ve Feleaga, 2019).

Öz sermaye getirisinin, varlıkların getirisine ve kaldıraç etkisine nasıl bağlı olduğu, Denklem 1 ve Denklem 2’de finansal oranlara ayrılarak gösterilmiştir.

$$\text{Varlık getirisi} = \frac{\text{Net Kâr}}{\text{Varlıklar}} = \frac{\text{Net Satışlar}}{\text{Varlıklar}} \times \frac{\text{Net Kâr}}{\text{Net Satışlar}} \quad (1)$$

\uparrow Varlık devir hızı \uparrow Kâr marjı

$$\text{Öz sermaye getirisi} = \frac{\text{Varlıklar}}{\text{Öz sermaye}} \times \frac{\text{Net Satışlar}}{\text{Varlıklar}} \times \frac{\text{Net Kâr}}{\text{Net Satışlar}} \times \frac{\text{Net Kâr} - \text{faiz}}{\text{Net Kâr}} \quad (2)$$

\uparrow Kaldıraç oranı \uparrow Varlık devir hızı \uparrow Kâr marjı \uparrow Borç yükü

Kaynak: Brealey vd., 2007

Oranlar daha kapsamlı açıklanacak olursa, varlık devir hızı ve kâr marjı DuPont analizinde bir araya gelerek işletmenin yatırımlarının (aktiflerinin) kârlılığını göstermektedir. İşletmelerin öz sermayelerinin kârlılık oranı da aktif kârlılık oranına bağlı olarak hesaplanabilmektedir (Küçüksavaş, 2012). Varlık devir hızı, bir işletmenin gelir elde etmek için varlıklarını kullanma verimliliğini göstermektedir. Kâr marjı, işletmenin satışlara dayalı olarak ne kadar kâr elde edebildiğini göstermektedir (Ignat ve Feleaga, 2019). Öz sermaye getirisi denkleminde yer alan bu son iki terimin çarpımı varlık getirisini vermektedir. Denklemde sonunda yer alan borç yükü ise kârları azaltan bir unsur olan faiz giderlerinin oranını ölçmektedir (Brealey vd., 2007). Öz sermaye getirisini etkileyen en önemli faktörler, kâr marjı, varlık devir hızı, finansal kaldıraç ve borç yüküdür (Ignat ve Feleaga, 2019). Öz sermaye getirisi, tüm bu oranların çarpımının bir sonucu olup özetle bir şirketin hissedarlarının parasıyla ne kadar kâr elde ettiğini göstermektedir. (Priya, 2020). Öz sermaye getirisi, firmanın her 1 TL’lik sermayesine karşılık ne kadar kâr elde ettiğini göstermektedir. İşletme ile ilgili çıkar grupları bu oranın yüksek olmasını umarlar (Arslan ve Ülker, 2021). Bu yönüyle öz sermaye getiri oranı, yatırımcılar ve yöneticiler için özellikle ilgi çekicidir. Yatırımcılar, özellikle kişisel yatırımlar için mümkün olduğunca yüksek öz sermaye getiri oranı ile ilgilenmektedir. Yöneticiler ise yeni yatırımları çekmek için finansal getiriye artırmakla ilgilenmektedirler (Burja ve Marginean, 2014).

Sağlık sektörüne bakıldığında sektörde istikrarlı gelir artışının ve emek yoğunluğunun birleşiminin, kazançlarda daha fazla kalıcılığa yol açtığı ve buna karşılık, kâr marjındaki değişikliklerin, diğer sektörlerle kıyasla sağlık sektöründe faaliyet gösteren ve sağlık hizmeti sunan işletmeler için varlık devir hızındaki değişikliklerden daha yararlı bir gösterge olduğu düşünülmektedir (Chang vd., 2014). Hastaneler için pozitif finansal oranlar, hastalara daha iyi bakım sağlamak için yeni tesislere, tedavilere ve teknolojilere yatırım yapılmasına ve beklenmedik giderleri veya gelir açıklarını karşılamak için rezervlerin oluşturulmasına olanak tanır (AHA, 2020).

2.2. Literatür

DuPont analizinin, sağlık hizmetleri sektöründe gelecekteki kârlılığı tahmin etmedeki faydasına çok yer verilmemiştir. Bu durumun nedenleri, DuPont analizinin hizmet sektöründen ziyade imalat sektöründe daha yaygın kullanılması ve sağlık sektöründe kâr amacı gütmeyen kuruluşların baskınlığı nedeniyle hastanelerin performans ve maliyet yapısının değerlendirilmesinde hastane mali tablolarında yer alan bilgilerin çok az yardımcı olmasıdır (Chang vd., 2014). Sağlık sektöründe finansal analizlere ilişkin çalışmalar incelendiğinde Kamu Hastane Birliklerine bağlı hastanelerin finansal tabloları 2008-2015 yılları arası finansal analiz teknikleriyle finansal performansı incelenmiştir (Songur vd., 2016). Işıkçelik ve diğerleri (2021) yaptıkları çalışmada 2015-2019 yılları arası özel hastanelerin finansal performansını finansal analiz tekniklerini kullanarak incelemiştir. Bir başka çalışmada Aydemir (2018), hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansı 2013-2015 yılları arası finansal analiz teknikleri kullanarak incelemiştir. Karadeniz ve Koşan (2017) yaptıkları çalışmada, hastane hizmetleri sektörünün 2012, 2013 ve 2014 yılları arasındaki finansal tablolarını DuPont finansal analiz tekniğiyle incelemiştir. Bir diğer çalışmada Bülüç ve diğerleri (2017), kamu üniversite hastanelerinin finansal performansını 2013-2015 yılları arası oran analizi ile incelemiştir.

DuPont analizini kullanılmasıyla geleceğe ilişkin kârlılığın tahmini ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar literatürde yer almaktadır (Soliman, 2008; Bauman, 2014; Jin, 2017; Curtis, vd., 2015). DuPont analizi farklı sektörlerde de finansal performansı belirlemek üzerine uygulanmıştır. DuPont analizini Ignat ve Feleaga (2019) yaptıkları çalışmada lojistik sektöründe; Akyüz ve diğerleri (2019), Arslan ve Ülker (2021) imalat sektöründe; Priya (2020) havayolu taşımacılığı sektöründe; Koşan ve Karadeniz (2014) konaklama ve yiyecek hizmeti sektöründe; Manjunatha ve Gujjar (2018) bilgi ve iletişim teknolojileri sektöründe uygulamışlardır.

Yukarıdaki çalışmalar incelendiğinde çeşitli dönemlerde Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası (TCMB) sektör bilançolarından hareketle sağlık sektörüne ilişkin finansal performans analizleri yapılmıştır. Bu çalışmada, sağlık sektöründe faaliyet gösteren ve kâr amacı güden işletmelerin faaliyetlerinin verimliliğinin, kâr marjlarının ve bunu takiben öz sermaye getirilerinin Covid-19 Pandemisinin başlangıcı kabul edilen 2020 yılına göre 2021 yılındaki değişimi ve Covid-19 Pandemisi öncesi olan 2019 yılına kıyası incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda sağlık işletmelerinin, maliyetleri kontrol altına almasının ve operasyonel verimliliği artırmanın yollarını bulmasına yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu yönüyle çalışmanın literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

III. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Çalışmada, finansal performansı incelemek amacıyla DuPont analizi insan sağlığı hizmetleri sektörüne uygulanmıştır. Sektörel analiz için TCMB'nin veri tabanında yer alan "Q-İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri" sektörünün alt sektörü olan "Q-86-İnsan Sağlığı Hizmetleri" sektörüne ilişkin mali veriler kullanılmıştır. Q-86 İnsan sağlığı hizmetleri, hastane hizmetleri, tıp ve dişçilik ile ilgili uygulama faaliyetleri ve insan sağlığı ile ilgili diğer hizmetlerden oluşmaktadır. Covid-19 Pandemisinin ortaya çıkış tarihi nedeniyle bir önceki döneme göre Q-86-İnsan Sağlığı Hizmetleri alt sektörünün finansal performansında bir değişim olup olmadığının belirlenebilmesi için 2019, 2020, 2021 yıllarının ait gelir tablosu ve bilançodan yararlanılmıştır. Q-86-İnsan Sağlığı Hizmetleri alt sektöründe 2019 için 15.179 firma, 2020 yılı için 17.223 firma ve 2021 yılında toplam 19.622 firma

incelenmiştir. Buna ilaveten sağlık hizmetleri sektöründe faaliyet gösteren ve Borsa İstanbul'da (BİST) işlem gören işletmelerin sektör verilerine kıyasla ilgili dönemde finansal performansları incelenmiştir. Bu amaçla BİST'de işlem gören Lokman Hekim Engürüsağ Sağlık Turizm Eğitim Hizmetleri ve İnşaat Taahhüt A.Ş., MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş., Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş olmak üzere üç firmaya ait veriler ilgili yıllar için Kamuyu Aydınlatma Platformu'ndan (KAP) elde edilmiştir.

IV. ARAŞTIRMA BULGULARI

Çalışmada insan sağlığı hizmetleri sektörü ve BİST'de bu sektörde işlem gören firmalar incelendiğinde aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır. Tablo 1, TCMB reel sektör istatistikleri içinde yer alan Q-86-İnsan Sağlığı Hizmetleri alt sektörüne ait sektörel bilanço ve gelir tablosundan yararlanarak 2019, 2020 ve 2021 dönemleri için oluşturulmuştur (TCMB, 2022).

Tablo 1. İnsan Sağlığı Hizmetleri Sektörüne İlişkin Mali Kalemler

Mali Kalemler (₺)	2019	2020	2021
Net Kâr	1.512.738,64	2.674.665,68	4.248.436,66
Toplam Varlıklar	56.815.868,79	69.525.306,87	94.454.080,95
Net Satışlar	46.701.395,13	52.086.958,87	77.817.201,24
Öz sermaye	18.296.914,35	21.931.808,60	35.563.312,62
Finansman Gideri (faiz)	2.961.837,96	3.298.730,95	3.637.181,46

Tablo 1'de insan sağlığı hizmetleri alt sektörünün ilgili yıllar itibariyle net kârında, toplam varlıklarında, net satışlarında, öz sermayede ve finansman giderlerinde genel bir artış olduğu görülmektedir. Tablo 1'de yer alan mali kalemler DuPont oranlarının hesaplanmasında kullanılmaktadır. Tablo 1'den hareketle, Tablo 2'de insan sağlığı hizmetleri sektörünün DuPont oranları hesaplanarak gösterilmiştir.

Tablo 2. İnsan Sağlığı Hizmetleri Sektörüne İlişkin Oranlar

Oranlar	2019	2020	2021
Varlık devir hızı	0,822	0,749	0,823
Kâr marjı	0,032	0,051	0,055
Kaldıraç oranı	3,105	3,170	2,656
Borç yükü	-0,96	-0,23	0,144
Varlık getirisi	0,027	0,038	0,045
Öz sermaye getirisi	-2,45	-0,55	0,31

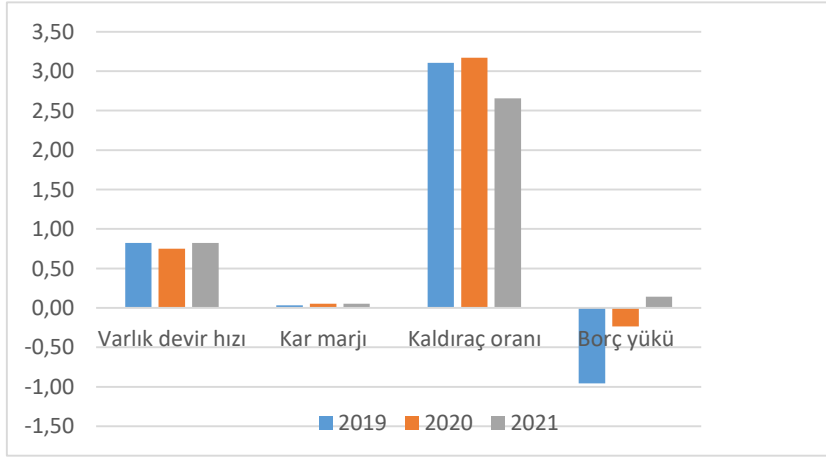
Tablo 2'de insan sağlığı hizmetleri sektörüne ilişkin oranlar değerlendirildiğinde oranlarla ilgili şu bulgulara ulaşılmıştır:

- Varlık devir hızı pandeminin başlangıcı 2020 yılında 2019 yılına kıyasla %9 düşmüş olup 2021 yılında aynı oranda bir artışla tekrar eski seviyesine gelmiştir.
- Kâr marjı, 2019'dan 2021 yılına kadar bir artış göstermiştir. Artışın yüzdesel değerine bakıldığında kâr marjı 2019'dan 2020 yılına %58, 2020 yılından 2021 yılına %6 artış göstermiştir.
- Kaldıraç oranı, 2019'dan 2020 yılına kadar %2 yükselmiş. 2021 yılında %61 azalmıştır.
- Borç yükü, 2019'dan 2020 yılına %75 ve 2020'den 2021 yılına ise %62 azalmıştır.
- Varlık getirisi, 2019'dan 2020 yılına %30 artış göstermiştir. 2021 yılında %14 artış göstermiştir. Pandemi sonrasında varlık getirisinin artış hızında bir düşüş olduğu görülmektedir.

- Öz sermaye getirisi, 2019'dan 2020 yılına %77 artmış ve 2021 yılında %43 artmıştır. Pandemi sonrasında öz sermaye getirisinin artış hızında bir düşüş olduğu görülmektedir.

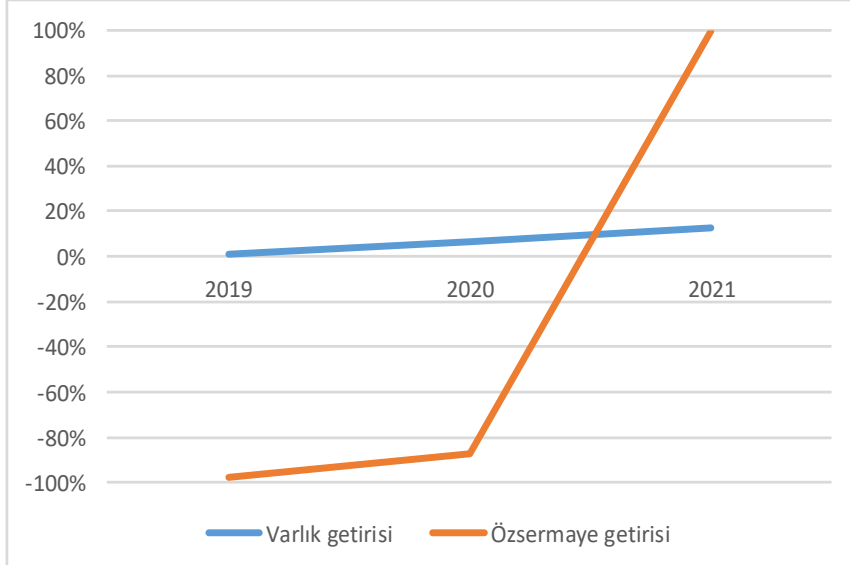
Şekil 1'de, Tablo 2'de hesaplanmış olan sektöre ilişkin finansal oranların yıllar itibariyle değişimi gösterilmektedir.

Şekil 1. İnsan Sağlığı Hizmetleri Sektörüne İlişkin Oranların Değişimi



Şekil 1'deki değişimler incelendiğinde, varlık devir hızının yüksek olması varlık başına kazancın yani varlıkların kâr elde etmede ne kadar etkin olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla varlık devir hızının yükselmesi pozitif değerlendirilmektedir (Priya, 2020). Kâr marjı, yıllar arasında bir fark göstermemekle birlikte yüzdesel değişim dikkate alındığında pandeminin sağlık sektörüne olan etkisini ortaya koymaktadır. Kâr marjının artış hızının azalmasının nedenleri, TCMB Q-86 İnsan sağlığı hizmetleri sektörel gelir tablosunda giderler açısından incelendiğinde satılan hizmet maliyetinin 2019'da 34.345.737,3 ₺ olduğu ve 2021'de 54.037.460,3 ₺'ye yükseldiği görülmüştür. Bunun yanında kur etkisini görmek açısından kambiyo zararlarına bakıldığında 2019'da 2.367.523,6 ₺ olduğu, 2021'de ise 3.996.223,3 ₺'ye yükseldiği görülmüştür. Diğer bir önemli artışında diğer olağandışı gider ve zararlar kaleminde olduğu görülmüştür. 2019'da 877.926,6 ₺ iken 2021'de 3.238.929,6 ₺'ye yükselmiştir. Buradan hareketle giderlerin pandeminin kabul edildiği 2020 yılı ve sonrasında hızlı bir şekilde artması, kâr marjında yüksek bir artış olmasının önüne geçmiştir. Kaldıraç oranı, pandeminin kabul edildiği 2020 yılında artış göstermiştir. Kaldıraç oranındaki artış, varlıkları finanse ederken öz sermayeden çok borç kullanıldığını göstermektedir. Oran yükseldikçe işletmeler üzerindeki mali yük de artmaktadır (Priya, 2020). Ancak 2021 yılına gelindiğinde kaldıraç oranının azaldığı görülmektedir. Sağlık işletmelerinin borç kullanımındaki düşüşün üzerinde, toplam sağlık harcamalarındaki artış ile sağlık sektörüne devlet destek ve teşviklerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Borç yükündeki değişim, kaldıraç oranındaki değişimi destekler niteliktedir. Bu oran, borçlanma maliyetini karşılayacak kârın olup olmadığını göstermektedir (Doorasamy, 2016). Borçlanmanın azalmasıyla, borç yükü de negatif değerden pozitif değere dönmüştür. Dolayısıyla, kârlılıktaki iyileşmenin üzerinde borç yükünün de azalmasının etkisi olduğu söylenebilir. Şekil 2'de, Tablo 2'de hesaplanmış olan sektöre ilişkin varlık getirisini ve öz sermaye getirisinin yıllar itibariyle değişimi gösterilmektedir.

Şekil 2. İnsan Sağlığı Hizmetleri Sektörü DuPont Analizi



Şekil 2 incelendiğinde insan sağlığı hizmetleri sektöründe varlık getirisi ve öz sermaye getirisinin 2019-2021 dönemlerinde artmış olduğu görülmektedir. Varlık getirisi, kâr marjı ve varlık devir hızı aracılığıyla yatırımların kârlılığını göstermektedir (Priya, 2020). Buradan hareketle, sektörün ilgili dönemlerde varlık getirisinde artış olduğu gözlemlenmiştir. Öz sermaye getirisi 2019 ve 2020'de azalan oranda negatif değerde seyrederken 2021'de pozitif değere ulaşmıştır. İlgili yıllarda öz sermaye getirisinin de sürekli artış gösterdiği söylenebilir. 2020-2021 yılları arasındaki keskin artış, sektörün borç yükündeki azalıştan kaynaklanmaktadır. 2019-2020 yılları içerisinde sektörün net kârı, borç yükünü karşılamaya yetmemektedir. Bu nedenle, bu dönemlerde borç yükü negatif değer almaktadır. 2020 yılından sonra kârdaki iyileşme borç yükü oranını da olumlu etkilemiş, dolayısıyla öz sermaye getirisinde hızlı bir artış görülmüştür.

Sektörel analizden sonra insan sağlığı hizmetleri sektöründe faaliyet gösteren ve kâr amacı güden sağlık işletmelerin sektördeki değişimlerden ve pandemiden nasıl etkilendiği görmek adına BİST'de kayıtlı olan sağlık işletmelerine DuPont analizi uygulanmıştır. KAP'a göre insan sağlığı ve sosyal hizmetler sektöründe faaliyet gösteren ve BİST'de işlem gören üç işletme bulunmaktadır:

- Lokman Hekim Engürüsağ Sağlık Turizm Eğitim Hizmetleri ve İnşaat Taahhüt A.Ş.
- MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş.
- Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş.

Lokman Hekim Sağlık Grubu, özel sağlık hizmeti sunucu olarak 5 hastane, 1 tıp merkezi ile 650'nin üzerinde yatak kapasitesine sahip olup, 1.600 kişinin üzerinde istihdam sağlanmaktadır. Aynı zamanda sağlık turizmi kapsamında Hollanda, Azerbaycan, Kosova, Irak ve Somali başta olmak üzere diğer ülkelerde sağlık turizmini artırıcı faaliyetlerde bulunarak temsilcilikler açmaktadır.

MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş.'nin faaliyet konusu sağlık hizmetleri ile ilgili olarak hastaneler, poliklinikler, ilk yardım, kan merkezleri, laboratuvarlar, huzurevi, kreş, çocuk bakım evleri açmak ve evde bakım hizmetleri sunmak, radyoloji tesisleri kurmak ve işletmek, (leasing, adi kira veya hasılat kirası yolu ile) kiralamak ve kiraya vermek, satın almak ve bu tesisleri satmak üzerinedir.

Nasmed A.Ş. insan sağlığına yönelik, hastalara ayakta ve yatırarak muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerini sunmak, bu hizmetler için gerekli olan; tüm tanı ve tedavi alanları, ayakta ve yatarak teşhis ve tedavi hizmetleri sunan sağlık tesisleri, laboratuvarlar, kan merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, üniteler gibi insan sağlığına yönelik kuruluşları inşa etmek, tadil etmek, kurmak, satın almak ve işletmek, koruyucu hekimlik dahil insan sağlığına yönelik tüm sağlık hizmetlerini vermekle iştigal etmektedir. Şirket, 2021 yılı itibarıyla KAP'da yer almaktadır. Finansal veriler, firmaların KAP'ta yayınlanan raporlarında ve kurumsal web sayfalarında yer alan bağımsız denetim raporlarından hareketle oluşturulmuştur.

Covid-19 Pandemisi öncesi için 2019, pandemi sonrası için 2020 ve 2021 yıllarına ilişkin DuPont oranları sırasıyla Lokman Hekim Sağlık Grubu için Tablo 3, MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş. Tablo 4 ve Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş. Tablo 5'de gösterilmektedir.

Tablo 3. Lokman Hekim Sağlık Grubu Mali Kalemler ve DuPont Oranları

Lokman Hekim	2019	2020	2021
Net kâr (₺)	11.006.777	29.789.179	81.837.385
Toplam Varlıklar (₺)	372.853.439	389.686.314	476.948.199
Net satışlar (₺)	335.229.041	316.730.031	453.454.826
Öz sermaye (₺)	94.183.749	129.945.395	221.194.656
Finansman Gideri (faiz) (₺)	26.420.349	18.182.152	24.817.594
Varlık devir hızı	0,90	0,81	0,95
Kâr marjı	0,032833602	0,094052272	0,180475276
Kaldıraç oranı	3,958787402	2,998846662	2,156237441
Borç yükü	-1,400371062	0,389639036	0,696745027
Varlık getirisi	0,029520385	0,076443996	0,171585479
Öz sermaye getirisi	-0,163654263	0,089322342	0,257781051

Tablo 3'te Lokman Hekim Sağlık Grubu'nun DuPont oranları gösterilmekte olup işletme 2019, 2020 ve 2021 yıllarında BİST'de işlem görmektedir. Varlık getirisi ve öz sermaye getirisi ilgili yıllarda sürekli artış göstermiştir. Varlık getirisinin artmasında, toplam varlıklardaki artışın ve net kârdaki hızlı yükselişin etkili olduğu söylenebilir. Öz sermaye getirisinde artışın temelinde net kârdaki yükselişin, bunun yanı sıra finansman giderlerindeki ve borç yükündeki azalışların etkisi olduğu görülmektedir.

Tablo 4. MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş. Mali Kalemler ve DuPont Oranları

MLP Care	2019	2020	2021
Net kâr (₺)	56.254	122.997	355.209
Toplam Varlıklar (₺)	3.914.486	4.571.850	5.748.121
Net satışlar (₺)	3.703.598	4.014.679	5.795.954
Öz sermaye (₺)	238.405	348.857	669.197
Finansman Gideri (faiz) (₺)	571.661	684.222	690.010
Varlık devir hızı	0,94612626	0,878130079	1,008321502
Kâr marjı	0,015189013	0,030636821	0,061285683
Kaldıraç oranı	16,41947946	13,1052265	8,58957975
Borç yükü	-9,162139581	-4,562916169	-0,942546501
Varlık getirisi	0,014370725	0,026903114	0,061795672
Öz sermaye getirisi	-2,161896772	-1,60875373	-0,500302601

Tablo 4'te MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş.'nin DuPont oranları gösterilmekte olup işletme 2019, 2020 ve 2021 yıllarında BİST'de işlem görmektedir. Oranlar incelendiğinde MLP Care Sağlık

Hizmetleri A.Ş.'nin varlık getirisi ve öz sermaye getirisinde artışlar olduğu gör6lmektedir. İlgili yıllarda değişimi ile ön plana çıkan kalemlerin net kârda, toplam varlıklarda, net satışlarda artışlar ve borç yükündeki azalışlar olduğu söylenebilir.

Tablo 5. Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş. Mali Kalemler ve DuPont Oranları

Nasmed	2021
Net kâr (₺)	17.440.037
Toplam Varlıklar (₺)	391.061.866
Net satışlar (₺)	169.766.767
Öz sermaye (₺)	293.312.547
Finansman Gideri (faiz) (₺)	17.589.603
Varlık devir hızı	0,434117417
Kâr marjı	0,102729393
Kaldıraç oranı	1,33325993
Borç yükü	-0,008576014
Varlık getirisi	0,044596619
Öz sermaye getirisi	-0,00050992

Tablo 5'te Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş.'nin 2021 yılında BİST'de işlem görmeye başlaması sebebiyle sadece 2021 yılına ait mali kalemleri ve DuPont oranları yer almaktadır. 2021 yılında işletmenin varlık getirisi pozitif bir değerdeyken öz sermaye getirisinin negatif bir değer aldığı gör6lmektedir. Öz sermaye getirisinin negatif değerde olmasının borç yükünden kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Buradan hareketle işletmenin, net kârının finansman yükünü karşılamaya yetmediği söylenebilir.

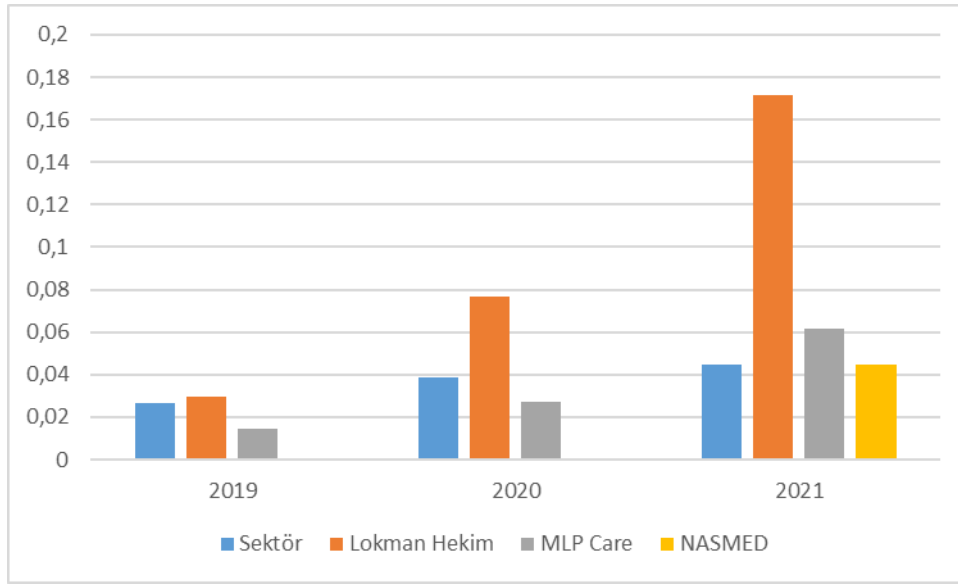
Tablo 6'da üç işletmeye ve sektöre ait DuPont oranları bir araya getirilerek işletmelerin finansal durumları ve sağlık hizmetleri sektörünün ortalamalarıyla karşılaştırılmıştır.

Tablo 6. DuPont Oranlarının Firmalar ve Sektör Arasında Kıyaslanması

Varlık Getirisi	Sektör	Lokman Hekim	MLP Care	Nasmed
2019	0,026625284	0,029520385	0,014370725	-
2020	0,03847039	0,076443996	0,026903114	-
2021	0,044978858	0,171585479	0,061795672	0,044597
Öz sermaye Getirisi				
2019	-2,445041588	-0,163654263	-2,161896772	-
2020	-0,554134342	0,089322342	-1,60875373	-
2021	0,314823268	0,257781051	-0,500302601	-0,00051

Tablo 6'da sağlık hizmetleri sektörüne ve BİST'de işlem gören üç sağlık işletmesine ait varlık getiri ve öz sermaye getiri değerleri gör6lmektedir. Buna göre Lokman Hekim A.Ş.'nin varlık getirisi, sektör ortalamasının üstünde olup ilgili yıllarda sürekli artış göstermiştir. Varlık getirisi, 2019 yılından 2020 yılına %159 kat, 2020 yılından 2021 yılına %124 kat artış göstermiştir. MLP Care A.Ş.'nin varlık getirisinin, 2019 ve 2020 yıllarında sektör ortalamasının altında kaldığı gör6lmektedir. MLP Care A.Ş.'nin varlık getirisi incelendiğinde 2019 yılından 2020 yılına %46, 2020 yılından 2021 yılına %129 oranında artmıştır. Nasmed A.Ş.'nin varlık getirisi, 2021 yılı için değerlendirilmiş ve sektör ortalamasının altında olduğu gör6lmüştür. Yıllar itibariyle üç firma için Lokman Hekim A.Ş.'nin varlık getiri oranının diğer firmalara kıyasla daha yüksek olduğu ancak son yılda MLP Care A.Ş.'nin varlık getirisindeki iyileşmenin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Şekil 3'te firmaların varlık getirisi oranının sağlık hizmetleri sektörüne kıyasla durumu gösterilmektedir.

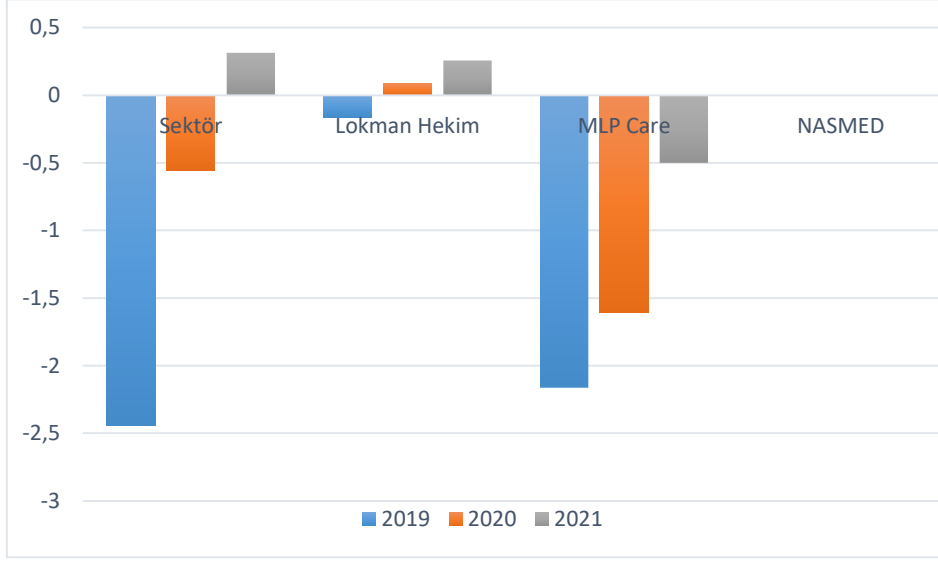
Şekil 3. Firmaların Varlık Getirisinin Sektöre Göre Değişiminin İncelenmesi



Şekil 3'e göre ilgili dönemlerde sektör varlık getirisi sürekli bir artış göstermiştir. 2019 ve 2020 için Lokman Hekim A.Ş. ve MLP Care A.Ş. kıyaslanabilmektedir. Lokman Hekim A.Ş.'nin varlık getirisi, her iki yıl için sektör ortalamasının ve MLP Care A.Ş.'nin değerlerinin üstünde gerçekleşmiştir. 2021 yılına gelindiğinde Nasmed A.Ş. borsaya kote edilmeye başladığı için varlık getirisi sadece 2021 yılı için sektör ortalamasına ve diğer iki firmaya göre değerlendirilmiştir. En yüksek varlık getirisi Lokman Hekim A.Ş.'de görülürken en düşük varlık getirisi Nasmed A.Ş.'ye aittir. 2021 yılına bakıldığında hem sektör ortalaması hem Lokman Hekim A.Ş. ve hem de MLP Care A.Ş. açısından bir iyileşme görülmektedir.

Tablo 6'da sektörel ve firma düzeyinde öz sermaye getirisindeki değişimler incelendiğinde şu bulgulara ulaşılmıştır. Lokman Hekim A.Ş.'nin yıllar itibarıyla öz sermaye getirisinde sürekli bir artış gözlemlenmiş ve 2021 yılına kadar sektör ortalamasının üstünde öz sermaye getirisine sahip olmuştur. 2021 yılında sektör ortalamasının altında kaldığı görülmüştür. 2019 yılında negatif seyreden öz sermaye getirisi daha sonraki yıllarda pozitif değer kazanmıştır. 2019 yılından 2020 yılına %155 artış ve 2020 yılından 2021 yılına %189 oranında artış olduğu görülmüştür. MLP Care A.Ş.'nin öz sermaye getirisindeki değişimlere bakıldığında artış oranı Lokman Hekim A.Ş. gibi gerçekleşmiş olmakla beraber negatif değerden çıkamamıştır. MLP Care A.Ş.'nin öz sermaye getirisi 2019 yılında 2020 yılına %159, 2020 yılından 2021 yılına %189 oranında artmıştır. Nasmed A.Ş.'nin öz sermaye getirisi, 2021 yılı için değerlendirilmiş ve sektör ortalamasının altında ve negatif değerde olduğu görülmüştür. Şekil 4'te firmaların öz sermaye getirisi, sağlık hizmetleri sektörünün genel durumuna kıyasla gösterilmektedir.

Şekil 4. Firmaların Öz Sermaye Getirisinin Sektöre Göre Değişiminin İncelenmesi



Şekil 4'e göre sektör öz sermaye getirisi ilgili dönemlerde sürekli bir artış göstermiş ve 2021 yılına gelindiğinde pozitif bir değer almıştır. 2019 ve 2020 için Lokman Hekim A.Ş. ve MLP Care A.Ş. kıyaslanabilmiştir. Lokman Hekim A.Ş.'nin öz sermaye getirisi, her iki yıl için sektör ortalamasının ve MLP Care A.Ş.'nin değerlerinin üstünde gerçekleşmiştir. MLP Care A.Ş.'nin öz sermaye getirisi ilgili dönemlerde artış göstermiş fakat 2020 ve 2021 yıllarında sektör ortalamasının altında gerçekleşmiştir. 2021 yılına gelindiğinde Nasmed A.Ş. borsaya kote edilmeye başladığı için onun öz sermaye getirisi sadece 2021 yılı için sektör ortalaması ve diğer iki firmaya göre değerlendirilmiştir. Nasmed A.Ş.'nin öz sermaye getirisi 2021 yılında sektör ortalamasının altında olup diğer iki firmayla kıyaslandığında Lokman Hekim A.Ş.'den düşük iken MLP Care A.Ş.'den daha yüksek olmuştur.

V. TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri sektöründe Covid-19 Pandemisinin kabul edildiği 2020 yılının, sonrası 2021 yılı ve pandemi öncesi 2019 yılına kıyasla DuPont analizi bileşenlerinin değişimi incelenmiştir. Bu amaçla ilk önce TCMB reel sektör istatistiklerinden hareketle Q-86 İnsan sağlığı hizmetleri sektöründe ilgili dönemdeki finansal oranların değişimi incelenmiştir. Bunu takiben sağlık sektöründe kâr amacı güden ve borsada işlem gören Lokman Hekim Engürüsağ Sağlık Turizm Eğitim Hizmetleri ve İnaşaat Taahhüt A.Ş., MLP Care Sağlık Hizmetleri A.Ş., Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş firmalarının finansal performanslarının ilgili dönemde Covid-19 Pandemisinden nasıl etkilendiğini görmek adına finansal oranlarındaki değişimler DuPont analizi ile incelenmiştir. Çalışmanın sonunda ulaşılan sonuçlar önce sektör düzeyinde sonra firma düzeyinde açıklanmıştır.

Q-86 İnsan sağlığı hizmetleri sektöründe 2019-2020-2021 döneminde finansal oranlardaki değişimler aşığıdaki gibi değerlendirilmiştir.

- Varlık devir hızında ilgili dönemde bir yükselme olmadığı görülmüştür. Buradan hareketle sektörde varlık başına düşen kârlılığı iyileştirilemediği sonuca varılabilir.
- Sektör kâr marjında değişiklikler incelendiğinde 2020 ve 2021 yıllarında kâr marjının artış hızının azaldığı görülmektedir. Sektörün gelir tablosu incelendiğinde satışların maliyeti kaleminin 2019'da 36.113.131,2 ₺, 2020'de 39.512.552,5 ₺ ve 2021 yılında 57.904.303,4 ₺ olduğu tespit edilmiştir. Kâr marjının bu durumunda 2021 yılında satışların maliyetindeki yüksek artışın etkili olduğu düşünölmektedir. İlgili yıllarda net satış gelirleri incelendiğinde 2019'da 46.701.395,1 ₺, 2020'de 52.086.958,9 ₺ ve 2021'de 77.817.201,2 ₺ olarak olmuştur. Satış gelirlerindeki artışın satış maliyetlerindeki artış kadar olmuştur.

görülmektedir. Bu artışlar enflasyon oranındaki artışa bağlanabilir. Bir önceki yılın Aralık ayına göre enflasyondaki değişim 2019 yılında %11,84, 2020 yılında %14,60 ve 2021 yılında %36,08 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2022b). 2021 yılındaki enflasyon artışı maliyetleri arttırmış olabileceğinden kâr marjındaki artışın azalmasına yol açabilmektedir.

- Sektör kaldıraç oranında ilgili dönemde düşüş olduğu görülmektedir. Bu durum, varlıkların finanse edilmesinde borçlanmanın azaldığı anlamına gelir ve olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.
- Sektör borç yükünde azalma olduğu görülmektedir.
- Yukarıda sözü geçen oranlardan hareketle sektör için hesaplanan varlık getirisi ve öz sermaye getirisi ilgili dönemlerde azalan bir artış göstermiştir. Bu oranlarda artış olması yatırımcılar açısından pozitif algılanan bir durumdur.

İnsan sağlığı hizmetleri sektöründe borsada işlem gören işletmelerin 2019-2020-2021 döneminde finansal oranlardaki değişimler sırasıyla değerlendirilmiştir. Lokman Hekim A.Ş.'de tespit edilen değişiklikler şu şekildedir:

- Varlık devir hızı 2020'de bir miktar düşmekle beraber üç yılda artış göstermiştir.
- Kâr marjı ilgili dönemde yaklaşık altı kat artmıştır. Kâr marjındaki artışta net kârdaki ve satışlardaki iyileşme dikkat çekmektedir. Bu oran yüksek olduğu ölçüde yatırımcıların ilgisini çekmektedir.
- Firmanın kaldıraç oranı yıllar itibariyle azalmıştır. Bu da varlıkların finansmanında borçtan ziyade öz sermayesinin kullanıldığını göstermektedir. Öz sermaye yapısı incelendiğinde firmanın ana ortaklığa ait öz sermayesinde artış olduğu görülmektedir.
- Firmanın borç yükü 2019 ve 2020'de azalmış fakat son yılda artmıştır. Bu durum son yıl artan finansman giderleri ile ilgilidir.
- Firmanın varlık getirisi artmıştır. İşletmenin bilançosu incelendiğinde özellikle duran varlıklara yatırım yaptığı görülmektedir (Lokman Hekim, 2022). Üç yılda duran varlık artışı %39 oranında gerçekleşmiştir. Bu orana bakarak varlıklardan elde edilen gelirin arttığı söylenebilir. Firmanın varlık getirisi, üç yıl boyunca sektör ortalamasının üstündedir.
- Firmanın öz sermaye getirisi üç yılda sürekli artmıştır. Bunun temelinde varlık devir hızındaki ve kâr marjındaki artış ile kaldıraç oranındaki azalma ve borç yükünün kısmen azalması etkilidir. Firmanın öz sermaye getirisi, 2021 yılına kadar sektör ortalamasının üstünde gerçekleşmiş ancak 2021 yılında sektör ortalamasının altına düşmüştür.

MLP Care A.Ş.'nin finansal oranlarında ilgili dönemde tespit edilen de değişiklikler şu şekilde değerlendirilmiştir:

- Varlık devir hızında pandeminin kabul edildiği 2020 yılında bir düşüş olmakla beraber 2021'de tekrar bir artış görülmektedir.
- Kâr marjı ilgili yıllarda artış göstermiştir.
- Kaldıraç oranı ilgili yıllarda düşmüştür. İşletmenin üzerindeki mali yükün azaldığı söylenebilir.
- Borç yükü ilgili yıllarda azalmıştır.
- Varlık getirisi ilgili yıllarda artış göstermiş ve 2021 yılına gelindiğinde sektör ortalamasının üzerine çıkmıştır.
- Öz sermaye getirisi ilgili yıllarda artış göstermiştir. Sektör ortalaması ile kıyaslandığında 2019 yılında firmanın öz sermaye getirisi sektör ortalamasının üstünde iken 2020 ve 2021 yıllarında sektör ortalamasının altına düşmüştür.

Nasmed A.Ş.'nin 2021'de BİST'de işlem görmeye başlaması nedeniyle finansal oranları, sektör ortalamasıyla karşılaştırılarak değerlendirilmiş ve şu bulgulara ulaşılmıştır:

- Varlık devir hızı sektör ortalamasının altındadır.
- Kâr marjı sektör ortalamasının üstündedir.
- Kaldıraç oranı sektör ortalamasının altındadır.
- Borç yükü negatif değerde ve sektör ortalamasının altındadır. Burada, net kârın finansman yükünü karşılayamadığı görölmektedir.
- Varlık getirisi sektör ortalamasına denktir.
- Öz sermaye getirisi sektör ortalamasının altındadır.

Bu bulgulardan hareketle, insan sağlığı hizmetleri sektörünün pandeminin öncesi 2019 ve pandeminin kabul edildiği 2020 ve 2021 dönemlerine ilişkin finansal performansı değerlendirildiğinde varlık getirisinde ve öz sermaye getirisinde sürekli artış olması sektöre yatırımcı çekebilmek adına pozitif bir durumdur. Sektörde faaliyet gösteren ve BİST’de işlem gören sağlık işletmelerinin ilgili dönemlerde finansal performansı incelendiğinde varlık getirisi ve öz sermaye getirisi en yüksek işletmeler sırasıyla Lokman Hekim A.Ş., MLP Care A.Ş. ve Nasmed A.Ş. olmuştur. MLP Care A.Ş.’nin varlık getirisinde artış olduğu tespit edilmiş olup öz sermaye getirisinin sektör altında kalması nedeniyle işletme, öz sermaye getirisini arttırmanın yollarına odaklanmalıdır. Nasmed A.Ş. de benzer şekilde öz sermaye getirisinin negatif değerde ve sektör ortalamasının altında olması nedeniyle yatırımcı çekebilmek için bu oranı iyileştirmelidir.

VI. SONUÇ

Sağlık sektörü hem gayrisafi yurtiçi hasıladan aldığı pay ile hem de devletten gördüğü teşviklerle büyümeye ve gelişmeye açık bir sektör olup son yıllarda tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 Pandemisinden en çok etkilenen sektörlerden biridir. Buradan hareketle çalışmada Covid-19 Pandemisinin finansal etkilerini değerlendirmek için insan sağlığı hizmetleri sektörünün ve BİST’de işlem gören sağlık işletmelerinin finansal performansındaki değişiklikler DuPont analizi ile incelenmiştir. DuPont analizi, varlık getirisi ve öz sermaye getirisine dayalı olarak finansal performansın değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Varlık getirisi, varlıkların etkin kullanılıp kullanılmadığına yönelik bir ölçüm sağlarken öz sermaye getirisi, sermayenin ne kadar etkin kullanıldığına bir ölçümdür. Dolayısıyla kârın elde edilmesinde varlıkların ve sermayenin katkısı DuPont analizi ile belirlenebilir.

DuPont analizinde kullanılan oranlar sağlık hizmetleri sektörünün Covid-19 Pandemisi öncesi ve sonrası dönemlerini temsil eden 2019, 2020 ve 2021 için incelendiğinde sektörün varlık getirisi ve öz sermaye getirisinde artış olduğu görölmüştür. Sağlık hizmetlerinin sunumunda varlıkların önemi büyüktür. Duran varlıklar, sağlık işletmelerinin faaliyetlerini sürdürebilmeleri açısından önem taşımaktadır. Sektör varlık devir hızında artış olduğu tespit edilmiştir. Artan varlık devir hızı, varlıklardan beklenen getirinin artacağı şeklinde yorumlanabilir. Sektör kâr marjı da artmıştır. Ancak artış hızında bir yavaşlama olduğu görölmektedir. Sektör gelir tablosu incelendiğinde pandeminin kabul edildiği 2020 yılı ve sonrasında giderlerde yüksek artış olması ve enflasyonun etkileri nedeniyle kâr marjının artışında bir yavaşlama olduğu düşünölmektedir. 2021 yılında kaldıraç ve borç yükü oranında düşüş olması sebebiyle sektör öz sermaye getirisi ilgili yıllarda yükselen bir değer sergilemiştir. Bu bakımdan insan sağlığı hizmetleri sektörü büyümeye ve gelişmeye açık olup yatırımcılar açısından öz sermaye getirisindeki artışın sektöre yeni firmaları çekebileceği düşünölmektedir.

2021 yılı itibariyle insan sağlığı hizmetleri sektöründe BİST’de işlem gören firma sayısı üçe çıkmıştır. Bu firmaların diğer oranları da kapsayan öz sermaye getirisi incelendiğinde sırasıyla Lokman Hekim A.Ş., MLP Care A.Ş. ve Nasmed A.Ş. yatırım açısından avantajlı görölmektedir. MLP Care A.Ş.’nin öz sermaye getirisi sektör ortalamasının altında olup daha çok yatırımcı çekebilmek adına öz sermaye getirisini iyileştirmenin yollarını araştırmalıdır. Nasmed A.Ş.’nin borsaya girdiği ilk yılda öz sermaye getirisi sektör ortalamasının altında ve negatif değerdedir. Nasmed A.Ş. de benzer şekilde öz sermaye getirisini iyileştirmenin yollarına odaklanmalıdır.

Karadeniz ve Koşan'ın (2017) sağlık sektöründe DuPont analizi yaptıkları, 2012-2013 ve 2014 dönemini kapsayan çalışmanın sonuçlarıyla kıyaslandığında bulguların genellikle uyumlu olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra bazı farklılıklar da mevcuttur. Geçen on yıllık süre içerisinde sağlık sektörünün hem varlık getirisinin hem de öz sermaye getirisinin azaldığı görülmektedir. Buna ilaveten satılan hizmet maliyeti ve kambiyo zararlarının yıllar içerisinde gelir tablosunda yüksek bir paya sahip olmasında bir değişiklik olmadığı, fakat 2019-2020 ve 2021 dönemlerinde bu kalemlere ilaveten diğer olağandışı gider ve zararların yükseldiği görülmektedir. Bu noktalardan hareketle, sağlık sektörü ve bu sektörde işlem gören firmalar pozitif getiri oranları ile yatırımcılar için cazip bir konumdadır. Ancak aradan geçen on yıllık sürede getiri oranlarının azalması sektörde faaliyet gösteren işletmelerin göz önünde bulundurmalarının fayda sağlayacağı bir noktadır. Bu işletmeler, sağlık hizmetlerinin sunumunda maliyetlerin azaltılması, kur farklarının yol açtığı kambiyo zararları dolayısıyla yabancı para kullanımının azaltılmasının yolları değerlendirebilir. Diğer olağandışı gider ve zararlara yol açan unsurların araştırılması ve bunların iyileştirilmesine yönelik çözümlerin geliştirilmesiyle kârlılık ve getiri oranlarının daha pozitif bir ivme kazanacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın literatüre katkıları şöyle sıralanabilir. İlk olarak Covid-19 Pandemisinin sağlık hizmetleri sektöründe finansal etkisini sektörel düzeyde ortaya koymuştur. İkinci olarak BİST'de işlem gören, firma değerini yükseltmek ve yatırım çekme hedefleri olan sağlık işletmeleri üzerinde pandeminin etkisini firma düzeyinde ortaya koymuştur. Son olarak firma performansının yatırımcılar, yöneticiler ve diğer karar alıcılar tarafından DuPont oranları ile değerlendirmenin etkileri tartışılmıştır. Çalışmanın, başka sektörlerle nazaran sağlık sektöründe hükümet düzenlemelerinin baskın olması ve sağlık hizmeti sunan işletmelerin emek yoğun özellikte olmasından hareketle Covid-19 Pandemisinde sağlık sektörünün operasyonel verimliliğinin ve kâr marjlarının değerlendirilmesi açısından da literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın kısıtlarından ilki, Covid-19'un etkisinin sadece sağlık hizmetleri sektöründe incelenmesidir. Daha sonraki çalışmalar diğer sektörleri de içerebilir. İkinci olarak, incelenen firma sayısının küçük olması nedeniyle, gelecekteki araştırmalarda daha çok işletme konu edinilerek Covid-19 Pandemisinin uzun vadeli etkisi incelenebilir. Son olarak Nasmed Özel Sağlık Hizmetleri Ticaret A.Ş.'nin 2021 yılında borsada işlem görmeye başlaması nedeniyle sadece bir yıla ilişkin mali verilerin kullanılması üç yıllık periyodun kıyaslanmasında bir kısıt oluşturmaktadır. Gelecekteki çalışmalarda bu durum dikkate alınarak daha uzun dönemli finansal veriler incelenebilir.

Etik Kurul İzni: Çalışmada kamuya açık veri kullanılmıştır.

KAYNAKÇA

- AHA. (2020, Eylül). *The effect of Covid-19 on hospital financial health*. https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/07/KH-COVID-Hospital-Financial-Health_FINAL.pdf
- Akyüz, F., Yeşil, T., & Kara, E. (2019). İşletmelerin DuPont kârlılık analiziyle performansının belirlenmesi: Borsa İstanbul imalat sektörü örneği. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 83, 61-84.
- Arslan, Ö., & Ülker, Y. (2021). İmalat sektörünün finansal durumunun DuPont analizi yöntemiyle değerlendirilmesi. *Turkish Studies-Economics Finance Politics*, 16(1), 51-66.
- Aydemir, İ. (2018). Hastanelerde finansal performansın değerlendirilmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası hastane hizmetleri sektör bilançolarında bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(2), 133-149.
- Bauman, M. P. (2014). Forecasting operating profitability with DuPont analysis: Further evidence. *Review of Accounting and Finance*, 13(2), 191-205.

- Brealey, R. A., Myers, S. C., & Marcus, A. J. (2007). *İşletme finansının temelleri* (Çev. Ü. Bozkurt, T. Arıkan, H. Doğukanlı). Literatür Yayıncılık.
- Burja, V., & Mărginean, R. (2014). The study of factors that may influence the performance by the Dupont analysis in the furniture industry. *Procedia Economics and Finance*, 16, 213-223.
- Bülüç, F., Özkan, O., & Ağırbaş, İ. (2017). Üniversite hastanelerinin finansal performansının oran analizi yöntemiyle değerlendirilmesi. *Business & Management Studies: An International Journal*, 5(2), 268-281.
- Chang, K. J., Chichernea, D. C., & HassabElnaby, H. R. (2014). On the DuPont analysis in the health care industry. *Journal of Accounting and Public Policy*, 33(1), 83-103.
- Curtis, A., Lewis-Western, M. F., & Toynbee, S. (2015). Historical cost measurement and the use of DuPont analysis by market participants. *Review of Accounting Studies*, 20(3), 1210-1245.
- Doorasamy, M. (2016). Using DuPont analysis to assess the financial performance of the top 3 JSE listed companies in the food industry. *Investment Management and Financial Innovations*, 13(2), 29-44.
- Eldenbug, L. G., Krishnan, H. A., & Krishnan, R. (2017). Management accounting and control in the hospital industry: A review. *Journal of Governmental & Nonprofit Accounting*, 6(1), 52-91.
- Ignat, I., & Feleaga, L. (2019). The role of IT in the logistics sector: The impact of DuPont model on the profitability of IT companies. *LogForum*, 15(2), 191-203.
- Işıkçelik, F., Durur, F., & Günaltay, M. M. (2021). Özel hastane finansal performansının DuPont finansal analiz yöntemiyle değerlendirilmesi. *Alanya Akademik Bakış*, 5(2), 773-791.
- Jin, G., Xu, J., Liu, F., Haris, M., & Weqar, F. (2022). Does R&D investment moderate the relationship between the Covid-19 pandemic and firm performance in China's high-tech industries? Based on DuPont components. *Technology Analysis & Strategic Management*, 34(12), 1464-1478.
- Jin, Y. (2017). DuPont analysis, earnings persistence, and return on equity: Evidence from mandatory IFRS adoption in Canada. *Accounting Perspectives*, 16(3), 205-235.
- Karadeniz, E., & Koşan, L. (2017). Hastane hizmetleri sektörünün aktif ve özsermaye kârlılık performansının analizi: Hastane hizmetleri sektör bilançolarında bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 5(1), 37-47.
- Kasilingam, R., & Jayabal, G. (2012). Profitability and solvency analysis of a manufacturing company using DuPont and Altman model. *BVIMR Management Edge*, 5(2), 53-64.
- Koşan, L., & Karadeniz, E. (2014). Konaklama ve yiyecek hizmetleri alt sektörünün finansal performansının Dupont finansal analiz sistemi kullanılarak incelenmesi. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 11(2), 75-89.
- KPMG. (2020, Ekim). *Covid-19 gündemi yeni gerçeklikte makro trendler*. <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/tr/pdf/2020/07/covid-19-gundemi.pdf>
- Küçükbay, F., Uysal, D., & Çırak, A. N. (2021). Covid-19 salgının dünya ekonomisi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(4), 15-20.

Küçükşavaş, N. (2012). *Finansal muhasebe* (12. Bs.). Kare Yayınları.

Labro, E. (2015). Health-Care costs: discussion of “the impact of changes in regulation on cost behavior”. *Contemporary Accounting Research*, (32)2, 567-574.

Lokman Hekim. (2022, Aralık). <https://ir.lokmanhekim.com.tr/finansal-sonuclar/>

Manjunatha, T., & Gujjar, J. P. (2018). Performance analysis of Indian information technology companies using DuPont model. *IUP Journal of Management Research*, 17(4), 7-14.

OECD. (2022, Kasım). *Health expenditure*. <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-expenditure.htm#:~:text=As%20a%20result%20of%20the%20substantial%20spending%20growth%20and%20the,up%20from%208.8%25%20in%202019>

Priya, R. (2020). DuPont analysis of IndiGo (Inter Globe Aviation Ltd.) and SpiceJet: A study of domestic airlines in India with the help of two-tailed t-test. *International Journal of Business Analytics and Intelligence*, 8(2), 29-4.

Soliman, M. T. (2008). The use of DuPont analysis by market participants. *The Accounting Review*, 83(3), 823-853.

Songur, C., Kar, A., Top, M., Gazi, A., & Babacan, A. (2016). Türkiye kamu hastane birlikleri hastanelerinin finansal performanslarının değerlendirilmesi: Finansal tablo analizleri. *Sayıştay Dergisi*, 100, 1-26.

TCMB. (2022, Ekim). *Reel sektör istatistikleri*. <http://www3.tcmb.gov.tr/sector/2020/#/tr/Q/insan-sagligi-ve-sosyal-hizmet-faaliyetleri>

TÜİK. (2022a, Kasım). *Sağlık harcamaları istatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>

TÜİK. (2022b, Aralık). *Enflasyon ve fiyat*. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=enflasyon-ve-fiyat-106>

WHO. (2023, Mart). *WHO coronavirus (COVID-19) dashboard global situation*, <https://covid19.who.int/>

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HEMŞİRELERDE SAMİMİ DAVRANIŞLARIN İŞ TATMİNİYLE İLİŞKİSİNDE MUTLULUĞUN ARACI ROLÜ

Mehmet Ali TAŞ*

ÖZ

Bu araştırmanın amacı, hemşireler bağlamında samimi davranışların iş tatminiyle ilişkisini tespit etmek ve mutluluğun bu ilişkideki aracı rolünü ortaya koymaktır. Bu amaç doğrultusunda kolayda örnekleme yöntemi ve anket tekniği kullanılarak Isparta ve Burdur kent merkezlerinin kamu sağlık kurumlarında çalışan 256 hemşireden veri toplanmıştır. Toplanan veriler Jamovi 2.3.18 yazılımı programı kullanılarak analiz edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda, hemşirelerin samimi davranışlarının, onların iş tatminlerini ve mutluluklarını olumlu şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Mutluluğun da hemşirelerin iş tatminleri üzerinde arttırıcı bir etkiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmanın en önemli bulgusu ise hemşirelerin samimi davranışlarının iş tatminleri üzerindeki etkisinde mutluluğun aracı rolüdür. Sonuç olarak, hemşirelerin çalıştıkları çevrede sergiledikleri samimi ve içten davranışlarının onlara mutluluk olarak yansıdığı ve bu sayede işe dair değerlendirmelerini olumlu anlamda etkilediği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Samimi davranışlar, mutluluk, iş tatmini, hemşireler.

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, matas@mehmetakif.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9714-7188>

Gönderim Tarihi: 20.02.2023

Kabul Tarihi: 23.05.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Taş, M. A. (2023). Hemşirelerde samimi davranışların iş tatminiyle ilişkisinde mutluluğun aracı rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 479-494

THE MEDIATOR ROLE OF HAPPINESS IN THE RELATIONSHIP OF SINCERE BEHAVIOR AND JOB SATISFACTION IN NURSES

Mehmet Ali TAŞ*

ABSTRACT

The purpose of this research is to examine the relationship between sincere behaviors and job satisfaction in the context of nurses and to reveal the mediating role of happiness in this relationship. For this purpose, data were collected from 256 nurses working in public healthcare institutions in the city center of Isparta and Burdur using convenience sampling method and survey technique. The collected data was analyzed using the Jamovi 2.3.18 software program. As a result of the analysis, it was determined that the sincere behavior of the nurses positively affected their job satisfaction and happiness. It was also revealed that happiness has an increasing effect on nurses' job satisfaction. The most important finding of the study is that happiness has a mediating role in the relationship between sincere behaviors and job satisfaction. Conclusion, it can be inferred that the sincere behavior of nurses in the environment they work reflects on them as happiness and thus improves their evaluation of the job in a positive way.

Keywords: Sincere behaviors, happiness, job satisfaction, nurses.

ARTICLE INFO

* Assist. Prof. Dr., Burdur Mehmet Akif Ersoy University, Department of Health Management, matas@mehmetakif.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9714-7188>

Received: 20.02.2023

Accepted: 23.05.2023

Cite This Paper:

Taş, M. A. (2023). Hemşirelerde samimi davranışların iş tatminiyle ilişkisinde mutluluğun aracı rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 479-494

I. GİRİŞ

Sağlık sektörünün emek-yoğun bir çalışma sistemine sahip olduğu bilinmektedir. Özellikle hemşireler; polikliniklerde, yoğun bakımda, acil servislerde ve yataklı servislerde hizmet vermektedirler. Bu durum onların, hastane içerisinde her birimde olduklarını dolayısıyla hem hasta ve hasta yakınlarıyla hem de diğer sağlık personeliyle yakın temas halinde çalıştıklarını göstermektedir (Doğan ve Sığı, 2017). Özellikle Covid-19 salgının yoğun yaşandığı dönemlerde hemşireler aylar boyunca neredeyse dinlenmeden yoğun bir şekilde ve ölümlerle burun buruna çalışmışlardır (Park vd., 2022). Yoğunluk ve yorgunluk içerisinde çalışan bu hemşireler, çok sayıda olumsuz olaylarla ve durumlarla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Yüksek tempoda ve insanlarla yakın ilişki içerisinde çalışmak ise duygu durumlarını, bu duyguların işe ve sosyal hayata yansımalarıyla ilgili konuları gündeme getirmektedir. Şiddete maruz kalma endişesinin yanında ayrıca hastaların acısını yatıştırmak, hasta yakınlarının kaygılarını azaltmak ve onları sakinleştirmek gibi görevleri de üstlenmektedirler. Bu ağır yükün altında elbette hemşirelerin zorluk çekmesi kaçınılmaz olmaktadır. En başında duygularını kontrol etmeleri ve duygusal çatışma yaşamaları daha olası hale gelmektedir (Doğan ve Sığı, 2017). Bu anlamda hemşireler, yüksek düzeyde duygusal emek vermek durumunda kalmaktadır (Değirmenci ve Baykal, 2022).

Hemşireler, hastalarla etkileşim halinde oldukları süreç boyunca bazen içten ve samimi, bazen de yüzeysel bir tavır sergilemek zorunda kalabilmektedir. Bu durum, hemşirelerin sadece olumlu gelişmelerle değil, aynı zamanda olumsuz durumlarla da karşılaşmaları ve duygularını doğal bir şekilde ifade edememeleri nedeniyle ortaya çıkabilmektedir (Güngör, 2009; Değirmenci Öz ve Baykal, 2018). Böyle bir durumda zaten aşırı iş yükü nedeniyle zorlanan hemşirelerin işten memnun ve mutlu olmalarını beklemek gerçeklerle bağdaşmamaktadır. Öyle ki Javanmardnejad ve diğerleri (2021), sağlık sisteminde hayati bir role sahip olan hemşirelerin mutluluklarını artırmanın temel adımlarından bir tanesinin iş tatminlerini sağlamaktan ve iş yaşam kalitelerini yükseltmekten geçtiğini ifade etmektedirler. Dolayısıyla sağlık sektöründe, iş tatmini hala üzerinde durulan önemli konular arasında yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda hemşirelerin yüksek düzeyde iş tatminsizliği yaşamaya devam ettiği ifade edilmektedir (Hayes vd., 2010). Genel olarak iş tatmininin ise işten ayrılma ve devamsızlık gibi bazı önemli örgütsel davranışlarla ilişkili olduğuna inanılmaktadır (Fisher ve Locke, 1992; Seo vd., 2004).

Hemşirelerin iş tatminleri ve mutlulukları ise hiç şüphesiz hastalarla kurulan ilişkiden beslenmektedir. Nitekim Duygusal Bulaşma Kuramı (Hatfield vd., 1992) bu duruma ışık tutmaktadır. Bu kurama göre bireyler arasındaki duygusal durumlar transfer edilmektedir. Hastaların hemşirelere olumsuz duygularını (öfke, kaygı, korku vb.) yansıtmaları hemşirelerin de olumsuz duygu durumu yaşamalarına ve olumsuz tepki vermelerine neden olabilmektedir. Öyle ki hastalar tarafından kötü muamele görmenin hemşirelerin iş yeri mutluluklarına zarar verdiği ortaya çıkmıştır (Liu vd., 2021). Hastanın memnuniyeti de elbette hemşirelere olumlu şekilde yansımaktadır. Öte yandan hemşirelerin hastalara karşı ne kadar pozitif duygularla yaklaşırsa hastaların da hemşirelere olumlu bir ruh haliyle yaklaşacakları, bu durumun iş tatminini ve mutluluğu beraberinde getireceği düşünülmektedir (Hatfield vd., 1992).

Hemşireler üzerinde duygusal emekle ilgili yapılmış çalışmalar (Park vd., 2022; Değirmenci ve Baykal, 2022; Doğan ve Sığı, 2017) mevcuttur. Fakat hemşirelerin samimi davranışlarının iş tatminleri ve mutlulukları üzerinde yarattığı etkiyi gösteren ve samimi davranışların iş tatminini etkilerken mutluluğun aracı rolünü ortaya koyan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Oysa hemşirelerin hem hastalarla hem de hasta yakınlarıyla oldukça yoğun bir iletişim halinde çalıştığı aşikârdır. Bu süreçte hemşirelerin hastalara ve hasta yakınlarına karşı empati ile yaklaşmaları beklenmektedir (Adeniji vd., 2015; Doğan ve Sığı, 2017). Nitekim hümanist bir yaklaşımla insanlara saygı göstermek, değer vermek ve onlara karşı pozitif davranmak hemşirelik mesleğinin özünü oluşturmaktadır. İnsancıl tutum ve davranışlar, hasta ile hemşire arasında karşılıklı iyi etkileşimi inşa etmekte ve hastaların daha hızlı iyileşmelerini sağlayabilmektedir (Zamaniniya, 2021). Öte yandan hemşireler, bu zor süreci idare ederken azalan iş tatminiyle ve mutsuzlukla karşı karşıya kalmaktadırlar (Park vd., 2022). Bu nedenle her sektörde çalışanların duygularına ve bu duyguların iş

hayatına olan yansımalarına ilgi gittikçe önem kazanmakta (Ashforth ve Humphrey, 1995) ve duyguların iş ortamındaki ifadesi, işin bir parçası olduğuna dair bir farkındalığın olduğu görülmektedir (Zapf, 2002). Dolayısıyla sağlık sektörü dâhil nerdeyse tüm kurumlarda iş tatminini ve mutluluğu arttırmanın yollarının neler olduğuyula ilgili araştırmaların yapılmaya devam ettiği görülmektedir (Ward ve King, 2017).

Alan yazında mevcut kanıtlara dayanarak bu araştırmada; samimi davranışlar, mutluluk ve iş tatmini ilişkisinin hemşireler bağlamında incelenmesi amaçlanmaktadır. Hemşirelerin doğal, samimi ve içten sergiledikleri duygularının hasta memnuniyetini, mutluluğunu ve pozitif tepkilerini arttırabileceği düşünülmektedir. Bu sayede hastaların hoşnutluğunun, hemşireleri de mutlu etmesi beklenmektedir. Bu karşılıklı etkileşim içerisinde samimi davranışların aslında hemşirelerin mutluluk düzeylerini arttırdığı için yaptıkları işten tatmin olabilecekleri düşünülmektedir. Bu ilişki ve etkileşim modelinde mutluluğun aracı rolü merak edilmektedir.

II. TEORİK ÇERÇEVE

2.1. Samimi Davranışlar

Etkili, verimli ve başarılı bir sağlık hizmeti sunumunda duygusal emek tartışmasız ölçüde önemlidir (Yang ve Chang, 2008; Pandey ve Singh, 2016). Duygusal emek; belirlenmiş birtakım kalıplar içerisinde ve ücret karşılığında hizmet verilen kurumun beklediği duygu ve davranışların sergilenmesidir (Hochschild, 1983). Duygusal emeğin üç boyutu bulunmaktadır. Bunlardan ilki derinlemesine rol yapmaktır. Burada hemşireler, derin bir empati içerisinde hastaların duygusal çöküntülerini hissettikleri ve hastaların mutlu olması için mücadele ettikleri, profesyonelce düşündükleri, çözüm odaklı davrandıkları görülmektedir. İkincisi yüzeysel rol yapmaktır. Burada hemşireler, kurumun beklediği duygu ve davranışları sergilemektedirler. Hemşirelerin; üzüntü, öfke ve sıkıntı anında maske takarak sabırlı, güler yüzlü ve nazik olmaya çalıştıkları görülmektedir (Hochschild, 1983; Zapf, 2002; Değirmenci ve Baykal, 2022; Pandey ve Singh, 2016). Bu durumda içinden gelmeden hastaya gülümseyen bir hemşire yüzeysel rol yaptığı, öte yandan hastayla ilgilenirken “Superman” rolünü sergileyen bir hemşire ise derinden rol yaptığı ifade edilmektedir (Doğan ve Sığırı, 2017). Aslında yüzeysel davranışta değiştirilen duygular değil davranışlardır (Grandey, 2003). Özünde çalışanın derinlerde hissettiği içsel duyguları değişmemektedir (Pandey ve Singh, 2016). Bu nedenle yüzeysel rol yapmada içsel duygular ile etkileşim sırasında sergilenen dış ifade arasında duygusal uyumsuzluk meydana gelmektedir. Hissetmesi gerekeni hissedememek, kişinin kendini ikiyüzlü hissetmesine ve uzun vadede kendi duygularına yabancılaşmasına, özgüveninin zayıflamasına ve bunalıma girmesine yol açabilmektedir (Zapf, 2002).

Duygusal emeğin üçüncü boyutu ise samimi davranışlardır. Samimi davranışlar, doğal duygular neticesinde ortaya çıkan içten davranışları ifade etmektedir (Ashforth ve Humphrey, 1993; Grandey, 2003; Değirmenci Öz ve Baykal, 2018). Samimi davranışlar çerçevesinde, her zaman işin gerektirdiği rollerin sergilenmesinin gerekmediğine, bazı durumlarda hissedilen gerçek duygular ile sergilenmesi gereken davranışların örtüşebileceğine inanılmaktadır (Ashforth ve Humphrey, 1993). Samimi davranışlar, hemşirelerin herhangi bir maske takmadan duygularını davranışlarına yansıtmaktadır. Burada hemşireler, derinden bir empati kurma ihtiyacı hissetmemekte veya yüzeysel rol yapmamaktadır. Kurumun beklentisi ve baskısı nedeniyle bu davranışlar sergilenmemektedir. Bu nedenle samimi davranışlar; rol oynamaktan uzak, iyi niyeti ve gerçekçi bir duygu durumunu ifade etmektedir (Hur vd., 2015). Çalışanlar hissettikleri duyguları doğal, samimi ve içten gelerek davranışlarına yansıtmaktadır. Bu davranışlar aynı zamanda kurumun çalışandan beklediği davranışlarla da benzeşmektedir (Atasoy ve Turan, 2019). Samimi hemşireler, gerçekten hastalara yardım etmek için istekli ve hazır olmakta hatta samimi duyguların bir sonucu olarak hastalarını kaybettiklerinde ağlayabilmektedirler. Duyguların olumlu olması ise hem işten keyif alınmasını hem de mutluluk düzeyinin artmasını sağlayabilecek bir potansiyele sahiptir.

2.2. İş Tatmini

İş yaşamının önemli bir bileşeni olan duygular, giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. İş tatminin ise çalışanların olumlu ruh hallerinin ve duygularının bir göstergesi olabileceği belirtilmektedir (Weiss, 2002; Han ve Kakabadse, 2009). Dolayısıyla iş tatmini, bireyin iş değerlerini yaşaması ve bundan kaynaklanan haz verici duygusal durumu veya tepkisi olarak tanımlanmaktadır (Locke 1969; Liu vd., 2017). İş tatmini genel olarak görev, ücret, fayda, iş arkadaşları, statü ve yönetim gibi çeşitli bileşenlere dair bütüncül ve evrensel bir tutumun göstergesidir (Wang vd., 2012). Bu nedenle aslında iş tatmini; işin kendisiyle, yönetimin tutumuyla ve işin sonuçlarıyla ilgili çalışanın yaptığı öznel değerlendirmesidir. İşe ilişkin gelişen algılara dair içsel bir tepkidir (Aşan ve Erenler, 2008). Çalışanların mevcut işlerinden ne kadar keyif aldıklarını yansıtan duygusal bir yapı olup yaşam doyumunun önemli bir parçasıdır (Duffy vd., 2013). İş tatminsizliği ise bireyin, önemseydiği iş değerlerini yaşamasının engellenmesi neticesinde ortaya çıkan olumsuz bir duygu durumunu ifade etmektedir (Yang ve Chang, 2008).

İş tatmini örgütsel bağlılığın ve sadakatin önemli bir öncüsüdür (Yang ve Chang, 2008). Çalışanların işleri hakkında hissettikleri coşku ve tanımlanmış görevleri yerine getirmelerini sağlayan pozitif bir enerji kaynağıdır (De Clercq vd., 2019). Bu nedenle iş tatmini hemşirelerin işle ilgili olumlu bir değerlendirme yapmaları için kritik bir öneme sahiptir. Hemşirelerde yüksek iş tatmini; yüksek düzeyde bir moral, memnuniyet, motivasyon ve mutluluk kaynağına dönüşebilmektedir. Bu durum elbette işten ayrılmanın da önüne geçmektedir (Hayes vd., 2010). Hatta iş tatmininin iş performansı ile ilişkisi kanıtlanmıştır. Memnun çalışanlara sahip bir kurum, daha etkili ve üretken olma ihtimali yüksektir (Eliyana ve Ma'arif, 2019). İş tatmini daha fazla yaşam memnuniyeti (Duffy vd., 2013) ve fiziksel sağlık gibi birçok olumlu değişkenle ilişkilendirilmektedir (Allan vd., 2018). Ayrıca tükenmişliği de önleyen önemli bir savunma kalkanıdır (Ghislieri vd., 2019).

2.3. Mutluluk

İş hayatında birçok çalışan, işi sadece bir gelir kaynağı olarak değil, aynı zamanda yaşam doyumunun ve mutluluğun bir anahtarı olarak görmektedir (Duffy ve Sedlacek, 2010). Fakat günümüzde zor çalışma ortamları içerisinde çalışanların mutlu kalması gittikçe zorlaşmaktadır. Hatta çok sayıda çalışanın mutluluğu yitirdiği iddia edilmektedir. Çalışanların moralinin zayıfladığı, örgüte ve işe karşı güvenlerinin sarsıldığı ve neşelerini kaybettiği ifade edilmektedir (Manion, 2003). Kaybedilen bu mutluluk hazinesinin geri kazanılması için de çalışmaların gittikçe arttığı görülmektedir.

Mutluluğun dışsal faktörlerden büyük ölçüde beslendiği ileri sürülse de aslında temel kaynağının içsel faktörler olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda insanların, kendi mutluluğunu yaratabilecek bir güce sahip olduğu söylenmektedir (Koydemir ve Bulgan, 2017). Öyle ki mutluluk, insanların nasıl hissettikleriyle ve bir bütün olarak hayatlarına ilişkin nasıl bir bakış açısına sahip olduklarıyla ilgilenebilir (Hendriks ve Bartram, 2019). Mutluluğun, insanın yaşamına ilişkin yaptığı öznel değerlendirmeye bağlı olarak geliştiği ifade edilmektedir. Bu bağlamda mutluluk, genel anlamda hoş bir ruhsal hal, huzur ve olumlu tutumlardan oluşmaktadır (Fisher, 2010).

Mutluluk; insanların yaşam tatminini ve kalitesini geliştirmekte, olumsuz duygularını azaltmakta, sağlık durumlarını desteklemekte ve yaşamdan zevk almalarını sağlamaktadır. Mutluluk; ayrıca tükenmişliğin ve işten ayrılma niyetinin azalmasına zemin hazırlamaktadır (Khosrojerdi vd., 2018). Mutlu olan insanlar genelde işlerinden memnun ve işi anlamlı bulma eğilimindedir. Hatta mutluluk işte ve yaşamda anlam yaratmanın başlangıç noktasıdır. İşin anlamlı olduğunu düşünen kişilerin yüksek mutluluk seviyesinde oldukları ileri sürülmektedir. Dolayısıyla insanların mutluluğu aynı zamanda onların işyerindeki motivasyonlarını ve performanslarını etkileyeceği ifade edilmektedir (Ward ve King, 2017). Bununla birlikte mutlu insanların daha güçlü bağışıklık sistemine sahip yaratıcı, esnek ve daha başarılı olduğu bilinmektedir. Mutlu insanlar daha sosyal ve enerjiktirler. Sağlıklı bir bağ kurma ve ilişki geliştirme ihtimalleri yüksektir. Daha fazla diğerkâm ve güvenilir

olduklarına dair bir izlenim yaratmaktadırlar (Koydemir ve Bulgan, 2017). Sözün özü mutluluk insanlar için duygusal bir maaşa benzemekte, dingin, zengin ve sağlıklı bir yaşamın öncülü olduğu görülmektedir (Biswas-Diener ve Dean, 2010).

2.4. Değişkenler Arasındaki İlişki ve Hipotezlerin Geliştirilmesi

İş, günlük yaşamın önemli bir bölümünü işgal etmektedir (Rosso vd., 2010). Elbette işyerinde harcanan bunca zamanın nasıl yaşandığı hem birey hem de örgüt için sonuçlar yaratmaktadır. Nitekim sağlık çalışanlarından güler yüz, empati, merhamet, şefkat, yardımseverlik ve güven vericilik gibi tutum ve davranışlar beklenmektedir. Hemşireler; hastaya ve hasta yakınlarına kötü haber verirken veya acı çeken hastayı sakinleştirirken duygularını davranışlarına yansıtılabilmektedir (Güngör, 2009; Değirmenci Öz ve Baykal, 2018). Öyle ki yapıcı ve içten sergilenen davranışların, hemşirelerin işten memnun olmalarını ve işlerine karşı daha fazla ilgi duymalarını sağlamaktadır. Hemşirelerin acıyla boğuşan hastalara karşı samimi ve merhametli yaklaşımı hem hastayı hem de hasta yakınlarını rahatlatmaktadır. Bu sayede hemşireler de onlardan olumlu geri bildirimler almaktadır. Bu durum hemşirelerin yaptıkları işi değerli ve anlamlı bulmalarını sağlayarak işten elde ettikleri tatmin düzeylerini yükseltebilmektedir. Hemşirelerin mutluluğunu arttırarak motivasyon düzeylerine katkı sağlamaktadır (Zamaniniya, 2021). Bu tür samimi davranışlar, hemşirelerde hümanist bir yaklaşımın benimsendiğini ortaya koymaktadır.

Hastaların hemşirelere karşı olumlu tutumları, hemşirelerin içtenlikle onlara yardım etmelerine, destekleyici ve sevecen olmalarına etki etmektedir (Değirmenci ve Baykal, 2022). Öyle ki olumlu duygu sarmalında olan hemşire ve hastalar, pozitif duygu ve enerji alışverişinde bulunabilmektedirler (Zamaniniya, 2021). Bu nedenle içten davranışların iş ortamında dayanışma ağı kurduğu bilinmektedir. Samimi davranışların hastaların kendini güvende hissetmesine, hemşirelerin ise öz güven kazanmalarına böylece mutluluklarının artmasına yol açtığı ifade edilmektedir (Yang ve Chang, 2008; Hur vd., 2015). Bu durum hemşirelerin ve hastaların mutluluğuna da yansımaktadır. Bu nedenle hemşirelerin mutluluğu ve iş tatminleri sarmal şeklinde birbirini etkileyerek düzeyleri artmaktadır. Nitekim iş tatmininin altında yatan faktörün mutluluk olduğu ifade edilmektedir (Hyun-Ji ve Hyunkyung, 2017). Mutlu hemşirelerin ise işlerine amaç yükleme eğilimleri artmaktadır (Khosrojerdi vd., 2018). Bu mutluluk ayrıca hemşirelerin diğer çalışanlarla ilişkilerini geliştirmelerine ve sosyal destek bulma olasılıklarına zemin hazırlamaktadır. Yapılan işe dair olumlu bir algının gelişmesine ve huzurlu bir çalışma ortamının inşa edilmesine katkı sağlamaktadır (Zamaniniya, 2021).

Öte yandan aşırı iş yükünün çalışanların iş tatminleri ve sonuç olarak iş performansları üzerinde zararlı etkileri bulunmaktadır. Artan iş yükünün hemşirelerin verimsiz olmalarına yol açtığı bilinmektedir (Ward ve King, 2017). Bu da stres ve gerginlik yaratan olumsuz bir duygunun deneyimlenmesine yol açmaktadır. Sonucunda ise çalışanlarda agresif ve savunmacı bir tepki ortaya çıkmaktadır. Ancak olumsuz duygu durumlarında pozitif davranmak, duygu çelişkisine yol açmaktadır (Grandey vd., 2002). Çünkü yüzeysel rol davranışlarının stres, tükenmişlik ve psikolojik/fiziksel hastalıklar gibi olumsuz sonuçlara yol açtığı bilinmektedir (Değirmenci ve Baykal, 2022; Oral ve Köse, 2011). Hemşireler; hastaların çektikleri acı ve ıstıraba maruz kaldıklarında ve ağır iş yükü altında zor çalışma şartlarında çalıştıklarında mutsuzluk ve stres ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu durum onlarda öfke, tükenmişlik ve uyku bozukluğuna yol açmaktadır. Hatta hemşireleri yaptıkları işin değerini sorgulatmaya itmekte ve onların tükenmişlik düzeylerini arttırmaktadır (Javanmardnejad vd., 2021). Sağlık kurumlarında tükenmişlik ise bir endişe kaynağı olması sebebiyle beraberinde yorgunluğu, performans kaybını, devamsızlığı, moralsizliği getirmekte ve hizmet kalitesinin düşmesine yol açmaktadır. Bu zararlı durumlar, çalışanların mutluluğunu ve olumlu iş tutumlarını baltalamaktadır (Pandey ve Singh, 2016). Böylesine bir olumsuzluk ve huzursuzluk ise sosyal hayatta kendini hissettirmesi olasıdır (Aşan ve Erenler, 2008).

Literatürde ifade edilen kanıtlara dayanarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H1: Samimi davranışlar, mutluluğu anlamlı şekilde etkilemektedir.

H2: Samimi davranışlar, iş tatminini anlamlı şekilde etkilemektedir.

H3: Mutluluk, iş tatminini anlamlı şekilde etkilemektedir.

H4: Hemşirelerde samimi davranışların iş tatminiyle ilişkisinde mutluluğun aracı rolü vardır.

III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Sağlık Bakanlığının Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2023) verilerine göre Isparta (4 Sağlık Kurumu) ve Burdur (3 Sağlık Kurumu) kent merkezlerinde yer alan kamu hastanelerinde 1417 hemşire çalışmaktadır. Bu hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırma için kolayda örnekleme yöntemi ve anket tekniği kullanılarak toplam 256 hemşireden veri toplanmıştır. Gerekli şartları taşımaması sebebiyle analizin dışında tutulmuş herhangi bir anket bulunmamaktadır. Gürbüz ve Şahin (2018), 1500 kişilik bir evren kitlesinden %90 güvenilirlik düzeyinde 144 kişilik bir örneklem büyüklüğünün seçilmesinin yeterli olacağını ifade etmektedirler. Ayrıca tarama türü (anket tipi) araştırmalar için örneklem büyüklüğünün 200-300 arasında tutulabileceğini dile getirmektedirler. Dolayısıyla bu çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterli ölçüde olduğu ve evreni temsil ettiği söylenebilir.

Araştırma için veri toplanan hemşirelerin demografik yapıları şu şekildedir: Hemşirelerin 212'si (%82,8) kadınlardan ve 44'ü (%17,2) ise erkeklerden oluşmaktadır. Hemşirelerin 65'i (%25,4) bekâr ve 191'i (%74,6) ise evlidir. Yaş dağılımları incelendiğinde hemşirelerin 79'unun (%30,9) 20-30 yaş, 68'inin (%26,6) 31-40 yaş, 104'ünün (%40,6) 41-50 yaş ve 5'inin (%2,0) ise 51+ yaş aralığında yer aldığı tespit edilmiştir.

3.2. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Burdur Mehmet Akif Üniversitesi'nin Etik Kurulu'ndan (Tarih: 04.01.2023, Karar No: GO2023/12) izin alınmıştır. Ardından 07.01.2023 ile 20.01.2023 tarihleri arasında, yüz yüze anket yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır. Bu süreçte hemşirelere araştırma hakkında açıklamalar yapılmış ve anketleri bireysel şekilde doldurmaları sağlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Demografik Sorular: Ankette örneklemin sosyo-demografik özelliklerini tespit etmek amacıyla katılımcıların cinsiyetlerini, medeni durumlarını ve yaş dağılımlarını belirlemeye yönelik üç adet soruya yer verilmiştir.

Samimi Davranışlar Ölçeği: Bu ölçek, Değirmenci Öz ve Baykal (2003) tarafından geliştirilen Hemşireler İçin Duygusal Emek Davranışı Ölçeğinin bir alt faktörünü oluşturmaktadır. Samimi davranışlar ölçeği 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 5'li bir Likert tipi (1= Kesinlikle katılmıyorum ile 5= Kesinlikle katılıyorum) derecelendirme kullanılmaktadır.

Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu (OMÖ-K): Hills ve Argyle (2002) tarafından geliştirilen Oxford Mutluluk Ölçeği 7 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Doğan ve Çötök (2011) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmış ve güvenilirliği test edilmiştir. Ölçekte 5'li Likert tipi (1=Hiç katılmıyorum ve 5= Tamamen katılıyorum) bir derecelendirme kullanılmaktadır.

İş Tatmini Ölçeği: Brayfield ve Rothe (1951) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek 1998 yılında Judge, Locke, Durham ve Kluger tarafından kısaltılmıştır. 5 maddeden ve tek boyuttan oluşan bu ölçeğin kısa hali ise Başol ve Çömlekçi (2020) tarafından Türkçeye uyarlama ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçek, 5'li bir Likert tipi (1=Kesinlikle Katılmıyorum ve 5=Kesinlikle Katılıyorum) derecelendirme ile puanlanmaktadır.

3.4. Araştırmanın Analizleri

Verilerin analizinde Jamovi 2.3.18 yazılımı kullanılmıştır (The Jamovi Project, 2022). Jamovi, açık kaynaklı ve ücretsiz bir yazılım programıdır. Bu aşamada ölçeklerin normal dağılımı, doğrulayıcı faktör analizleri, güvenilirlik, korelasyon ve aracılık etkisi analizleri yapılmıştır.

Ölçeklerin yapı geçerliliği için tek faktörlü Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Analizler neticesinde uyum indekslerinin kabul edilebilir değerler arasında yer aldığı tespit edilmiştir. Fakat yine de uyum indekslerini daha da iyileştirmek adına samimi davranışlar ölçeğinin SD1↔SD3 maddeleri, mutluluk ölçeğinin ise M5↔M6 ve M1↔M7 maddeleri arasında modifikasyon işlemi uygulanarak birbirine bağlanmıştır. Bununla birlikte gerekli faktör yüküne sahip olmaması sebebiyle mutluluk ölçeğinin M4 maddesi analizin dışında tutulmuştur. Son durumda elde edilen uyum indeksleri ve kabul edilen sınır değerler (Navarro ve Foxcroft, 2019) aşağıdaki Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Modellerine İlişkin Uyum İndeksleri

	X ²	df	p	X ² /df	TLI	CFI	RMSEA
Kabul Edilebilir Değerler	-	-	<0,05	<5	>0,90	>0,90	≤0,08
Samimi Davranışlar	10,80	4	0,03	2,70	0,95	0,98	0,08
Mutluluk	15,70	7	0,03	2,24	0,97	0,98	0,07
İş Tatmini	7,48	5	0,19	1,50	0,99	1,00	0,04

Samimi davranışlar, mutluluk ve iş tatmini değişkenlerinin tek faktörlü model yapılarının veriyle uyumlu ve kabul edilebilir değerlerin üzerinde bir uyum indeksine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla ölçeklerin yapı geçerliliğinin doğrulandığı söylenebilir. Bu aşamadan sonra ölçeklerin güvenilirlik değerleri incelenmiş ve gizil değişkenler oluşturulmuştur.

3.5. Araştırmanın Bulguları

Ölçeklerin her birisinin ortalaması, güvenilirlik ve normal dağılım değerleri incelenmiştir. Ayrıca değişkenler arasında bir ilişkinin olup olmadığını test etmek amacıyla yapılan korelasyon analizinin katsayıları aşağıdaki Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Değişkenlerin Ortalamaları, Normal Dağılım, Güvenirlik ve Korelasyon Değerleri

	Ort.	S.S.	1	2	3	S/K
Samimi Davranışlar	4,30	0,60	(0,780)			-0,572 / 0,671
İş Tatmini	3,36	0,97	0,367**	(0,900)		-0,285 / -0,416
Mutluluk	3,52	0,81	0,357**	0,497**	(0,820)	-0,222 / -0,298

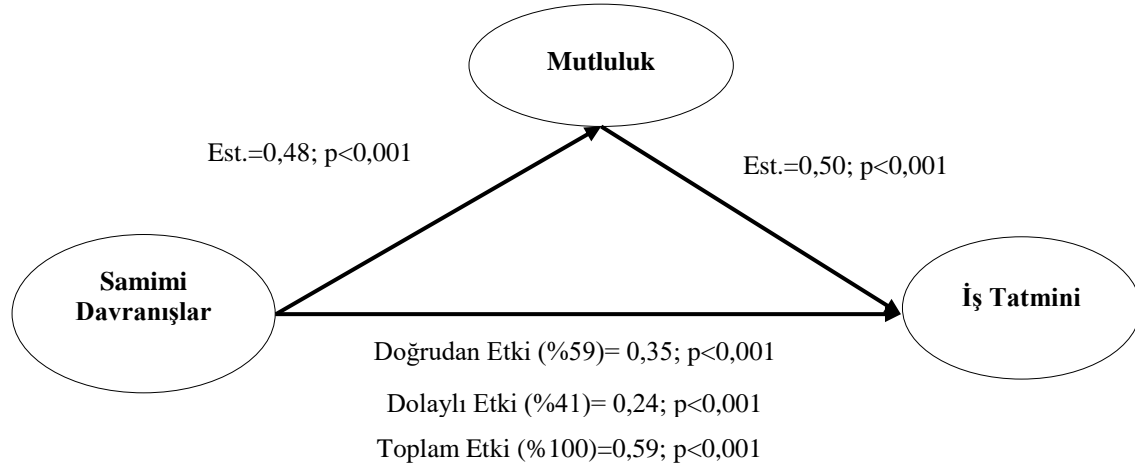
**p < 0,01
Cronbach’s Alpha güvenilirlik değerleri parantez içinde ve koyu puntolarla gösterilmiştir.
S/K: Skewness / Kurtosis (Normal Dağılım Değerleri)

Ölçeklerin Cronbach’s Alfa güvenilirlik değerlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Ölçeklerin normal dağılım gösterdiği ve dolayısıyla parametrik analizlerin yapılabileceği tespit edilmiştir. Daha da önemlisi değişkenler arasında anlamlı ve pozitif bir ilişkinin olduğu görülmektedir (p<0,01). Bu ilişki aynı zamanda bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenleri etkileyebileceğine dair önemli bir ipucu vermektedir.

Hipotezleri test etmek amacıyla aracı etki analizi yapılmıştır. Bu analizde yanlılık hatasını azaltmak adına bootstrap yeniden yükleme tekniği kullanılmış ve analizin sonuçları daha güvenilir olması sağlanmıştır (MacKinnon vd., 2004). Bu çalışmada ise 256 anketten oluşan veri setine 1000 bootstrap

teknîği ve %95 düzeyinde bir güven aralığı uygulanmıştır (Gürbüz, 2019). Analizler sonucunda elde edilen bulgular Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1. Aracılık Etkisi



Şekil 1’de verilen bulgular incelendiğinde samimi davranışların mutluluğu anlamlı ve pozitif şekilde etkilediği tespit edilmiştir (Est.= 0,48; p<0,001). Mutluluğun da iş tatmini üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır (Est.= 0,50; p<0,001). Bu durumda hemşirelerin samimi davranışlarının mutluluklarını arttırdığı ve mutluluğun da iş tatmininin artmasında önemli bir rol üstlendiği ifade edilebilir. Aracı etkiyle ilgili verilen bulgulara göre bağımsız değişken olarak belirlenen samimi davranışların bağımlı değişken olarak belirlenen iş tatminine olan doğrudan etkisinin anlamlı olduğu görülmektedir (Est.=0,35; p<0,001). Bununla birlikte dolaylı etkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Est.=0,24; p<0,001). Dolaylı etkinin Estimate katsayısı 0,25’e yakınsa bu etkinin yüksek olduğu kabul edilmektedir (Preacher ve Kelley, 2011). Bu çalışmanın dolaylı etkisinin katsayısı ise 0,24 olduğu tespit edilmiş ve bu etkinin yüksek olduğu kabul edilmiştir. Elde edilen bu sonuçlardan hareketle H1, H2, H3 ve H4 hipotezlerinin desteklendiği ifade edilebilir.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, hemşirelik mesleği bağlamında samimi davranışlar, iş tatmini ve mutluluk olmak üzere üç değişkenin ilişkisini özetlemektedir. Çalışmada hemşirelerin hastalara karşı sergiledikleri samimi ve doğal davranışlarının onların mutlulukları ve iş tatminleri üzerindeki etkisi tespit edilmeye çalışılmıştır. Araştırmanın temel odak noktası ise samimi davranışların iş tatminiyle ilişkisinde mutluluğun aracı rolünü ortaya koymaktır. Bu doğrultuda yürütülen araştırmada önemli bulgular tespit edilmiş ve değerlendirilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda samimi davranışların hem mutluluğu hem de iş tatminini anlamlı ve pozitif şekilde etkilediği ortaya çıkmıştır. Literatürde de benzer sonuçların tespit edildiği görülmektedir. Söz gelimi, Yang ve Chang’ın (2008) çalışmasında, samimi ve derin rol yapmanın örgütsel bağlılığı beslediği ve sadakatin artmasında rol oynadığı kanıtlanmıştır. Hur ve diğerleri (2015), sergilenen içten davranışların çalışanların memnuniyetinin itici gücü olarak işlev gördüğünü ve bu sayede samimi davranışlarının çalışanların iş tatmin düzeyleriyle ve mutluluklarıyla yakın bir bağlantısının olduğunu ortaya koymuşlardır. Cottingham ve diğerlerinin (2015) çalışmasında yüksek düzeyde derinden rol davranışı sergilemenin hemşirelerin iş tatmin düzeylerini yükselttiği, samimi olmayan davranışları sergilemenin ve duyguları örtbas etmenin ise yüksek düzeyde öznel iyi oluşu azalttığı kanıtlanmıştır. Bu doğal olmayan ve samimiyetten uzak yüzeysel davranışların hemşirelerin iş tatminlerini düşürdüğü (Oral ve Köse, 2011; Psilopanagiotti vd., 2012; Grandey, 2000), işten ayrılma niyetlerine katkı sağladığı (Cottingham vd., 2015) ve tükenmişlikle olumlu bir ilişkisinin olduğu (Brotheridge ve Grandey, 2002; Doğan ve Sığırı, 2017) görülmüştür. Bu nedenle, derinlemesine rol

yapmanın ve samimi davranmanın yararlı ancak yüzeysel rol yapmanın zararlı olduğu kabul edilmiştir (Park vd., 2022). Fakat manidar bir şekilde Pandey ve Singh'in (2016) çalışmasında samimi davranmayı değil de maske takarak çalışmanın tükenmişliği azalttığı ve iş tatminini arttırdığı ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla duygusal emek ve iş tatmini arasındaki bağlantıları inceleyen araştırmaların farklı sonuçlara ulaştığı görülmektedir.

Araştırmada mutluluğun iş tatminine anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bazı araştırmalarda (Demerouti vd., 2000; Hayes vd., 2010; Cottingham vd., 2015) çalışmanın bu sonucunu destekleyen kanıtlara ulaşılmıştır. Bu çalışmalarda, mutluluğun önemli bir bileşeni olan yaşam doyumunun hemşirelerin iş tatminleriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Liu ve diğerlerinin (2016) çalışmasında hemşirelerin çalışma koşullarından memnun olmaları sonucunda tükenmişliklerinde, iş streslerinde, devamsızlık seviyelerinde ve işten ayrılma niyetlerinde bir azalmanın olduğu ortaya koyulmuştur. Ayrıca öznel iyi oluşun iş tatmini ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte haz, neşe, sevinç gibi olumlu duygular da iş stresi ve tükenmişlik önünde bir direnç oluşturarak iş tatminine olumlu bir katkı sağladığı bilinmektedir. Nitekim Atmaca ve diğerleri (2020), sevincin iş tatminini yükselttiğini ancak korkunun iş tatminine zarar verdiğini ortaya koymuşlardır. Bu durum hemşirelerin işleriyle ilgili yaptıkları bireysel değerlendirmeyi olumlu kılarak iş tatminlerinde artışa yol açabileceğini göstermektedir. Tatmin olan insanlar ise işi daha iyi yapmakta, örgütsel bağlılıkları ve başarıları artmaktadır. Mutlu çalışanların olumlu ruh halleri, onların sosyal hayatlarına yansımaları (Özkalp, 2015) sebebiyle sağlıklı ve kaliteli bir yaşama sahip olmalarını kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle iş, çalışana gelir elde etmek gibi temel hedefinin yanında; değer, amaç, anlam, huzur ve mutluluk vermesi de önemlidir.

Aracı analiz sonucunda, samimi davranışların iş tatmini üzerindeki etkisinde mutluluğun anlamlı şekilde aracı rol oynadığı doğrulanmıştır. Elde edilen bu sonuç, hemşirelerin iş tatminlerini geliştirmek için onların samimi, içten ve doğal davranıp davranmadıklarına ve hissettikleri duygularıyla sergiledikleri davranışların örtüşüp örtüşmediğine odaklanmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Fakat bu gereklilik hemşirelerin, samimi ve içten davranışlarına bağlı olarak gelişen mutluluk düzeylerinin de göz önünde bulundurulması gerektiğine işaret etmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin iş tatminleri için hem mutluluklarının hem de bu mutluluğun inşa edilmesinde önemli bir rol oynayan samimi davranışların birlikte düşünülmesi gerektiği kanaatini doğurmaktadır.

Sonuç olarak, hemşireler ile çalışma ortamı arasında önemli bir enerji döngüsü bulunmaktadır. Hastalara ve hasta yakınlarına gülümsemek, içten ve samimiyetle bakımlarını yapmak onları mutlu edebilir. Bu durumun sonucunda elbette hastaların da hemşirelere karşı nezaketle davranmaları ve onlarla iş birliği kurmaları söz konusu olabilmektedir. Aslında hemşirelerin doğal ve içten tutum ve davranışlarının olumlu bir şekilde geri dönüşü olmaktadır. Nitekim bu durum Duygusal Bulaşma Kuramının (Hatfield vd., 1992) işaret ettiği sonucu doğurmaktadır. Hemşirelerin iş ortamında deneyimledikleri bu mutluluğun işe dair değerlendirmelerini de pozitive çevirebilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin; işin bir amaç, önem, değer ve anlam taşıdığına dair algılarının gelişmesi söz konusu olabilmektedir. Bu sayede olumlu bir örgüt atmosferi yaratılmaktadır. Pozitif bir örgüt atmosferi içerisinde yaratılan sinerji ağı ise çalışanların mutluluğuna yansıyabilmektedir. Öyle ki sosyal destek bulabilmeleri ve güçlü bir iş birliği ağı kurabilmeleri sebebiyle çalışanların mutluluğunun arttırılabileceği belirtilmektedir (Mohanty 2009). Bu durum yüzeysel rol davranışlarının önüne geçerek zamanla hemşirelerin sergilediği davranışlarının samimi ve içten olmasına yol açabilmektedir. Samimi davranışlar arttıkça da hastaların hemşirelere karşı tutum ve davranışlarının daha ılımlı, iyi ve yapıcı olması beklenmektedir. Bu durum elbette hemşirelerin kaygı düzeylerinin düşmesine ve huzurlu olmalarına yol açabilmektedir. Aksi takdirde gerçek duygularla örtüşmeyen yüzeysel davranışları sergilemek, daha fazla çaba gerektirmekte ve hemşireler için daha zor ve karmaşık bir süreç yaratmaktadır. Hatta hemşireler; daha fazla psikolojik yük, stres ve tükenmişlik düzeyiyle karşı karşıya kalabilmektedir. Bir hemşire yalnızca duygusal olarak tükenmekle kalmamakta, aynı zamanda hastaya arzu edilen güveni, konforu ve rahatlığı sağlamasını engelleyebilmektedir. En nihayetinde hem hemşirelerin hem de kurumun performansı ve verimliliği zarar görebilmektedir.

Çalışmanın kesitsel bir tasarıma sahip olması önemli bir kısıtını teşkil etmektedir. Dolayısıyla çoğu kesitsel çalışmada olduğu gibi değişkenler arasındaki ilişkinin nedenlerini tam anlamıyla açıklamak güçtür. Bu bağlamda gelecekte benzer araştırmaların keşfe dayalı ve derinlemesine bilgi elde etmek amacıyla nitel bir yöntemle yürütülmesi önerilmektedir. Ayrıca mesleğin doğası gereği mevcut araştırmanın örneklemini büyük ölçüde kadınlar oluşturmaktadır. Gelecekte erkek hemşirelerle ilgili araştırmalara ihtiyaç duyulabilir. Hemşirelerin mutluluğunu ve iş tatmin düzeylerini etkileyen ancak gün yüzüne çıkmamış birçok faktör nitel araştırma yöntemiyle keşfedilebilir. Bu çalışma, diğer hizmet sektörleri çalışanları üzerinde tekrarlanabilir. Böylece konuya dair bilgi birikimine katkı sağlanabilir.

Etik Kurul İzni: Araştırmaya başlamadan önce Burdur Mehmet Akif Üniversitesi'nin Etik Kurulu'ndan (Tarih: 04.01.2023, Karar No: GO2023/12) izin alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Adeniji, O. G., Akanni, A. A., & Ekundayo, O. O. (2015). Gender difference in emotional labour among nurses in Osun State, Nigeria. *Gender and Behaviour, 13*(2), 6789-6794.
- Allan, B. A., Dexter, C., Kinsey, R., & Parker, S. (2018). Meaningful work and mental health: Job satisfaction as a moderator. *Journal of Mental Health, 27*(1), 38-44.
- Ashforth, B. E., & Humphrey, R. H. (1993). Emotional labor in service roles: The influence of identity. *Academy of Management Review, 18*(1), 88-115.
- Aşan, Ö., & Erenler, E. (2008). İş tatmini ve yaşam tatmini ilişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13*(2), 203-216.
- Atasoy, İ., & Turan, Z. (2019). Ebe ve hemşirelerde duygusal emek ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 9*(3), 357-366.
- Atmaca, Ç., Rızaoğlu, F., Türkdoğan, T., & Yaylı, D. (2020). An emotion focused approach in predicting teacher burnout and job satisfaction. *Teaching and Teacher Education, 90*, 1-13.
- Başol, O., & Çömlekçi, M. F. (2020). İş tatmini ölçeğinin uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 1*(2), 17-31.
- Biswas-Diener, R., & Dean, B. (2010). *Positive psychology coaching: Putting the science of happiness to work for your clients*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Brayfield, A. H., & Rothe, H. F. (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology, 35*(5), 307-311.
- 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.
- Cottingham, M. D., Erickson, R. J., & Diefendorff, J. M. (2015). Examining men's status shield and status bonus: How gender frames the emotional labor and job satisfaction of nurses. *Sex Roles, 72*(7), 377-389.
- De Clercq, D., Haq, I. U., & Azeem, M. U. (2019). Why happy employees help. *Personnel Review, 48*(4), 1001-1021.
- Değirmenci Öz, S., & Baykal, Ü. (2018). Hemşireler için duygusal emek davranışı ölçeğinin geliştirilmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 12*, 119-139.

- Değirmenci Öz, S., & Baykal, Ü. (2022). Nurses' views on emotional labor behavior: A qualitative study. *International Journal of Healthcare Management*, 1-7.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
- Doğan, A., & Sığırı, Ü. (2017). Duygusal emek: Hemşireler üzerine bir çalışma. *İş ve İnsan Dergisi*, 4(2), 113-126.
- Doğan, T., & Çötök, N. A. (2011). Oxford mutluluk ölçeği kısa formunun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(36), 165-172.
- Duffy, R. D., & Sedlacek, W. E. (2010). The salience of a career calling among college students: Exploring group differences and links to religiousness, life meaning, and life satisfaction. *The Career Development Quarterly*, 59(1), 27-41.
- Duffy, R. D., Allan, B. A., Autin, K. L., & Bott, E. M. (2012). Calling and life satisfaction: It's not about having it, it's about living it. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 42-52.
- Eliyana, A., & Ma'arif, S. (2019). Job satisfaction and organizational commitment effect in the transformational leadership towards employee performance. *European Research on Management and Business Economics*, 25(3), 144-150.
- Fisher, C. D. (2010). Happiness at work. *International Journal of Management Reviews*, 12(4), 384-412.
- Fisher, C.D., & Locke, E. A. (1992). The new look in job satisfaction research and theory. In: C. J. Cranny, Patricia Cain Smith, Eugene F. Stone (Eds.), *Job Satisfaction: How People Feel About Their Jobs and How it Affects Their Performance* (pp. 165–194). New York: Lexington Books.
- Ghislieri, C., Cortese, C. G., Molino, M., & Gatti, P. (2019). The relationships of meaningful work and narcissistic leadership with nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 27(8), 1691-1699.
- Grandey, A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, (1), 95-110.
- Güngör, M. (2009). Duygusal emek kavramı: Süreci ve sonuçları. *Kamu-İş Dergisi*, 11(1), 167-184.
- Gürbüz, S. (2019). *AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi temel ilkeler ve uygulamalı analizler (IBM AMOS uygulamalı, örnek veri setleri)* (1. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri* (5. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Han, Y., & Kakabadse, N. K. (2009). Job satisfaction: What is its true meaning in Greater China?. *Asia-Pacific Journal of Business Administration*, 1(2), 155-164.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson, R. L. (1992). Primitive emotional contagion. In Margaret S. Clark (Eds.), *Emotion and social behavior* (pp. 151–177). Sage Publications, Inc.

- Hayes, B., Bonner, A. N. N., & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: A review of recent literature. *Journal of nursing management*, 18(7), 804-814.
- Hendriks, M., & Bartram, D. (2019). Bringing happiness into the study of migration and its consequences: What, why, and how?. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 17(3), 279-298.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The oxford happiness questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.
- Hochschild, A. R. (1983). The managed heart: Commercialization of human feeling. *The Production of Reality: Essays and Readings on Social Interaction*. Berkeley: University of California Press.
- Hur, W. M., Moon, T. W., & Jung, Y. S. (2015). Customer response to employee emotional labor: The structural relationship between emotional labor, job satisfaction, and customer satisfaction. *Journal of Services Marketing*, 29(1), 71-80.
- Hyun-Ji, K., & Hyunkyung, C. (2017). The mediating effect of resilience on the relationship between emotional labor and happiness of clinical nurses. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 26(1), 40-46.
- Javanmardnejad, S., Bandari, R., Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., Sharif Nia, H., & Montazeri, A. (2021). Happiness, quality of working life, and job satisfaction among nurses working in emergency departments in Iran. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-8.
- Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C., & Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: The role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83(1), 17-34.
- Khosrojerdi, Z., Tagharrobi, Z., Sooki, Z., & Sharifi, K. (2018). Predictors of happiness among Iranian nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 281-286.
- Koydemir, S., & Bulgan, G. (2017). *Mutluluk 2.0: iyi yaşama dair bilmediklerimiz*. (2. Baskı). Ankara: Elma Yayınevi.
- Liu, B., Zhu, N., Wang, H., Li, F., & Men, C. (2021). Protecting Nurses from Mistreatment by Patients: A Cross-Sectional Study on the Roles of Emotional Contagion Susceptibility and Emotional Regulation Ability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 1-17.
- Liu, H., Zhang, X., Chang, R., & Wang, W. (2017). A research regarding the relationship among intensive care nurses' self-esteem, job satisfaction and subjective well-being. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(3), 291-295.
- Liu, Y., Aunguroch, Y., & Yunibhand, J. (2016). Job satisfaction in nursing: A concept analysis study. *International Nursing Review*, 63(1), 84-91.
- Locke, E.A. (1969). What is job satisfaction?. *Organizational Behavior and Human Performance* 4, 309-336.

- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99-128.
- Manion, J. (2003). Joy at work!: Creating a positive workplace. *Journal of Nursing Administration*, 33(12), 652-659.
- Mohanty, M. S. (2009). Effects of positive attitude on happiness and wage: Evidence from the US data. *Journal of Economic Psychology*, 30(6), 884-897.
- Navarro, D., & Foxcroft, D. (2019). *Learning statistics with jamovi: A tutorial for psychology students and other beginners* (Version 0.70).
- Oral, L., & Köse, S. (2011). Hekimlerin duygusal emek kullanımı ile iş doyumunu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiler üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2), 463-492.
- Özkalp, E. (2015), Örgütsel Davranışa Giriş ve Yöntem. Ayşe Çiğdem Kirel ve Ozan Ağlargoç (Ed.), *Örgütsel Davranış* (3. Baskı). Ankara: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Pandey, J., & Singh, M. (2016). Donning the mask: Effects of emotional labour strategies on burnout and job satisfaction in community healthcare. *Health Policy and Planning*, 31(5), 551-562.
- Park, C. C., Cho, H., Lee, D. G., & Jeon, H. (2022). Latent profile analysis on Korean nurses: Emotional labour strategies and well-being. *Journal of Advanced Nursing*, 78(6), 1632-1641.
- Preacher, K. J., & Kelley, K. (2011). Effect Size Measures for Mediation Models: Quantitative Strategies for Communicating Indirect Effects. *Psychological Methods*, 16(2), 93-115.
- Psilopanagioti, A., Anagnostopoulos, F., Mourtou, E., & Niakas, D. (2012). Emotional intelligence, emotional labor, and job satisfaction among physicians in Greece. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1-12.
- Rosso, B. D., Dekas, K. H., & Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior*, 30, 91-127.
- SBYHGM, (2023, Mayıs 9). *Personel dağılım cetveli (PDC)*. <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-42988/personel-dagilim-cetveli-pdc.html>
- Seo, Y., Ko, J., & Price, J. L. (2004). The determinants of job satisfaction among hospital nurses: A model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 437-446.
- Wang, L., Tao, H., Ellenbecker, C. H., & Liu, X. (2012). Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(3), 539-549.
- Ward, S. J., & King, L. A. (2017). Work and the good life: How work contributes to meaning in life. *Research in Organizational Behavior*, 37, 59-82.
- Weiss, H. M. (2002). Deconstructing job satisfaction: Separating evaluations, beliefs and affective experiences. *Human Resource Management Review*, 12(2), 173-194.
- 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.

Zamaniniya, Z., Khademi, M., Toulabi, T., & Zarea, K. (2021). The outcomes of humanistic nursing for critical care nurses: A qualitative study. *Nursing and Midwifery Studies*, *10*(2), 114.

Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, *12*(2), 237-268.

IMPACT OF E-HEALTH LITERACY AND CYBERCHONDRIA SEVERITY ON FEAR OF COVID-19 IN TURKISH SOCIETY

Seda AYDAN *
Gamze BAYIN DONAR **
Gözde YEŞİLAYDIN ***
Nazan KARTAL ****

ABSTRACT

The fear of COVID-19 may lead to many negative consequences. Therefore, it is important to address the antecedents of COVID-19 fear for better preventing fear of COVID-19. Cyberchondria can pose a great threat to individuals during the pandemic period, when health-related information is widely spread and followed closely and with great interest by the society. On the other hand, e-Health literacy has become more important during the pandemic period. In this study, it was aimed to reveal the impact of e-Health literacy and cyberchondria severity on fear of COVID-19. In Türkiye, the research population was made up of people between the ages of 18 and 74. A total of 960 people were reached through online questionnaire. The questionnaire consisted four parts. The sociodemographic information about the participants was given in the first part. In the second part, "The e-Health Literacy Scale"; in the third part, "Cyberchondria Severity Scale" and in the fourth part "The Fear of COVID-19 Scale" were used. According to the study findings; the level of e-Health literacy and cyberchondria had a significant impact on fear of COVID-19, both separately and together. The increase in the e-Health literacy level of the participants statistically reduced the fear of COVID-19, while the increase in the level of cyberchondria increased the fear of COVID-19. The findings could be useful for healthcare professionals, healthcare administrators and policymakers to take further steps towards raising individuals' e-Health literacy, which could facilitate dealing with devastating epidemics such as COVID-19 in societies. Also, it may help to prioritizing raising awareness about cyberchondria and online health information seeking behaviors.

Keywords: Cyberchondria; e-Health literacy; fear of COVID-19; Türkiye

ARTICLE INFO

*Assoc. Prof. Dr., Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, sedaaydan@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

** Assist. Prof. Dr., Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, gamzebayin@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4737-3272>

*** Assoc. Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, gtirekeli@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2901-6474>

****Dr., Cankiri Karatekin University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, nazankartal18@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5416-7952>

Received: 23.03.2023

Accepted: 31.05.2023

Cite This Paper:

Aydan, S., Bayın Donar, G., Yeşilaydın, G., & Kartal, N. (2023). Impact of e-health literacy and cyberchondria severity on fear of covid-19 in Turkish society. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2): 495-510

TÜRK TOPLUMUNUN E-SAĞLIK OKURYAZARLIK VE SİBERKONDRI DÜZEYİNİN COVID-19 KORKUSU ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Seda AYDAN *
Gamze BAYIN DONAR **
Gözde YEŞİLAYDIN ***
Nazan KARTAL ****

ÖZ

COVID-19 korkusu pek çok olumsuz sonuca yol açabilir. COVID-19 korkusunu önleyebilmek için COVID-19 korkusunun belirleyicilerini ele almak önemlidir. Siberkondri, sağlıkla ilgili bilgilerin geniş kitlelere yayıldığı ve toplum tarafından yakından ve ilgiyle takip edildiği pandemi döneminde bireyler için büyük bir tehdit oluşturabilir. Öte yandan pandemi döneminde önem kazanan diğer bir kavram da e-Sağlık okuryazarlığıdır. Bu çalışmada e-Sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeyinin COVID-19 korkusu üzerindeki etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırma evrenini Türkiye'deki 18-74 yaş aralığındaki bireyler oluşturmuş ve online anket aracılığıyla toplam 960 kişiye ulaşılmıştır. Anket dört bölümden oluşmaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, birinci bölümü oluşturmaktadır. İkinci bölümde "e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği"; üçüncü bölümde "Siberkondri Ölçeği" ve dördüncü bölümde "COVID-19 Korkusu Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre; e-Sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeyi hem ayrı ayrı hem de birlikte COVID-19 korkusu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Katılımcıların e-Sağlık okuryazarlık düzeyindeki artış istatistiksel olarak COVID-19 korkusunu azaltırken, siberkondri düzeyindeki artış COVID-19 korkusunu artırmaktadır. Araştırmanın bulguları, toplumlarda COVID-19 gibi yıkıcı salgınlarla başa çıkmayı kolaylaştırabilecek, bireylerin e-Sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik daha fazla adım atmak için sağlık uzmanları, sağlık yöneticileri ve politika yapıcılar için yararlı olabilir. Ayrıca, siberkondri ve çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışları hakkında farkındalık yaratmaya öncelik verilmesi yardımcı olabilir.

Anahtar kelimeler: Siberkondri, e-Sağlık okuryazarlığı, COVID-19 korkusu, Türkiye

MAKALE HAKKINDA


*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sedaaydan@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

**Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gamzebayin@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4737-3272>

***Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gterekli@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2901-6474>

****Dr., Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nazankartal18@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0002-5416-7952>

Gönderim Tarihi: 23.03.2023

Kabul Tarihi: 31.05.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Aydan, S., Bayın Donar, G., Yeşilaydın, G., & Kartal, N. (2023). Impact of e-health literacy and cyberchondria severity on fear of covid-19 in Turkish society. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(2): 495-510

I. INTRODUCTION

The COVID-19 outbreak first emerged in December 2019, when life-threatening pneumonia cases were reported in Wuhan, China (WHO, 2020a; WHO2020b). On March 11, 2020, a global pandemic declaration was made. As of 28 October 2022, there were 626,337,158 confirmed COVID-19 cases globally and the total number of deaths from COVID-19 reached 6,566,610 (WHO, 2021). As of 2 October 2022, the total number of cases in Türkiye is 16,919,638 and the number of deaths is 101,203 (T.R. Ministry of Health, 2021).

Data from opinion surveys show that COVID-19 has a significant psychological impact (Angus Reid Institute, 2020). It is stated that anxiety about one's health can be beneficial as long as it is to some degree in terms of encouraging preventive behaviors such as mask, hygiene and compliance with social distance rules, and can greatly affect the clinical outcome of the disease. However, it is also stated that for some individuals, this state of fear may turn into extreme anxiety that occurs in response to the threat of the pandemic. Quarantine measures implemented within the scope of COVID-19 measures can cause serious troubles such as fear, anxiety, suffering and confusion among the public. While reducing the contagion rate of the epidemic, considering the fear of the individual is a vital element for mental health (Asmundson & Taylor, 2020; Doshi et al., 2020).

As a result of these negative effects, the term of “fear of COVID-19” has emerged. Nguyen and colleagues (2020a) define this fear as negative mental health in anticipation of the COVID-19 outbreak. This fear may lead (Shaukat et al., 2021) delays in accessing health care services (Lazzerini et al., 2020), stress disorders, negative health behaviors (Nguyen et al., 2020b), mental disorders, low perceived health level (Shigemura et al., 2020) and suicide (Goyal et al., 2020). As a result of all these effects, the fear of COVID-19 can negatively affect the daily, social and working lives of individuals. Taking into account the traumatic consequences, it is necessary to address fear of COVID-19 for better preventing it (Stănculescu, 2022).

On the other hand, anxiety, stress and health concerns of individuals, which increase with the effect of increasing threats to health and long-term quarantine during pandemic periods, also affect individuals' health-related information seeking behaviors (Jungmann & Witthöft, 2020). Today, the internet, which provides a large amount of medical information, allows for a detailed investigation of perceived health symptoms and complaints. As a result, an increasing number of people consider the internet to be the best source of medical knowledge and use it for their health-related problems (Starcevic & Berle, 2013; Mathes et al., 2018). However, studies have also shown that online health information access can increase concern, anxiety, and the growth of anxiety disorders (Norr et al., 2014; Singh & Brown, 2016). The situation in which individuals who are extremely distressed or worried about their health are increasingly worried and repeated health searches on the internet has been defined as "cyberchondria" in the literature (Aiken et al., 2012). Cyberchondria can pose a great threat to individuals during the pandemic period, when health-related information is widely spread and followed closely and with great interest by the society. Previous studies of past outbreaks and pandemics show that anxiety, health concerns, and online search behaviors are common during these times (Jalloh et al., 2018; Lau et al., 2010). Cyberchondria may lead individuals to search the internet about COVID-19 with their anxiety and this may have caused them to experience fear of COVID-19, due to the abundance of vague, complex and false information about COVID-19 on the internet. Therefore, fear of COVID-19 levels of individuals may increase because they face a lot of unconfirmed information about the COVID-19 (Laato et al., 2020; Starcevic et al., 2021; Yam et al., 2021).

On the other hand, COVID-19 has necessitated the use of e-Health applications by individuals. During the pandemic, in addition to the necessity of carrying out many health-related transactions over the internet, in terms of being able to understand and correctly apply the concepts and information about testing, vaccination, medicines, treatment, restrictions and precautions, e-Health literacy has gained even more importance. Individuals with high e-Health literacy can have a sense of self-confidence by having more and accurate information and by performing the right practices (Aydan,

2021). This, in turn, may make COVID-19 fear levels lower. Hence, paying attention to the e-Health literacy level of patients is the key to improve health outcomes and also to decrease the impact of COVID-19 on both individual and societal levels (Brørs et al., 2020; Chong et al., 2020; Dastani, 2020; Robbins et al., 2020). In this direction, it is thought that both cyberchondria and individuals' levels of e-Health literacy may have an impact on their anxiety of COVID-19. With this study, it was aimed to reveal the impact of e-Health literacy level and cyberchondria severity of individuals living in Türkiye on the fear of COVID-19.

II. MATERIALS AND METHODS

2.1. Aim and Population

The aim of this cross-sectional study was to explain the impact of e-Health literacy and cyberchondria severity on fear of COVID-19. In addition, within the scope of the study, it was also examined whether the e-health literacy, cyberchondria and COVID-19 fear levels of the participants differed according to the sociodemographic characteristics and descriptive information characteristics. For this purpose, answers to the following questions will be sought:

- Do the participants have high levels of e-health literacy, cyberchondria and COVID-19 fear?
- Is there a statistically significant relationship between e-Health literacy, cyberchondria and fear of COVID-19?
- Does the e-health literacy, cyberchondria and COVID-19 fear levels of the participants show a statistically significant difference according to the sociodemographic and descriptive variables?
- Does e-health literacy and cyberchondria severity impact on fear of COVID-19?

Individuals in Türkiye between the ages of 18 and 74 made up the research population. According to data published on European Commission website in 2018, there are 55,281,023 people aged 18-74 years in Türkiye (<https://ec.europa.eu/>). The required sample size was determined to be 385 individuals, with a 95% confidence range, and a 5% margin of sampling error. 960 individuals in total were reached.

2.2. Data Collection

The data were obtained through online survey due to the pandemic and Google Forms was used to collect the data. The data were collected between May-July, 2021. All participants provided informed consent. The Hacettepe University Ethics Committee provided the necessary ethical permission with the number E-35853172-050.06-00001546508 (Date: 13 April 2021).

2.3. Instruments

There are four sections to the questionnaire. The sociodemographic information about the participants is presented in the first section. The "e-Health Literacy Scale," "Cyberchondria Severity Scale," and "The Fear of COVID-19 Scale" were included in the second, third, and fourth parts of the study, respectively.

"The e-Health Literacy Scale" which was developed by Norman and Skinner (2006) is a 5-point Likert scale and consists of 8 items. The Turkish validity and reliability study of the scale was conducted by Gencer (2017). Cronbach Alpha coefficient of the scale in Gencer (2017)'s study was calculated as 0.915; in this study was found to be 0.925.

"Cyberchondria Severity Scale" which was developed by McElroy and Shevlin (2014) is 5-point Likert type and consists of 33 items and 5 subscales. The lowest score that can be obtained from the scale is 33, while the highest score is 165. The Turkish validity and reliability study of the scale was conducted by Uzun and Zencir (2018). Cronbach Alpha coefficient of the scale in Uzun and Zencir (2018)'s study was calculated as 0.94; in this study was found to be 0.919.

“The Fear of COVID-19 Scale” which was developed by Ahorsu et al. (2020) 5-point Likert type and consists of 7 items. The Turkish validity and reliability study of the scale was conducted by Haktanır et al. (2020). Cronbach Alpha coefficient of the scale in Haktanır et al. (2020)’s study was calculated as 0.86; in this study was found to be 0.875.

2.4. Data Analysis

Descriptive and inferential statistical methods were used in the analysis of the data. The mean, standard deviation and frequency of descriptive statistics was used to determine the e-health literacy, cyberchondria and COVID-19 fear levels of the participants. The relationship between e-health literacy, cyberchondria and fear of COVID-19 levels by Pearson correlation analysis; Whether these levels differ according to the socio-demographic characteristics and descriptive information of the participants was analyzed by independent samples t-test and One-way ANOVA. The skewness and kurtosis measurements were used to determine whether the data were compatible with a normal distribution and these values are in the range of ± 1 . For multivariable explanation of participants' fear of COVID-19 based on independent variables multiple linear regressions was used. The accepted significance level was 0.05. Software called SPSS (Version 21.0) was used for data analysis.

2.5. Limitations

In our study, which was conducted online, we do not have a mechanism to control and limit repeated responses. This means that a person may have filled out the questionnaire more than once. Another limitation is that convenience sampling was used in the research which may have resulted in sampling biases. Individuals with biases about the subject may have been more likely to participate in the survey.

III. RESULTS

When the demographic characteristics of the participants within the scope of the study were examined, it was seen that more than half of the participants were women (57.0%), married (59.9%) and had children (55.2%). The educational status of the participants was evaluated and it was determined that half of them had a bachelor's degree. Within the scope of the study, generations were used for age groups. Generation Y, born between 1981 and 1994, constituted the majority (34.4%). Generation X, born between 1965 and 1980, was 31.9% of the participants. Generation Z, born between 1995 and 2012, was 15.8 % of the participants. Baby boomers, born between 1946 and 1964, was 17.9 % of participants. The ages of the participants ranged from 18 to 74, with a mean age of 41.03. It was evaluated whether the participants were diagnosed with COVID-19. It was determined that 84.9% of them were not diagnosed. In addition, the majority of the participants did not have a chronic disease (79.8%). Descriptive information and correlation analysis results regarding the variables in the study are presented in Table 1.

The average score of “fear of COVID-19” scale was 18.20 ± 6.58 ; “e-Health literacy” scale was 30.52 ± 6.89 and “cyberchondria” was 84.86 ± 21.08 . In line with the findings of the correlation analysis, there is a weak and negative correlation between e-Health literacy and COVID-19 fear ($r = -0.072$; $p < 0.05$), whereas a positive and low level of relationship ($r = 0.378$; $p < 0.01$) was found between the fear of COVID-19 and cyberchondria. In addition, there is no statistically significant relationship between e-Health literacy and cyberchondria (Table 1).

Table 1. Descriptive Statistics and Correlation Analysis

	Mean±Sd	Min-Max	1	2	3
1. Fear of COVID-19	18.20±6.58	7-35	1	-0.072*	0.378**
2. e-Health Literacy	30.52±6.89	8-40		1	0.057
3. Cyberchondria	84.86±21.08	33-154			1
Compulsion	14.51±7.16	8-40			
Distress	20.91±7.19	8-40			
Excessiveness	26.60±6.73	8-40			
Reassurance	17.00±5.58	6-30			
Mistrust of Medical Professional	5.83±2.70	3-15			

Sd, Standard Deviation; *Correlation is significant 0.05; **Correlation is significant 0.01

Table 2 presents test results and compares participant scores on the fear of COVID-19, e-Health literacy and cyberchondria scales based on some variables. A statistically significant difference was found between fear of COVID-19 and gender, marital status, generations, education level and presence of chronic disease. Women, married and those with chronic diseases were more afraid of COVID-19. In addition, baby boomers had more fear of COVID 19 compared to individuals in the Y generation, and secondary school graduates compared to individuals at other educational levels (Table 2).

Table 2. Comparison of Scales According to Participants' Sociodemographic Characteristics and Descriptive Information

	Fear of COVID-19	e-Health Literacy	Cyberchondria
	Mean±Sd	Mean±Sd	Mean±Sd
Gender			
Female	19.49±6.49	31.07±6.59	85.28±20.93
Male	16.49±6.31	29.79±7.21	84.30±21.28
	t=7.162; p<0.001	t=2.816; p=0.005	t=0.708; p=0.479
Marital Status			
Married	18.57±6.67	30.58±6.94	84.74±21.04
Single	17.65±6.41	30.42±6.83	85.03±21.16
	t=2.126; p=0.034	t=0.372; p=0.710	t=-0.212; p=0.832
Generations			
Baby Boomer1	19.69±6.69	29.49±7.39	85.95±20.34
X Generation2	18.13±6.90	31.05±6.95	82.94±20.99
Y Generation3	17.72±6.36	30.89±6.76	83.94±21.32
Z Generation4	17.68±6.06	29.80±6.35	89.47±20.99
	F=3.881; p=0.009 1-3	F=2.777; p=0.040 1-2; 1-3	F=3.669; p=0.012 2-4
Level of Education			
Secondary School1	22.85±6.53	25.04±8.35	94.79±21.48
High School2	18.59±6.91	29.99±6.57	91.13±21.60
Graduate3	17.71±6.34	30.14±6.60	83.04±20.26
Postgraduate4	17.93±6.47	32.66±6.53	82.18±20.87
	F=10.17; p<0.001 1-2; 1-3; 1-4	F=21.412; p<0.001 1-2;1-3;1-4;2-4;3-4	F=11.79; p<0.001 1-3;1-4;2-3;2-4
Chronic Diseases			
Yes	20.14±6.55	30.18±7.62	85.73±20.33
No	17.71±6.50	30.60±6.70	84.64±21.27
	t=4.645; p<0.001	t=-0.715; p=0.475	t=0.643; p=0.520

There was a statistically significant difference between e-Health literacy and gender, generations and education level. Compared to men, women had a higher level of e-Health literacy. Baby Boomers had a lower level of e-Health literacy compared to individuals in the X and Y generation. In addition, postgraduate graduates had the highest e-Health literacy level, while secondary school graduates had the lowest e-Health literacy level (Table 2).

A statistically significant difference was found between the level of cyberchondria and the variables of generation and education status. The level of cyberchondria was found to be higher for the individuals in the Z generation compared to the X generation, and the secondary and high school graduates compared to the undergraduate and graduate graduates (Table 2). There was no statistically significant difference between the variables of the region where the participants lived, having a child, being diagnosed with COVID-19, and the variables of fear of COVID-19, e-Health literacy and cyberchondria.

The results of the regression analysis regarding the variables are given in Table 3. E-Health literacy had a significant effect on fear of COVID-19 ($F=5.033$; $p<0.05$). However, it alone explained only 0.05% of the COVID-19 fear variable. Cyberchondria level had also a significant effect on fear of COVID-19 ($F=160.116$; $p<0.05$), and it alone explained fear of COVID-19 by 14.3%. When the combined effect of e-Health literacy and cyberchondria level on fear of COVID-19 was examined, the explanatory rate increased. Together, these two variables explained 15.2% of the total variance in fear of COVID-19. Statistical estimates of the regression model created to reveal the combined effect of e-Health literacy and cyberchondria level on fear of COVID-19 showed that the model was significant and usable ($F=85.791$; $p<0.05$). The regression equation for the model is as follows:

$$\text{Fear of COVID-19} = 10.776 + -0.090 X1 (\text{e-Health Literacy}) + 0.120 X2 (\text{Cyberchondria})$$

It was observed that the increase in the e-Health literacy level of the participants statistically reduced the fear of COVID-19, and the increase in the level of cyberchondria increased the fear of COVID-19 (Table 3).

Table 3. Results of Regression Analysis

Dependent Variables	Independent Variables	B	Std. Error	β	t	p
Fear of COVID-19	Constant	20.306	0.962		21.104	<0.001
	e-Health Literacy	-0.069	0.031	-0.072	-2.243	0.025
	R = 0.072; R ² = 0.005; F = 5.033; p < 0.05; Durbin Watson = 1.882					
Fear of COVID-19	Constant	8.177	0.816		10.018	<0.001
	Cyberchondria	0.118	0.009	0.378	12.654	<0.001
	R = 0.378; R ² = 0.143; F = 160.116; p < 0.05; Durbin Watson = 1.834					
Fear of COVID-19	Constant	10.776	1.157		9.316	<0.001
	e-Health Literacy	-0.090	0.028	-0.094	-3.157	0.002
	Cyberchondria	0.120	0.009	0.384	12.872	<0.001
	R = 0.390; R ² = 0.152; F = 85.791; p < 0.05; Durbin Watson = 1.829					

IV. DISCUSSION

This research investigated how Turkish people' levels of cyberchondria and e-Health literacy affected their fear of COVID-19. It is thought that examining the current levels of these dimensions, which remain current in today's conditions and whose importance has increased with the COVID-19 pandemic, and their effects on the fear of COVID-19, which causes extremely important changes, restrictions and negative consequences in the lives of individuals, will contribute significantly.

According to the study finding, the participants' fear of COVID-19 level is moderate. In various studies the level of fear of COVID-19 was mostly found to be moderate (Arikan et al., 2021; Gencer,

2020; Özmen et al., 2021). In the study, it was concluded that there is a significant difference between the fear of COVID-19 and gender, marital status, generation, education level and presence of chronic disease. Fear of COVID-19 is more common in women, married people, and those with chronic diseases. Accordingly, baby boomers are more afraid of COVID-19 than individuals in the Y generation, and secondary school graduates are more afraid of COVID-19 than individuals at other educational levels.

The finding that female have a greater fear of COVID-19 is consistent with the finding that the pandemic has a greater psychological impact on female (Wang et al., 2020). Majority of studies (Arpacioğlu et al., 2021; Bitan et al., 2020; Doshi et al., 2020; Fitzpatrick et al., 2020; Gencer, 2020; Haktanır et al., 2020; Özdemir & Arpacioğlu, 2021; Özmen et al., 2021) were found similar findings. However, Doğan and Düzel (2020) found that the COVID-19 fear levels of men were higher, while some studies (Arıkan et al., 2021; Türkmen, 2021) found no significant difference according to gender.

The higher fear of COVID-19 among married individuals can be attributed to an increased sense of responsibility and additional concern for loved ones. In the related literature, there are studies (Doshi et al., 2020) in which the fear of COVID-19 is higher in married individuals, as well as the results of studies (Gencer, 2020; Fitzpatrick et al., 2020) showing that the fear levels of single individuals are higher. However, there are also studies (Arpacioğlu et al., 2021; Özdemir & Arpacioğlu, 2021; Türkmen, 2021) where there is no significant difference with the fear of COVID-19.

It can be thought that the significant difference between the fear of COVID-19 and generation may be due to the fact that the risk of catching various diseases increases as the age progresses, and that people over the age of 65 and people with concomitant chronic diseases are at the highest risk in terms of coronavirus (Li et al., 2020). In the literature, there are studies (Gencer, 2020; Özmen et al., 2021) supporting this difference, as well as studies in which the level of fear and anxiety due to COVID-19 is higher at younger ages and studies (Haktanır et al., 2020; Özdemir and Arpacioğlu, 2021; Özmen et al., 2021) that do not show a significant difference between age and fear level.

The reason why the fear of COVID-19 decreases as the level of education increases, can be thought that better educated people are more competent in accessing health-related information resources, using them by researching and using social media more accurately. There are studies supporting this situation in the relevant literature (Doshi et al., 2020; Haktanır et al. 2020; Özmen et al., 2021). On the other hand, Doğan and Düzel (2020) stated that as the level of education increases, the fear of COVID-19 increases. There are also studies (Gencer, 2020; Özdemir & Arpacioğlu, 2021; Türkmen, 2021) showing significant difference between fear of COVID-19 and education level.

It can be considered as an expected finding that the fear of COVID-19 is higher in individuals with chronic diseases. The reason for this was emphasized by all information sources during the pandemic process that the virus affects people who already have chronic health problems more, and the death rate is higher in these people. Findings of Bitan et al., (2020) and Özmen et al. (2021) also support this finding. However, there are also studies (Gencer, 2020; Haktanır et al., 2020) stating that there is no significant difference.

In the study, e-Health literacy level was found to be above the medium level (30.52±6.89). In different studies conducted in Türkiye which have used the same scale, the e-Health literacy level of the participants was found to be similar (Deniz, 2020; Uslu & Şeremet, 2020; Yüksel & Deniz, 2019). As in the whole world, also in Türkiye, e-Health literacy has become an inevitable feature and necessity with the increase in computer and internet usage and the spread of e-Health applications. It can be said that the relevant score is at a good level when compared with the scores in other countries (Del Giudive et al., 2018; Shiferaw et al., 2021; Shiferaw & Mehari, 2019). However, the fact that the scale was applied over the internet may also be a reason for this high value.

According to the findings, e-Health literacy level differs according to gender, generations and education level. The e-Health literacy level of females is higher than males. Similarly, in some other studies conducted in Türkiye (Deniz, 2020; Ertaş et al., 2019; Uslu & Şeremet, 2020), e-Health literacy level of females was found to be higher. It is possible to come across different findings in different countries. For example, in a study conducted in Iran, e-health literacy of males was found to be higher than females (Dashti et al., 2017). In various studies (Corrarino, 2013; Shieh & Halstead, 2009) examining the relationship between health literacy and women health, it was stated that health literacy of females can significantly affect their health knowledge, ability to comply with clinical care plans, preventive behaviors, use of health system and also caring for their children. Since females' health knowledge affects not only their own lives but also the health of their children and families, they may feel more responsible for increasing their literacy levels. With the increase in internet and computer use, this situation may also apply to e-Health literacy.

In our study, postgraduates have the highest e-Health literacy level, while secondary school graduates have the lowest e-Health literacy level. Similarly, according to the study of Ertas et al. (2019), graduates, undergraduates have a higher level of e-Health literacy than those who are high school and primary school graduates. It is stated that there is a relationship between literacy level and health literacy level that should not be ignored. It can not be expected that individuals who are illiterate or have insufficient literacy level will have a high level of health literacy (Üçpunar, 2014). This may also apply to e-Health literacy.

Baby Boomers have a lower e-Health literacy level compared to individuals in the X and Y generations. On the other hand, Ertas et al. (2019) found that e-Health literacy level decreases as age increases. In various studies (Hsu, 2019; Witten & Humphry, 2018), it was also found that the level of e-Health literacy decreases with age.

Our research indicates that the fear of COVID-19 reduces as e-Health literacy levels increase. While the fear of COVID-19 increases in individuals with a high level of cyberchondria, individuals with high e-Health literacy may experience less fear by distinguishing misleading and false information and by performing the right practices related to health. Various studies have been conducted emphasizing the importance of e-Health literacy in the COVID-19 process (Brørs et al., 2020; Chong et al., 2020; Dastani, 2020). However, there are limited studies examining the impact of e-Health literacy on fear of COVID-19. Similar to our finding, Nguyen et al. (2021) found that patients with higher fear of COVID-19 scores had lower e-Health literacy scores.

Within the scope of the research, the average score of the cyberchondria severity scale was found to be moderate. Other studies (Abdelsattar et al., 2021; Bala et al., 2021; Laato et al., 2020) also found the level of cyberchondria as moderate during the pandemic. However, in some studies the level of cyberchondria was found as high level (Al Dameery et al., 2020) and below the medium level (Jungmann & Witthöft, 2020; Maftai & Holman, 2020). It is thought that the COVID-19 pandemic may cause anxiety in the society about the disease, the excess volume of information search about the disease and confronting this great information may increase the anxiety and distress and cause an increase in the level of cyberchondria.

In the study, it was also examined that there are significant differences in cyberchondria severity level according to generation and education level. The level of cyberchondria was found to be higher in secondary and high school graduates than in undergraduate and graduates. Tarhan et al. (2021) and Deniz (2020) also found similar findings. In addition, the cyberchondria severity level of the Z generation was higher than that of the X generation in our study. Similarly, Tarhan et al. (2021) found generation Z as having the highest level of cyberchondria. Individuals with higher education levels should be more proficient in internet use and have access to the right information source; can reduce the level of cyberchondria. On the other hand, it is thought that higher internet access and internet use at younger ages, the possibility of accessing more health resources, may cause an increase in the level of cyberchondria. There is no consensus among studies examining the difference of cyberchondria level according to sociodemographic variables. In the studies of Bala et al. (2021) and Al Dameery et

al. (2020), the level of cyberchondria did not differ significantly according to sociodemographic variables.

The research findings also showed that the increase in the level of cyberchondria also increases the fear of COVID-19. Similar to this finding, Karakaş et al. (2022)'s study results show that increasing levels of cyberchondria trigger COVID-19 phobias during the pandemic. Similarly, Seyed Hashemi et al. (2020) found that fear of COVID-19 was predicted by cyberchondria. Yam et al. (2021) found that during the COVID-19 pandemic, cyberchondria severity has negative effects on fear of COVID-19. Also, Starcevic et al. (2021) theorized that the COVID-19 pandemic increases the perception of threat and uncertainty, and that more online health searches increase cyberchondria, resulting in increased fear of COVID-19 and proposed a model of cyberchondria. The results of the research by Jungmann and Witthöft (2020) showed that the cyberchondria significantly mediated the anxiety and fear of the disease. Wu et al. (2021) stated that higher level of cyberchondria directly affects the higher level of fear and anxiety caused by COVID-19. Lin et al. (2020) emphasized the relationship between COVID-related problematic internet use and fear of COVID-19. It is thought that during the COVID-19 pandemic period, people's high sensitivity to anxiety, searching for information and medical news about the disease may increase their fears. The fact that individuals are worried about their health and search the internet for information about COVID-19 in order to reduce their health concerns can cause the thoughts and fears about COVID-19 to be uncontrollable.

V. CONCLUSION

COVID-19 can harm individuals' mental health beyond their physical health. Fear of COVID-19 is one of these mental disorders and it is important to prevent it. In this study, e-health literacy and cyberchondria levels were considered as factors that could affect fear of COVID-19 and significant results were obtained.

It should also be taken into account that fear of COVID-19 may lead individuals to positive behaviors such as compliance with mask, distance and hygiene rules, compliance with restrictions and the intention to be vaccinated. However, it should not be forgotten that if this fear is at a level that affects the work and social life of people, it would be dangerous.

In this context, health professionals, health managers and policymakers should take steps to increase the e-Health literacy of individuals such as developing educational tools for the society and ensuring open and effective communication. Also, it is important to prioritize raising awareness about cyberchondria and online health information searching behaviors, in order to mitigate the medical crises. Policymakers should provide reliable sources of news for the public to receive accurate information and promote strategies to help reduce misunderstanding of COVID-19.

Ethical Approval: The Hacettepe University Ethics Committee provided the necessary ethical permission with the number E-35853172-050.06-00001546508 (Date: 13 April 2021).

REFERENCES

- Abdelsattar, M., Derar, E., Salem, A. A., & Al-Mujaim, F. (2021). Cyberchondria severity, health anxiety, and health locus of control: the mediation role of covid-19 anxiety. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 22.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Aiken, M., Kirwan, G., Berry, M., & O'Boyle, C. A. (2012). The age of cyberchondria. *J. Roy. Coll. Surg. Ireland Student Med.*, 5, 71–74.

- Al Dameery, K., Quteshat, M., Al Harthy, I., & Khalaf, A. (2020). Cyberchondria, uncertainty, and psychological distress among omanis during COVID-19: an online cross-sectional survey. *Research Square*, Doi: 10.21203/rs.3.rs-84556/v1
- Angus Reid Institute (2020). *Half of Canadians taking extra precautions as coronavirus continues to spread around the globe*. Accessed on January 27, 2021. http://angusreid.org/wp-content/uploads/2020/02/2020.02.04_Coronavirus.pdf.
- Arıkan G., Gökhan İ., & İnce U. (2021). Pandemi sürecinde beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrenci adaylarının COVID-19 korku düzeylerinin incelenmesi. *Journal of ROL Sport Sciences*, 2(1).
- Arpacıoğlu, S., Baltalı, Z., & Ünübol, B. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 46(1), 88-100.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *Journal of Anxiety Disorders*, 71, 102211.
- Aydan, S. (2021). E-Sağlık okuryazarlığı. *Sağlık sektöründe yenilikçi teknolojiler* (Ed. Cahit Korku) içinde. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bala, R., Srivastava, A., Ningthoujam, G. D., Potsangbam, T., Oinam, A., & Anal, C. L. (2021). An observational study in manipur state, india on preventive behavior influenced by social media during the COVID-19 pandemic mediated by cyberchondria and information overload. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 54(1), 22.
- Bitan, D. T., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Research*, 289, 113100.
- Brørs, G., Norman, C. D., Norekval, T. M. (2020). Accelerated importance of e-health literacy in the COVID-19 outbreak and beyond. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, doi: 10.1177/1474515120941307.
- Chong, Y. Y., Cheng, H. Y., Chan, H. L. Y., Chien, W. Y., Wong, S. Y. S. (2020). COVID-19 pandemic, infodemic and the role of eHealth literacy. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103644.
- Corrarino, J. E. (2013). Health literacy and women's health: challenges and opportunities. *J Midwifery Womens Health*, 58(3), 257-64.
- Cremers, H. P., Theunissen, L., Hiddink, J., et al. (2021). Successful implementation of ehealth interventions in healthcare: Development of an ehealth implementation guideline. *Health Services Management Research*, 34(4), 269-278.
- 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. *Electron Physician*, 9(3), 3966-3973.
- Dastani, M. (2020). E-health literacy: a skill needed in the coronavirus outbreak crisis. *Health Tech Asmnt Act*, 4(1), 1-2.
- Del Giudice, P., Bravo, G., Poletto, M., De Odorico, A., Conte, A., Brunelli, L., Arnoldo, L. & Brusaferrò, S. (2018). Correlation between ehealth literacy and health literacy using the ehealth

- literacy scale and real-life experiences in the health sector as a proxy measure of functional health literacy: cross-sectional web-based survey. *J Med Internet Res*, 20(10), e281, doi: 10.2196/jmir.9401
- Deniz, S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan & İnsan*, 7(24), 84-96.
- Doğan, M. M., & Düzel, B. (2020). Covid-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Doshi, D., Karunakar, P., Sukhabogi, J. R., Prasanna, J. S., & Mahajan, S. V. (2020). Assessing coronavirus fear in Indian population using the fear of COVID-19 scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9.
- Ertas, H., Kırac, R., Demir, R. N. (2019). Dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. 3. *Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*, 10-13 Ekim, 2019, Sakarya.
- Eurostat.https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJAN__custom_3759709/default/table?lang=en
- Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 12(1), 17-21.
- Gencer, N. (2020). Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (Kovid-19) korkusu: Çorum örneği. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 4, 1153-1173.
- Gencer, T. Z. (2017). Norman ve Skinner'in e-sağlık okuryazarlığı ölçeğinin kültürel uyarlaması için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 1, 131-145.
- Goyal, K., Chauhan, P., Chhikara, K., Gupta, P., & Singh, M. P. (2020). Fear of COVID 2019: first suicidal case in India!. *Asian Journal of Psychiatry*, 49, 101989.
- Haktanir, A., Seki, T., & Dilmaç, B. (2020). Adaptation and evaluation of Turkish version of the fear of COVID-19 scale. *Death Studies*, 1-9.
- Seyed Hashemi, S.G., Hosseinezhad, S., Dini, S., Griffiths, M.D., Lin, C.Y., Pakpour, A.H. (2020). The mediating effect of the cyberchondria and anxiety sensitivity in the association between problematic internet use, metacognition beliefs, and fear of COVID-19 among Iranian online population. *Heliyon*, 6(10):e05135.
- Hsu, W. C. (2019). The effect of age on electronic health literacy: mixed-method study. *JMIR Hum Factors*, 6(2), e11480.
- Jalloh, M. F., Li, W., Bunnell, R. E., Ethier, K. A., O'Leary, A., Hageman, K. M., ... & Redd, J. T. (2018). Impact of ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015. *BMJ Global Health*, 3(2), e000471.
- Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?. *Journal of Anxiety Disorders*, 73, 102239.
- Karakaş, N., Tekin, Ç., Bentli, R., Demir, E. (2022). Cyberchondria, Covid-19 phobia, and well-being: a relational study on teachers. *Med Lav*, 113(3), e2022027.

- Laato, S., Islam, A. N., Islam, M. N., & Whelan, E. (2020). What drives unverified information sharing and cyberchondria during the COVID-19 pandemic?. *European Journal of Information Systems*, 29(3), 288-305.
- Lau, J. T., Griffiths, S., Choi, K. C., & Tsui, H. Y. (2010). Avoidance behaviors and negative psychological responses in the general population in the initial stage of the H1N1 pandemic in Hong Kong. *BMC Infectious Diseases*, 10(1), 1-13.
- Lazzerini, M., Barbi, E., Apicella, A., Marchetti, F., Cardinale, F., & Trobia, G. (2020). Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), e10-e11.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N. & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active weibo users. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 2032.
- Lin, C. Y., Broström, A., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). Investigating mediated effects of fear of COVID-19 and COVID-19 misunderstanding in the association between problematic social media use, psychological distress, and insomnia. *Internet Interventions*, 21, 100345.
- Maftai, A., & Holman, A. C. (2020). Cyberchondria during the coronavirus pandemic: the effects of neuroticism and optimism. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-7.
- Mathes, B. M., Norr, A. M., Allan, N. P., Albanese, B. J., & Schmidt, N. B. (2018). Cyberchondria: overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research*, 261, 204-211.
- McElroy, E. & Shelvin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 259–265.
- Milcent, C., Zbiri, S. (2022). Use of telehealth: Evidence from French teleconsultation for women's healthcare, prior and during COVID-19 pandemic. *Health Services Management Research*. doi:10.1177/09514848221115845
- Nguyen M. H., Pham T. T. M., Nguyen K. T., Nguyen Y. H., Tran T. V., ..., Duong T. V. (2021). Negative impact of fear of covid-19 on health-related quality of life was modified by health literacy, ehealth literacy, and digital healthy diet literacy: a multi-hospital survey. *Int J Environ Res Public Health*, 18(9), 4929.
- Nguyen, H. C., Nguyen, M. H., Do, B. N., Tran, C. Q., Nguyen, T. T., Pham, K. M., ... & Duong, T. V. (2020a). People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 965.
- Nguyen, H. T., Do, B. N., Pham, K. M., Kim, G. B., Dam, H. T., Nguyen, T. T., ... & Duong, T. V. (2020b). Fear of COVID-19 scale—associations of its scores with health literacy and health-related behaviors among medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4164.
- Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006). Ehealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1-11.
- Norr, A. M., Albanese, B. J., Oglesby, M. E., Allan, N. P., & Schmidt, N. B. (2015). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty as potential risk factors for cyberchondria. *Journal of Affective Disorders*, 174, 64-69.

- Özdemir, D., & Arpacıoğlu, S. (2021). Sosyal medya kullanımı, sağlık algısı ve sağlık arama davranışının koronavirüs korkusu üzerine etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 1-1.
- Özmen, S., Özkan, O., Özer, Ö., & Yanardağ, M. Z. (2021). Investigation of COVID-19 fear, well-being and life satisfaction in Turkish society. *Social Work in Public Health*, 36(2), 164-177.
- Robbins, T., Hudson, S., Ray, P., Sankar, S., Patel, K., Randeve, H., et al. (2020). COVID-19: A new digital dawn? *Digital Health*. doi:10.1177/2055207620920083
- Stănculescu, E. (2021). Fear of COVID-19 in Romania: validation of the Romanian version of the fear of COVID-19 scale using graded response model analysis. *International journal of mental health and addiction*, 1–16. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00428-4>.
- Shaukat, R., Asghar, A., & Naveed, M. A. (2021). Impact of health literacy on fear of covid-19, protective behavior, and conspiracy beliefs: university students' perspective. *Library Philosophy and Practice (e-journal)*. 4620.
- Shieh, C. & Halstead, J. A. (2009). Understanding the impact of health literacy on women's health. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 38(5), 601-612.
- Shiferaw, K. B. & Mehari, E. A. (2019). Internet use and eHealth literacy among health-care professionals in a resource limited setting: a cross-sectional survey. *Advances in Medical Education and Practice*, 10, 563-570.
- Shiferaw, K. B., Tilahun, B. C., Endehabtu, B. F., Gullslett, M. K. & Mengiste, S. A. (2020). E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 20, 181.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 281.
- Singh, K., & Brown, R. J. (2016). From headache to tumour: an examination of health anxiety, health-related Internet use and 'query escalation'. *Journal of Health Psychology*, 21(9), 2008-2020.
- Starcevic, V. & Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205-213.
- Starcevic, V., Schimmenti, A., Billieux, J., & Berle, D. (2021). Cyberchondria in the time of the COVID-19 pandemic. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 3(1), 53-62.
- T.R. Ministry of Health (2021a). *Covid-19 bilgilendirme platformu*. <https://covid19.saglik.gov.tr/>
- Tarhan, N., Tutgun-Ünal, A., & Ekinçi, Y. (2021). Yeni kuşak hastalığı siberkondri: yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(37), 4253-4297.
- Türkmen, A. (2021). Banka personelinin COVID-19 korkusunun incelenmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 87-92.
- Üçpınar, E. (2014). *Yetişkinlerde işlevsel sağlık okuryazarlığı testinin uyarılma çalışması*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Uslu, D. ve Şeremet, G. (2020). Bireylerin E-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 386-394.

- Uzun, S. U., & Zencir, M. (2018). Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Current Psychology, 40*, 65–71.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1729.
- Witten, N. A., & Humphry, J. (2018). The electronic health literacy and utilization of technology for health in a remote hawaiian community. *Journal of Asia Pacific Medicine & Public Health, 77*(3), 51–59.
- World Health Organization (2020a). *Coronavirus disease (COVID-2019): situation report–46* https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200306-sitrep-46-covid19.pdf?sfvrsn=96b04adf_4. Accessed on January 27, 2021.
- World Health Organization (2020b). *Rolling updates on corona virus COVID –10*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>. Accessed on January 27, 2021.
- World Health Organization (2021). *WHO coronavirus disease (COVID-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/>. Accessed on January 27, 2021.
- Wu, X., Nazari, N., & Griffiths, M. D. (2021). Using fear and anxiety related to covid-19 to predict cyberchondria: cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research, 23*(6), e26285.
- Yam, F.C, Korkmaz, O., Griffiths, M.D. (2021). The association between fear of Covid-19 and smartphone addiction among individuals: the mediating and moderating role of cyberchondria severity. *Curr Psychol., 20*, 1-14.
- Yüksel, O. & Deniz, S. (2019). *Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma*. 2nd International Conference on Data Science and Applications, 3-6 Ekim, 2019, Balıkesir.

DERLEME MAKALASI

TELE-TIP UYGULAMALARININ SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASI KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Yılmaz ARIK *

ÖZ

Tele-tıp, bilişim teknolojileri yoluyla mesafe engelini ortadan kaldırılarak sağlık hizmetlerinin uzaktan sunulmasını ifade etmektedir. Gelişmiş ülkelerde kendine yeterli bir kullanım alanı bulan tele-tıp uygulamaları, ülkemizde sadece yoğun olarak tele-radyoloji alanında yürütülmektedir. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile yasal dayanak kazanan tele-tıp uygulamaları, artık izin alan sağlık kuruluşlarında, başka uzmanlıklarda da kullanım alanı bulabilecektir. Böylece sağlık hizmetlerinin sunulduğu şekilde bir değişim yaşanacaktır. Bu bağlamda sağlık hizmetleri pazarlaması da bu değişime yönelik bir strateji geliştirme yoluna gidecektir. Bu bakımdan bu çalışma çerçevesinde tele-tıp uygulamalarını sağlık hizmetleri pazarlaması açısından değerlendirmek amaçlanmıştır. Sonuç olarak sağlık hizmetleri pazarlamasında stratejik olarak hizmet hattında, dağıtım ve tutundurma faaliyetlerinde, iş süreçlerinde ve fiziksel kanıtlarda değişim beklenebilecektir. Bunun yanı sıra fiyatlandırma ve geri ödeme yönteminin belirsizliği kapsamında fiyat karması; tıp etiği ve mahremiyet tartışmaları kapsamında da katılımcılar karması açısından bu değişimin nasıl şekilleneceği hakkında soru işaretleri bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tele-tıp, uzaktan sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri pazarlaması.

MAKALE HAKKINDA

* Öğr. Gör., Kapadokya Üniversitesi, yilmaz.arik@kapadokya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9953-1607>

Gönderim Tarihi: 04.07.2022

Kabul Tarihi: 23.05.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Arık, Y. (2023).Tele-tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri pazarlaması kapsamında değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 511-534

EVALUATION OF TELEMEDICINE APPLICATIONS WITHIN THE SCOPE OF HEALTHCARE MARKETING

Yılmaz ARIK *

ABSTRACT

Telemedicine refers to the provision of health services remotely by removing the distance barrier through information technologies. Telemedicine applications, which find a self-sufficient area of use in developed countries, are carried out intensively only in the field of tele-radiology in our country. However, telemedicine applications, which gained a legal basis with the "Regulation on the Delivery of Remote Health Services" issued by the Ministry of Health, will now be able to find use in other specialties in health institutions that have received permission. Thus, there will be a change in the way health services are delivered. In this context, health services marketing will also try to develop a strategy for this change. In this respect, it is aimed to evaluate telemedicine applications in terms of health services marketing within the framework of this study. As a result, changes can be expected in health care marketing strategically in service line, distribution and promotion activities, business processes and physical evidence. In addition, price mix within the scope of uncertainty of pricing and reimbursement method; Within the scope of medical ethics and privacy discussions, there are questions about how this change will be shaped in terms of the participants' mix.

Key Words: *Telemedicine, remote health services, health services marketing.*

ARTICLE INFO

*Lecturer, Kapadokya University, yilmaz.arik@kapadokya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9953-1607>

Received: 04.07.2022

Accepted: 23.05.2023

Cite This Paper:

Arik, Y. (2023). Evaluation of telemedicine applications within the scope of healthcare marketing .Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(2): 511-534

I. GİRİŞ

Günümüze gelinceye dek insanlık tarihine bakıldığında ortaya çıkan birçok hastalık ve salgın olduğu görülmektedir. Bunlara karşı da sağlık alanında her zaman bir savunma mekanizması oluşturulmuş ve üstesinden gelebilmek adına bilimsel ve teknolojik yenilikler yapılmıştır. Şimdiye baktığımızda ise Covid-19 salgını ile Hollanda, ABD ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde kullanılan tele-tıp uygulamaları, sağlık hizmetlerinin güvenli bir şekilde sunulması adına evrensel boyutta yoğun bir şekilde gündeme gelmiştir (Sungur, 2020). Ülkemizde de Covid-19 pandemisi ile 65 yaş üstü ve kronik hastalığı bulunan kişilere getirilen dışarı çıkma kısıtlamaları ve bu kişilerin sağlık kuruluşlarına gitmeye yönelik endişeleri, tele-tıp uygulamalarının ülkemizde de ne denli gerekli olduğunu göstermiştir (Gencer, 2020).

Ülkemizde tele-tıp uygulamaları kapsamında yoğun olarak tele-radyoloji uygulamaları yer almaktadır. Bu uygulamalar genellikle hastalara ilişkin tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla bilgilerin depolanarak uzman hekime aktarılmasını içermektedir (Toygar, 2018). Yasal bir dayanak ve gerekli koşullar mevcut olmasa bile Covid-19 pandemi sürecinde sağlık kuruluşları tarafından sosyal medya ve iletişim uygulamaları yoluyla uzaktan sesli ve görüntülü tedavi hizmetleri de sunulmaya başlanmıştır (Önal ve Kaya, 2020).

Gelinen noktaya bakıldığında uzaktan sağlık hizmetleri fiyatlandırma, geri ödeme, tıp etiği, hasta mahremiyeti, yasal dayanak, hizmetlerin içeriği ve gerekli koşullar açısından bir belirsizlik halindeydi. Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan 10 Şubat 2022 tarihli Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete, 2022) ile tele-tıp uygulamaları hem yasal dayanak hem de hizmetlerin içeriği ve gerekli koşullar bakımından bir netlik kazanmıştır.

Tele-tıp uygulamaları kapsamında uzaktan sağlık hizmetleri, ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda kendine yeni bir alan yaratacaktır. Sağlık hizmetleri pazarlaması açısından hizmet karmasını oluşturan ürün, fiyat, tutundurma, dağıtım, katılımcılar, süreçler ve fiziksel kanıtlar da bu alana yönelik bir değişimi stratejik olarak yaşayacaktır.

Bu çalışmanın altında yatan düşünce sağlık kurumlarının, pazarlama stratejileri kapsamında sağlık sisteminde meydana gelen değişimlerin farkına varabilmelerini sağlamaktır. Yasal sistemde meydana gelen gelişme ile artık mevcut sağlık hizmetlerinde farklılaştırma gerekecek, fiyatlandırmanın nasıl olacağı konusu gündeme gelecek, dağıtım aşamasında yeni kanallar kullanılacak ve bu kanalların bazı avantaj ve dezavantajları olacaktır. Ayrıca hizmet sunumuna yeni süreçler eklenecek, fiziksel kanıtlar genel anlamda bir hastane binasından teknolojik imkanlara evrilecek, en önemli unsur olan sağlık hizmeti sunucusu, hastası ile sanal ortamda bir etkileşime girecektir.

Tüm bu unsurlara bakıldığında uzaktan sağlık hizmetleri pazarlamasında ciddi değişimlerin olacağı beklenebilir bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu derleme çalışması ile uzaktan sağlık hizmetleri pazarlamasının, pazarlama karmaları kapsamında nasıl bir evrime uğrayacağı ve geliştirilebileceğinin, ayrıca bu gelişmelerin olumlu ve olumsuz yönlerinin neler olabileceğinin aktarılması amaçlanmıştır.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Tele-tıp tanımsal olarak mesafenin kritik olduğu durumlarda sağlık profesyonelleri tarafından bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılarak hastalık ve yaralanmaların teşhisi, tedavisi ve önlenmesi, hizmet alanına ilişkin mevcut bilginin alışverişi, araştırma ve değerlendirme, sağlık hizmeti sunucularının eğitimi ve kişi ve toplum sağlığının geliştirilmesi uygulamalarını ifade etmektedir (World Health Organization, 2010).

19. yüzyıl Amerika iç savaşlarında yaralı askerlerin durumlarının telgraf yoluyla iletmeye başlanması tele-tıp tarihinin ilk basamağında yer almaktadır. Ardından 1905 yılında fizyolog Willem Einthoven elektrokardiyogramları bir telefon hattıyla klinikten Leyden'deki Academic Hospital'a

göndermiştir. Bu şekilde tele-elektrokardiyogram ile ilk başarılı hastalık verileri iletilmiştir (Hjelm ve Julius, 2005). 1924 Nisan ayında İtalya’da yayınlanan ve editörlüğünü Hugo Gernsback’in yaptığı Radio News isimli dergi “Radyo Doktoru-Belki!” manşeti ile hastaların uzaktan görüntülü ve sesli şekilde muayene edilebileceğini, ateşinin ölçülebileceği ve rapor verilebileceğini ileri sürmüştür (Jagarapu ve Savani, 2021; Leena ve Gochhait, 2020).

1964 yılına gelindiğinde tele-tıbbın gelişimi olarak görülen Nebraska Projesi başlatılmıştır. Bu proje kapsamında ABD Omaha’daki Nebraska Psikiyatri Enstitüsü ile 180 km uzaklıktaki Norfolk Devlet Hastanesi arasında kapalı devre bir televizyon bağlantısı kurulmuştur. Bu bağlantı ile doktorlar arası sanal konsültasyonlar sağlanırken TV monitörleri ile psikiyatri hastalarıyla da görüşmeler yapılmaya başlanmıştır (House ve Roberts, 1977; Wurm vd., 2008). 1968 yılında ilk defa bir patoloji örneği üzerinde Massachusetts Genel Hastanesi ile Boston’daki Massachusetts Logan Havaalanı Tıp İstasyonu arasında gerçek zamanlı şekilde video konsültasyon gerçekleştirilmiştir (Farahani ve Pantanowitz, 2015).

1968 yılında Vermont Üniversitesinin geliştirmiş olduğu bir program üzerinden uzman doktorlar, kırsal kesimdeki doktorlara konsültasyon ve eğitim vermeye başlamıştır. 1980’li yıllarda Kanada ve Avustralya tarafından tele-tıbbı önem verilmiş ve ülkelerde tıp merkezleri arasında video konferans ile konsültasyon ağı geliştirilmiştir. 1986 yılından sonra Almanya’da “Medkom” isimli uygulama ile sağlık merkezleri arasında video konferans ağı kurulmuştur. 1995’te Oregon’daki dermatolog sıkıntısının giderilmesine yönelik bir tele-dermatoloji projesinden bahsedilmiş ve 1997 senesinde yapılan ilk tele-dermatoloji projesi ile Minnesota’daki (ABD) bir huzurevinde yüz yüze tanılar ile tele-tanılar arasındaki tanısal uyum üzerine ilk çalışma yapılmıştır. Teşhisler arasındaki %88 uyum sağlanmıştır. 2000’li yıllara gelindiğinde Çin ve ABD arasında başlatılan proje ile ABD’deki doktorlar Çin’deki hastaların tanı ve tedavilerinde yardımcı olmaya başlamıştır (Şaşmaz, 2019; Wurm vd., 2007).

Tele-tıbbın ilk ortaya çıktığı tarihten günümüze gelinceye dek birçok tıbbi alanda uygulamaya başlandığı görülmektedir. Bunlara baktığımızda tele-psikiyatri, tele-terapi, tele-dermatoloji, tele-kardiyoloji, tele-anestezi, tele-radyoloji, tele-ofthalmoloji, tele-konsültasyon, tele-cerrahi, tele-patoloji, tele-evde bakım ve biyotelemetri olarak karşımıza çıkmaktadır (Güleş ve Özata, 2005; Özlü vd., 2021).

Tele-tıp uygulamalarının hem hizmet sağlayıcı hem de alıcılar tarafından avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Hizmet sağlayıcıların sağlamış oldukları avantajlara baktığımızda yeni gelişmelerin takibini yapmak, hasta bilgilerine hızlı erişim sağlamak, sürekli eğitim fırsatı ile beceri geliştirmek, hasta ile yüz yüze gelmediği için bulaşıcı hastalıklardan korunmak ve çok yönlü konsültasyon ile doğru tanı koymak olduğu söylenebilir (Saygun, 2021).

Hizmet alıcıları açısından baktığımızda tele-tıp, coğrafi olarak uzak ve dağınık yerleşim yerlerinde bulunan hastaların uzakta olan uzman doktorlara kolay bir erişim sağlayarak etkili bir sağlık hizmeti alabilmesine olanak tanımaktadır. Hatta hastalığına ilişkin birden çok uzmandan görüş alabilmesi daha kolay hale gelmektedir. İkincil görüş açısından da birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları tarafından uzaktaki üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki uzman doktorlara kolay şekilde erişim sağlanmaktadır (Bashshur vd., 2009). Bu uygulamaların ortaya konmasındaki temel amaç mesafe engelini ortadan kaldırılarak herkese eşit, adil, kaliteli ve etkili sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Bu şekilde hem hasta hem de hastane açısından zaman ve maliyet anlamında bir tasarrufa gidilmiş olacak ve sağlık hizmetlerinin verimliliği artmış olacaktır (Mendi, 2016).

Tele-tıp uygulamaları sağladığı avantajların yanı sıra bazı dezavantajlara da sahiptir. Özellikle hedefinde bulunan yaşlı hastaların tele-tıp uygulamalarını benimsemeleri ve bilişim teknolojilerini yetkin bir şekilde kullanabilmeleri zor olarak görülmektedir. Bilişim teknolojilerine sahip olmayan ve internet erişimi olmayan hastaların da tele-tıp uygulamalarından yararlanamamaları hak mahrumiyetine yol açabilmektedir (Kutsal, 2021). Hasta mahremiyeti açısından güvenilir olmayan

kanallardan sağlık hizmetleri sunucuları ile etkileşime girilmesi siber saldırılara ortam hazırlayabilmektedir. Acil durumlarda doktorların hayat kurtarıcı müdahalesinin eksikliği ve laboratuvar testlerinin uzak mesafeden sağlanamaması hasta sağlığını daha da riske atabilmektedir. Hastalar ile video konferans görüşmeleri sırasında etkili bir iletişimin oluşturulamaması, doktorun hastalık ile ilgili yeterli bilgiye sahip olamamasını ve var olan semptomların da gözden kaçabilmesini ortaya çıkarabilmektedir (Haleem vd., 2021).

Sağlık hizmetleri pazarlanması; toplum tarafından tanınmak, toplumun güvenini kazanmak, diğer sağlık kuruluşları karşısında rekabet gücü elde etmek, hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayıcı bir hizmet üretimi ortaya koymak ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak üzere 1970'li yılların ikinci yarısında ortaya çıkmıştır (Salman ve Uydacı, 2011). Sağlık hizmetlerinin pazarlamasındaki amaç, hedef pazar beklenti ve ihtiyaçlarının anlaşılması ve bunlara yönelik uyumlu sağlık hizmeti sunulmasıdır. Bunun için de sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki etkileşim anında tüm adımların belirlenmesi ve bu adımlarda gerçekleştirilen faaliyetlerin hasta ihtiyaç ve beklentilerini ne derecede karşıladığının değerlendirilmesi önemli olmaktadır. Bu şekilde gerçekleştirilen pazarlama sürecinin sonucunda ise sağlık hizmeti sunucusu ve tüketicisi arasındaki değer alışverişinde memnuniyetin geliştirilmesi sağlanmaktadır (Purcarea, 2019).

Sağlık kuruluşlarında pazarlama süreci üç aşamadan meydana gelmektedir. İlk aşamada sağlık kuruluşunun hedef pazarında yer alan sağlık hizmeti tüketicilerinin ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılması yer almaktadır. İkinci aşamada ise sağlık hizmetlerine ilişkin değer alışverişine yardımcı olacak hizmet karması elemanları değerlendirilmekte ve belirlenmektedir. Son aşamada ise hizmet karması elemanlarının yanı sıra değer alışverişinde diğer yardımcı faaliyetler belirlenmektedir (Cengiz, 2014).

Sağlık hizmetlerinde pazarlamanın önem kazanması, birçok etkene bağlı olarak gelişme göstermiştir. Sağlık sektöründe özel sağlık kuruluşlarında artış görülmesi ile kamuya bağlı sağlık kuruluşları kendini bir rekabet ortamı içerisinde bulmuş ve sağlık hizmetlerinin pazarlaması bu rekabet ortamında güç kazanmak için bir gereklilik haline gelmiştir. Özel sağlık kuruluşlarında bu, kar elde etmek şeklinde bir paya sahipken kamu kuruluşlarında finansman sağlama şeklinde kendine bir yer bulmuştur. Bunun yanı sıra aşırı uzmanlaşma ve teknolojik alanda görülen hızlı gelişmeler, giderek artan maliyetler, tüketicilerin bilinçlenmesi, hasta hakları ve sağlığı konusunda meydana gelen gelişmeler, yönetimin profesyonelleşmesi, rekabetin yoğunlaşması, finansal zorluklar ve yasal düzenlemeler de sağlık hizmetlerinde pazarlamanın önem kazanmasına neden olmuştur (Öz ve Uyar, 2014; Tengilimoğlu, 2016).

Geleneksel pazarlamadan modern pazarlamaya geçişte hedef kitledeki değişiklikler, rekabet ortamında sürekli artış, pazarın küresel hale gelmesi ve teknolojik gelişmeler ortaya yeni pazarlama yaklaşımlarını getirmiştir. Bu yaklaşımlar içerisinde literatürde en güncel yaklaşımlar içsel pazarlama, dijital pazarlama, sosyal pazarlama, sağlık turizminde pazarlama, ilişkisel pazarlama ve viral pazarlama şeklindedir (Çelik ve Kadıoğlu, 2022). Yakın tarihe baktığımızda; teknolojinin ve internet kullanım ortamlarının gelişmesiyle dijital pazarlama, sağlığın geliştirilmesi için olumlu sağlık davranışı yaratmada sosyal pazarlama, küresel pazarda yer almak ve daha fazla kitleye hizmet sunabilmek adına ise sağlık turizminde pazarlama diğer yaklaşımlara nazaran daha ön planda karşımıza çıkmaktadır (Kılıçarslan, 2019; Pirhan ve Eter, 2022; Şantaş ve Şantaş, 2020; Yıldız ve Tosun, 2021).

Kuruluşlar, pazarlama planlarında belirlediği amaç ve hedeflerine ulaşmaya yönelik hedef pazarın ihtiyaç ve beklentisine uygun şekilde bir pazarlama karması oluşturmaktadır. Hedef pazarın ihtiyaç duyduğu mal veya hizmetlerin üretilmesi, ödemeye istekli oldukları fiyatların geliştirilmesi, mal veya hizmetleri satın almak için ulaşılabilir yerin belirlenmesi ve mal veya hizmet hakkında bilgi aktarımının sağlanması pazarlama karması faaliyetlerini kapsamaktadır (Akkılıç, 2002; Tengilimoğlu, 2000). Bunların yanı sıra sağlık gibi hizmet kuruluşlarında bu pazarlama karması elemanlarına ilaveten katılımcılar, süreçler ve fiziksel kanıtlar da dahil edilmektedir (Ravangard vd., 2020).

III. TELE-TIP UYGULAMALARININ SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMA KARMALARI KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Ülkemizde tele-tıp kavramına ilişkin ilk gelişme 2008 yılındaki Bilişim Zirvesi kapsamında yürütülen tele-sağlık konferansı ile ortaya çıkmıştır. Acil Eylem Planı kapsamında Devlet Planlama Teşkilatı altında başlayan e-Dönüşüm Türkiye Projesi çerçevesinde e-Sağlık Çalışma Grubu'nun koordinasyonunu Sağlık Bakanlığı üstlenmiş ve 2006 yılında bir Eylem Planı geliştirilerek yürürlüğe koyulmuştur. Eylem Planı'nda yer alan dört eylemden biri olan Tele-tıp sisteminin de uygulamaya koyulması kabul edilmiştir. Tele-tıp sisteminin geliştirilme amacı, tıbbi görüntüleme alanında uzman eksikliği, kompleks vakalarda konsültasyon ihtiyacının karşılanması, doğru teşhis ve tedavinin yürütülerek hasta memnuniyetinin artırılması olmuştur (Ertek, 2011).

Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında yayınladığı Bilgi Toplumu Stratejisi Eylem Planı'nda tele-tıp uygulamaları ile topluma danışmanlık ve yönlendirme yapılacağına ve ileri teknoloji ile teşhis ve tedavi hizmeti sunulacağına yer verilmiştir. 2007 yılında radyolojik bulguların ve patoloji dokularının raporlanması ve konsültasyonu, EKG sonuçlarının yorumlanması gibi hizmetlerin tele-tıp kapsamında gerçekleştirilmesi için tele-radyoloji ve tele-patoloji uygulamaları geliştirilmiş ve EKG servisleri oluşturulmuştur. 2009'da bunlara tele-ultrason servisi dahil edilmiştir. 2015 yılına gelindiğinde pilot olarak birkaç şehirde uygulamaya konulan Tele-tıp ve Tele-radyoloji Sistemi, 2016 yılı sonunda tam entegre sistem haline getirilmiştir. Şu an ise Sağlık Bakanlığı, tele-tıp hizmetlerini ağırlıklı olarak radyoloji alanında değerlendirme ve konsültasyon hizmetleri şeklinde yürütmektedir. Covid-19 pandemi sürecinde tele-tıp uygulamaları kesin ya da olası enfeksiyonlu olan hastaların evden takibi, telefon ile sorgulanması ve izlemi şeklinde bir önem kazanmıştır. Yine bu dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından 2020 yılında Tele Sağlık Sistemi ile ilgili bir duyuru yapılmıştır. Buna göre bulaşın azaltılmasına yönelik olarak uzaktan görüntülü sağlık hizmetlerinin uygulamasının geliştirildiğini belirterek sağlık kuruluşlarının da bu uygulamaya katılım göstermesini istemiştir (Doğramacı, 2020; Korku, 2021).

2022 yılına gelindiğinde henüz yasal bir dayanağı olmayan tele-tıp uygulamaları Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete, 2022) ile bir resmiyet kazanarak faaliyet izni alan sağlık kuruluşlarının ne şekilde uzaktan sağlık hizmetleri verebileceği belirtilmiştir.

Tele-tıp uygulamaları kapsamında verilecek olan bu uzaktan sağlık hizmetlerinin; yeni hizmet sunma yöntemleri ve süreçleri, fiyatlandırma ve geri ödeme yöntemleri, hizmetin dağıtım şekli, hizmetin verileceği yer ve katılımcıları gibi kendine yeni bir alan yaratacağı görülmektedir. Mevzu bahis yönetmelik ile resmiyet kazanarak meydana gelecek olan bu yeni hizmet alanı, sağlık hizmetleri pazarlama karması elemanları çerçevesinde incelenmek istenmiştir.

3.1. Ürün

Ürünler soyutluk ve somutluk özelliklerine göre sınıflandırılmaktadır. Somut ürünler mal; soyut ürünler ise hizmet olarak değerlendirilmektedir. Sağlık kuruluşlarında üretilen çoğu ürün, hizmet niteliğindedir. Bunlara teşhis ve tedavi edici, koruyucu ve rehabilitasyon hizmetleri ile sağlık eğitimi gibi örnekler verilebilir. Bunların yanı sıra sağlık hizmetleri sunumunda ilaç, ortez, protez ve tıbbi cihazlar gibi somut ürünler de yer almaktadır (Tengilimoğlu, 2000).

Ürün kavramı üç boyuttan meydana gelmektedir. Bunlar sırasıyla; çekirdek ürün, somut ürün ve genişletilmiş üründür. Çekirdek ürün, tüketicinin ihtiyacı olan bir hizmeti alması sonucunda elde ettiği faydayı ifade etmektedir. Sağlık kuruluşlarında hastalara yönelik verilen insan sağlığına yönelik bütün işlemler çekirdek ürünü oluşturmaktadır. Muayene, ameliyat, laboratuvar işlemleri bunlara örnek olarak verilebilir. Somut ürün ise çekirdek ürünün değerlendirilmesini sağlamak amacıyla ürünün fonksiyonel yönünü ortaya koymaktadır. Bunlara bina tasarımı, kullanılan renkler, hasta odaları gibi

örnekler verilebilir. Genişletilmiş ürün ise somut ürünler ile çekirdek fayda sağlayıcı ürünleri destekler şekilde ek hizmet ve fayda sağlanmasını ifade etmektedir (Özer vd., 2016; Tengilimoğlu, 2016).

Uzaktan sağlık hizmetleri de bu üç boyut kapsamında ele alındığında çekirdek fayda olarak sağlık hizmetlerinin uzaktan verilerek hastaya teşhis, tedavi, danışmanlık hizmetlerinin sunulmasını söyleyebiliriz. Somut ürün olarak ise kullanılan bilişim teknolojileri, hasta takibi amaçlı kullanılan giyilebilir teknolojiler, randevu hizmetleri kapsamında web site tasarımları ve e-reçete/raporlar örnek olarak verilebilir. Genişletilmiş ürün olarak da sağlık hizmetlerinin uzaktan verilmesiyle hastaların elde etmiş olduğu zaman ve para tasarrufu, hizmete ulaşım kolaylığı gibi faydaları söyleyebiliriz. Burada sağlık kuruluşlarının diğer hizmet sunucularından farklılaşmasını sağlayan unsurlar genel itibarıyla somut ürünün altyapı ve kalitesi ile genişletilmiş ürün kapsamında hastaların mesafe tanımaksızın sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması şeklinde ifade edilebilir.

Uzaktan sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri kapsamında yeni hizmet geliştirme süreci sonucunda meydana gelen bir hizmet olarak görülebilir. Bakıldığında uzaktan sağlık hizmetleri hem sağlık kuruluşları için hem de pazar için yeni bir hizmet olarak düşünülebilir. Uzaktan sağlık hizmetleri hem süreç hattında hem de hizmet hattında bir genişleme sağlayacaktır (Özbaşar, 1997). Süreç hattında genişleme ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinin sunulmuş sürecine farklı yolların eklenmesi söylenebilir. Bu durumda yüz yüze sağlık hizmetinin yanı sıra bilişim teknolojileri ile uzaktan bir hizmet sunumunun gerçekleştirilmesi söz konusudur. Hizmet hattında genişleme ise sağlık kuruluşlarının mevcut hizmet hattına eklemeler yapılmasını ifade etmektedir. Eklenen bu uzaktan sağlık hizmetleri mevcut sağlık tüketicilerini kapsayacağı gibi uzak mesafedeki sağlık tüketicilerini de kapsamaktadır (Özer vd., 2016; Tengilimoğlu, 2016).

Uzaktan sağlık hizmetleri sağlık hizmetleri pazarlamasında yer alan hizmet karması içerisinde bir hizmet hattını meydana getirmektedir. Bu hizmet hattının içerisinde bulunan hizmetlerin çeşidi de hizmet karmasının derinliğini oluşturmaktadır (Tengilimoğlu, 2016). Tele-tıp yoluyla yürütülen uzaktan sağlık hizmetlerinin hizmet derinliği kapsamında kardiyoloji, radyoloji, nöroloji, onkoloji, patoloji, cerrahi, oftalmoloji, dermatoloji, pediatri, psikiyatri, eczacılık, göğüs hastalıkları, gastrohepatoloji, diyet hizmetleri, hasta takibi, evde sağlık hizmeti ve tele-yönetim gibi hizmet çeşitleri verilebilmektedir (Hoyt, 2009).

Hizmet çeşitleri içerisinde yer alan her bir uzmanlık alanı hastalıklara ilişkin teşhis ve tedavi hizmetlerini sağlarken, hasta takibi hizmetleri genellikle koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri sunmak adına yürütülmektedir. Uzaktan hasta takibi ile sunulabilecek hizmetler kalp-kapak hastalıkları, hipertansiyon, ritim bozuklukları, kronik hastalıklar, diyabet, hamilelik ve çocuk gelişimi, alerji, bağımlılık, psikolojik ve psikiyatri tedavi süreçlerinin takibi ile diyet takibi olarak sayılabilir (Bozbuğa ve Sayın, 2021).

3.2. Fiyat

Fiyat kavramı, bir kuruluş tarafından üretilen mal veya hizmet için belirlediği değeri ifade etmektedir (Tengilimoğlu, 2000). Sağlık hizmetlerinde tüketicilerin öncelikleri fiyat olmaktan çok sağlık hizmetlerini temin ederek sağlıklarına kavuşmak olmaktadır. Ancak sağlık kuruluşları sayısında görülen artış ile alternatifler çoğalmakta ve tüketiciler en iyi sağlık hizmetini en uygun fiyata almaya yönelmektedir (Gümüş, 2018).

Sağlık hizmetleri kapsamında çeşitli uzmanlıkların bulunması, ileri teknolojinin kullanılması, sağlık hizmetlerinin dinamik yapıda olması ve kendine has özelliklerinden dolayı fiyatlandırmanın, birçok farklı unsura göre belirlenmesini gerektirmekte ve fiyatlandırma stratejilerinin net bir şekilde ortaya konulması zorlaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırmalar genel olarak işletme maliyetleri, genel giderler, çalışanların maaşları, altyapı maliyeti, hizmet kalitesi ve yatak doluluk oranları gibi unsurlara göre gerçekleştirilmektedir (Sreenivas vd., 2013). Sağlık hizmetlerinin

fiyatlandırılması devlet düzenlemelerine, dernek ve odaların düzenlemelerine ve pazar koşullarının düzenlemelerine bağlı olarak bir sınıflandırma içerisine girmektedir (Salman ve Uydacı, 2011).

Devlet düzenlemelerine bağlı fiyatlandırmalarda toplumsal ve politik amaçlar ekonomik amaçlardan öncelikli konumda olmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinden yararlanma, herhangi bir ödeme olmaksızın ya da düşük bir ödeme ile gerçekleştirilmektedir. Serbest doktor ve dış hekimlerinin verdikleri sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasına ilişkin düzenlemelere, geliştirdikleri fiyat tarifeleri ile Türk Tabipler Birliği (Türk Tabipleri Birliği, 2023), Türk Dış Hekimleri Birliği (Türk Dışhekimleri Birliği, 2023) ile bu birliklere bağlı her ilde oluşturulan meslek odaları da katılmaktadır. Pazar koşullarına göre sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması ise ekonomik koşullara, tüketicilerin hizmet ve fiyat ilişkisine yönelik kalite algılamalarına, talep düzeyine, rekabete ve ihtiyaçların aciliyet durumuna göre düzenlenmektedir (Akkılıç, 2002).

Uzaktan sağlık hizmetleri de sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan değerlendirilmesinde yaşanan karmaşıklıktan payını almaktadır. Uzaktan sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan değerlendirilmesinde yaşanan zorluklar: Maliyet, klinik etkililik ve etkinliklere ilişkin verilerin yetersiz olmasından dolayı varsayımsal olarak analizlerin yapılmasının güvenilir sonuçlar vermemesi; maliyeti etkileyen parametrelerin birden fazla ve heterojen yapıda olması (mesafeler arası farklılıklar ve farklı geri ödeme yöntemleri vs.); ekonomik modellerin performanslarında görülen farklılıklar; bilişim teknolojilerinin ve tıbbi cihazların sürekli bir gelişim içerisinde olması ile orta ve uzun vadede maliyet kestirimleri yapmada yaşanan zorluklar olarak sayılabilir. Bunlar gibi zorluklar nedeniyle uzaktan sağlık hizmetlerini ekonomik açıdan değerlendirmek tek bir bakış açısıyla değil tüm tarafların katkıları ile yürütülmelidir. Bu taraflar hizmet sunucuları, hizmetin tüketicileri, geri ödeme kuruluşları ve paydaşlar olarak verilebilir (Sözen, 2021).

Tabi tüm bu zorlukların akabinde uzaktan sağlık hizmetlerinin nasıl geri ödemesinin gerçekleştirileceği ve fiyatlandırılacağı hala netlik kazanmış değildir (Barbosa vd., 2021). Bu durum sadece bizim ülkemiz için söz konusu değil Covid-19 pandemisi sonrası evrensel bir sorun olarak gündemde yer edinmektedir. Sağlık sigortası tarafından geri ödemenin gerçekleşmeyip cepten ödemenin yapıldığı durumlarda, gelişmekte olan ülkelerin kırsal ve uzak mesafedeki bölgeleri olumsuz olarak etkilenmektedir. Geri ödeme konusu ülkelere farklılıklar içermektedir. Bazı ülkeler tele-tıp hizmetlerinden hiç geri ödeme almamakta ya da kısmen karşılamakta, bazı ülkelerde ise yalnızca belirli uygulamalar ve bölgeler açısından geri ödemeler yapılmaktadır (Sözen, 2021). Sigorta, doktor ücretleri ve geri ödeme sorunlarının getirdiği bu belirsizlikler birçok ülkede tele-tıp kullanımına ilişkin doktor ve hastalar açısından isteksiz karşılanmaktadır. Ayrıca bazı ülkelerde geri ödemelerin sigorta kapsamına alınmaması yine aynı şekilde tele-tıp kullanımına ilişkin bir dezavantaj oluşturmaktadır (Nittari vd., 2022).

Çeşitli hastaneler ve serbest doktorlar tarafından sunulan uzaktan sağlık hizmetleri Zoom ve Whatsapp gibi çeşitli uygulamalar ile yürütülmekte ve Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde bu hizmetler özel şirketler tarafından faturalandırılmaktadır. Ülkemizde ise Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi; genel cerrahi, aile hekimliği, gastroenteroloji ve psikiyatri hizmetlerine ilişkin internet polikliniği uygulamasını başlatmış ve faturalama Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından poliklinik hizmetleri üzerinden oluşturulmuştur (Dilbaz vd., 2020).

3.3. Tutundurma

Sağlık hizmetlerinde tutundurma; hastane, hastalar ve diğer kuruluşlar arasında iletişim kurma sürecini ifade etmektedir (Catana ve Toma 2021). Sağlık tüketicilerine hizmetlerin varlığı hakkında bilgi verilmesi, ne şekilde bu hizmetlere erişimin sağlanacağı ve kullanma yollarının nasıl olacağını aktarılması genel olarak tutundurmanın amaçlarıdır (Akkılıç, 2002).

Türkiye’de ve pek çok ülkede sağlık hizmetlerinde reklam faaliyetleri yasaklanmış ve diğer tanıtım faaliyetlerine de sınırlamalar getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin pazarlamasında reklam ve doğrudan

tanıtım faaliyetlerinin yerine halkla ilişkiler ve dolaylı yoldan tanıtım faaliyetleri yoğunluk kazanmıştır. Bunlara sosyal medya, sponsorluklar, kampanyalar, web siteleri ve daha önce hastaneye başvuran hastalara ilişkin elde edilen bilgilerden oluşturulan veri tabanları yoluyla bu kitleye yönelik kısa mesaj, elektronik posta ve telefon görüşmeleri örnek verilebilir (Gümüş, 2018).

Tutundurma faaliyetleri genel anlamda var olan sağlık hizmetlerine ilişkin bir bilgi aktarımı sağlamaktadır. Günümüzde bilgiye ulaşmanın en kolay yolu olarak tüketiciler son yıllarda internet ve sosyal medya mecralarını kullanmayı tercih etmektedir. Teknolojik gelişmelerle paralel olarak sosyal medya da tele-tıp uygulamalarında bir araç olarak kullanılmaktadır. Sosyal medya, internet aracılığıyla geliştirilen, düzenlenen ve kullanılan anlık ve etkileşimli bir iletişimi sağlamaktadır (Whitten vd., 2010) Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklamalarına göre ülkelerin %80'inde sağlık kuruluşları verdikleri hizmetler hakkında tanıtım yapmak amacıyla sosyal medyayı kullanmaktadır (Toygar, 2018).

Yapılan bir çalışmaya göre doktorların ve hastanelerin sosyal medya üzerinden giderek daha fazla tutundurma faaliyetleri yürüttüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda sağlık alanında en fazla kullanılan sosyal medya Facebook'tur. Yine farklı coğrafyalarda kullanım sıklığı değişmekle beraber YouTube, Foursquare, Twitter ve Yelp'in de kullanımı görülmektedir (Gök, 2018). Hastane ve doktor seçiminde sosyal medyanın önemini gösteren bir çalışmada da sosyal medya kullanımının hastane seçiminde %59,8, doktor seçiminde ise %64,4 oranında bir rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hatta hastalar aldıkları sağlık hizmetleri sonucu memnuniyet durumları ile ilgili bilgileri de sosyal medyada paylaşımları ile hastane adına bir pazarlama faaliyeti de geliştirebileceği vurgulanmıştır (Fener ve Çimen, 2016). Başka bir çalışmada da Sağlık Bakanlığı'nın sosyal mecra da Facebook ve Twitter'ı doğru ve etkili bir şekilde kullanarak kamu sağlık kurumları adına tanıtım, eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerini gerçekleştirebileceği görülmektedir (Erkek, 2016). Bunu destekleyecek bir örnek vermek gerekirse Covid-19 pandemi süreci boyunca Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın, Twitter üzerinden ülkemizdeki salgına ilişkin veriler, aşılama faaliyetleri, karantina kuralları ile ilgili bilgilendirme yapması söylenebilir.

Covid-19 pandemi sürecinde özel hastaneler tarafından yapılan tutundurma faaliyetlerini incelemeye yönelik bir araştırmada da hastanelerin Instagram hesapları ele alınmıştır. Beş özel hastanenin Instagram paylaşımlarına bakıldığında çevrimiçi doktor görüşmeleri, video-klinik uygulamaları, çevrimiçi psikoterapi, çevrimiçi diyetisyen, evde sağlık hizmetleri ve uzaktan takip uygulamaları konularında sağlık hizmetlerini tanıtıcı paylaşımlar yapıldığı sonucuna varılmıştır (Gemlik vd., 2020).

Bunun yanı sıra hastanelerin web siteleri de sağlık tüketicilerinin hastane ve verdikleri hizmetler hakkında bilgi edinmeleri açısından önemli bir rol oynamaktadır. Bir hastane web sitesinden şu bilgilere yönelik bir bilgi edinimi sağlanabilir (Kaya ve Filiz, 2018):

- Hastanelerin tanıtımına yönelik bilgiler,
- Hastalar için genel bilgiler,
- Yabancı hastalara yönelik bilgiler,
- Doktoralara yönelik bilgiler,
- Randevu sistemi ve tedavi takibine yönelik bilgiler,
- Haber ve istatistiklere yönelik bilgiler,
- Fotoğraf galerilerine yönelik bilgiler,
- İletişime ve hastaneye ulaşma yönelik bilgiler,
- Farklı şekillerde sunuş hakkında bilgiler,
- Teknik konulara ilişkin bilgiler.

Sağlık hizmetlerine yönelik tutundurma faaliyetlerine bakıldığında sosyal medya ön planda yer almaktadır. Covid-19 pandemi sürecinde de sağlık kuruluşlarının uzaktan bir bilgi aktarımı sağlamak adına sosyal medya ve interneti kullanması (Ünal, 2020), Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete, 2022) sonrası gerçekleşecek olan tele-tıp uygulamaları için de olağan bir tutundurma faaliyet alanını oluşturacaktır. Ancak sağlık kuruluşlarının burada dikkat etmesi gereken nokta tele-tıp uygulamalarının hedef kitlesinin iyi tanınmasıdır. Tele-tıp uygulamalarının hedef kitlesi daha çok yaşlı, kronik ve bakıma muhtaç hastalar olduğundan sosyal medya ya da web siteleri ile bir tutundurma faaliyeti gerçekleştirme çabalarının tam anlamıyla amacına ulaşamaması beklenebilecektir. Bunun nedeni ise bu iki hedef grubun sosyal medya ve internet kullanımının yeterli düzeyde olmamasıdır. Bu sorunun çözümüne yönelik olarak uzaktan sağlık hizmetlerinin tutundurma faaliyetlerinde hedef kitlenin hastalar değil de hasta yakınları ya da bakıcıları olması beklenecek bir durumdur.

3.4. Dağıtım

Sağlık hizmetleri pazarlamasında dağıtım faaliyetleri üretilen sağlık hizmetlerinin sağlık tüketicilerinin bulunduğu yere götürülmesini ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri pazarlamasında dağıtım işlevi iki unsur çerçevesinde ele alınmaktadır. Bunlar hizmetlerin ulaşılabilirliği ve bulunabilirliğidir. Ulaşılabilirlik kendi içerisinde iki yönden incelenmektedir. İlk olarak sağlık tüketicilerinin sağlık kuruluşlarına coğrafi olarak ulaşılabilirliği fiziksel uzaklık/yakınlık olarak ele alınmaktadır. İkinci bakış açısı, sağlık kuruluşlarının hastaları nasıl kabul edeceği ve başka sağlık kuruluşlarına nasıl yönlendirebileceği ile ilgilidir. Bulunabilirlik ise hastaların sağlık kuruluşuna başvurusu sonrasında ihtiyaç duyduğu ilgili uzmanlık alanları, laboratuvar hizmetleri ve çeşitli hizmet dallarının mevcut olup olmamasını ifade etmektedir (Tengilimoğlu, 2000).

Sağlık kuruluşlarında hizmetlerin sunumu (dağıtım açısından) üç şekilde gerçekleşmektedir. Hastalar sağlık kuruluşlarına kendisi gelebilir; sağlık kuruluşları evde hasta bakım kapsamında hizmeti eve götürebilir; bilişim teknolojileri yoluyla hastalar uzaktan sağlık hizmetlerine erişebilir ve bilgi alabilir. Sağlık kuruluşlarında dağıtım faaliyetlerinin nasıl istenilen şekilde yerine getirileceğine dair bazı göstergeler mevcuttur. Bu göstergeler şu şekilde sıralanabilir (Gümüş, 2018):

- Sağlık hizmetlerine ulaşımında kolaylık,
- 7/24 randevu alabilme ve muayene olabilme seçeneğinin mevcut olması,
- Bekleme sürelerinin uzun olmaması,
- Bilgiye uzaktan erişiminde sağlanabilmesi,
- Zaman ve yer anlamında fayda sağlayıcı uzaktan çevrimiçi hizmetlerin kalitesi.

Tele-tıp uygulamaları da yukarıda bahsedilen hizmet sunumu çeşitleri içerisindeki üçüncü hizmet sunum şeklini kapsamaktadır. Tele-tıp uygulamaları ile sağlık hizmetlerinin dağıtımını fiziki bir yolculuğu elimine ederek uzaktan bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Bakıldığında coğrafi açıdan birbirinden uzak yerlerde ikamet eden kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaştığı sorunları ortadan kaldırmak adına ABD, Kanada, Rusya ve Norveç gibi ülkeler tele-tıp uygulamalarına geçmişlerdir. Böylelikle uzak ve kırsal bölgede yaşayan ve kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşım bakımından zorluk çeken kişilerin teşhisi, tedavisi ve uzaktan izlemi daha kolay hale getirilmiştir (Kılıç, 2017).

Tele-tıp uygulamalarının dağıtımda sağlık sunucuları ve hastalar arasında doğrudan bir dağıtım mevcuttur. İki tarafta hiçbir aracı olmaksızın bir araya gelmektedir. Ancak gerek görüldüğü takdirde sağlık sunucusu hastayı sevk edebilir ya da fiziki olarak bir hastaneye başvuru yapmasını önerebilir. Bu durumda ise hizmetin dolaylı dağıtımından söz edilebilmektedir (Tengilimoğlu, 2000).

Uzaktan sağlık hizmetlerinin dağıtımında bilişim teknolojileri ve sağlık bilgi sistemlerinin önemli rolü bulunmaktadır. Gelişen sağlık ve bilgi teknolojileri uzaktan sağlık hizmetlerinin sunulmasını kolay hale getirmektedir. Bu şekilde bir hasta başka bir şehirdeki doktor ile etkileşime geçerek muayene olabilmekte ve danışmanlık alabilmektedir (Sungur, 2020).

Covid-19 pandemi sürecinde evrensel olarak kullanımı artan iletişim teknolojilerine duyulan ihtiyaç ülkemizde de etkisini göstermiştir. Her alanda bu ihtiyacın artış göstermesinin yanı sıra sağlık kuruluşlarının salgın kapsamında riskli alan olarak değerlendirilmesi, sağlık sektöründe iletişim teknolojilerinin kullanımını daha da gerekli hale getirmiştir. Bunun nedeni, sağlık hizmeti almak zorunda olan hastaların doktorlara ve hastanelere ulaşım adına iletişim teknolojilerine yönelmesi olmuştur. En nihayetinde salgın süreci boyunca sağlık kuruluşlarının hastalara yönelik hizmet dağıtımında whatsapp, zoom, sosyal medya uygulamaları, telefon görüşmeleri ve e-posta gibi iletişim teknolojilerinin kullanımı tele-tıp uygulamalarına da ne ciddiyette bir ihtiyacın olduğunu göstermiştir (Önal ve Kaya, 2020). Geldiğimiz son noktaya baktığımızda uzaktan sağlık hizmetlerinin uygulanmasına dair yönetmeliğin çıkması artık sağlık hizmetlerinde dağıtımın çevrimiçi (sağlık hizmeti alıcı ve vericisini fiziki olarak bir araya getirmeyecek) şekilde yürütülmesinin de yasal olarak önünü açmıştır.

Sağlık hizmetlerinin dağıtımının uzak bölgelerdeki kişilere bilişim teknolojileri yoluyla dağıtılması yer, zaman ve mali açıdan fayda sağlamaktadır. Ancak uzaktan sağlık hizmetlerinde dağıtım faaliyetlerinin etkili şekilde gerçekleştirilmesini olumsuz şekilde etkileyebilecek faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu faktörler şu şekilde verilebilir (Roberts ve Mehrotra, 2020):

- Sağlık kuruluşunun yeterli şekilde bilişim teknolojilerine sahip olmaması,
- Tele-tıp teknolojilerini kullanmada yetkin olmayan sağlık sunucuları ve hastalar,
- Hastaların bilişim teknolojilerine sahip olmaması ve uygulamaya sıcak bakmamaları,
- Görüşme sırasında internet, elektrik kesintisi ve teknolojik arızalarından kaynaklı bağlantıda meydana gelebilecek kopukluklar,
- Sağlık kuruluşlarının uzaktan sağlık hizmetlerine entegre ve komplike bir bilgi sistemine sahip olmaması.

3.5. Katılımcılar

Hizmet alanlarında insan, pazarlama karması içerisindeki en önemli unsurlardan birini oluşturmaktadır (Tengilimoğlu, 2000). Katılımcılar olarak belirtilen insan unsuru sağlık alanında; sağlık çalışanları, hastalar, üretim sürecine katılan diğer tüketici ve hasta yakınlarını kapsamaktadır. Bunların içerisinde hizmet kalitesinden, hastaların tatminine kadar önemli çıktılarda yüksek derecede etkisi bulunan sağlık çalışanları önemli bir role sahiptir. Sağlık hizmetlerinin üretilmesi sürecine katılan tüm çalışanlar aslında hastalara hizmetin yapısı hakkında bir ipucu vermektedir. Hekim-hasta ilişkisinin yüz yüze şekilde gerçekleşmesinden dolayı sağlık hizmetlerinin başarısı açısından bu görüşme anı önemli olmaktadır. Çalışanların her türlü yaklaşımı ve davranışı müşteriler ile kurulan ilişkilerin ve verilecek olan sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirleyicisi olmaktadır (Özer vd., 2016; Tengilimoğlu, 2016).

2000'li yılların başından itibaren hasta takipleri, robotik cerrahi gibi bazı tele-tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri alanında kendine yer bulması, geleneksel olan hasta-hekim ilişkisinde bir dönüşümün önünü açmıştır. Bu kapsamda teşhis, tedavi, hasta takibi, cerrahi işlem gibi süreçlerde hasta ve hekim teması fiziksel ortamdan sanal ortama geçiş yapmıştır (Çobanoğlu vd., 2022).

Bu şekilde gerçekleşen sağlık işlemleri bir muayene odasındaki ikili görüşmelerden birçok yönden ayrılmaktadır. Fiziki görüşmelerde her iki tarafta beş duyu organı ile bir iletişim kurmaktadır. Doktor hastasının jest, mimik, beden hareketleri, kendini ifade etme biçimi, bakışlarındaki anlamı ve diğer birçok mesaj ve sinyalleri gözlemleyerek bunun sonucunda hizmet sürecini yürütmektedir. Ancak sanal ortamdaki görüşmelerde beş duyunun yerini sadece görme ve duyma olarak iki duyu almaktadır. İletişimin hem bu şekilde sadece iki duyuya indirgenmesi hem de kullanılan mikrofon ve iletişim araçlarının ses ve görüntü kalitesi hasta-doktor iletişimini filtreleyerek kısıtlamaktadır. Tele-tıp uygulamaları sadece hasta-doktor arasındaki iletişime yönelik bir değişim gerçekleştirilmekte ayrıca hasta mahremiyeti ve doktora olan güvene dönük de bir bakış açısı doğurmaktadır. Bakıldığında

normal şartlar altında yürütülen bir fiziki muayene dört duvar arasında, sadece hasta ve doktoru içermektedir. Hasta, doktoruna yönelik bir güven duymakta ve sağlığı ile ilgili mahrem bilgileri paylaşmaktadır. Ancak tele-tıp uygulamaları ile yürütülen sağlık hizmetinin içeriğinden elde edilen bilgiler sadece hasta-doktor arasında kalmamakta, sesli ve görüntülü bilgiler veri tabanlarında kaydedilmektedir. Her ne kadar bu bilgiler korunmaya çalışılsa da sonuç olarak üçüncü tarafa (siber saldırılara) açık hale gelmektedir (Önder ve İlkılıç, 2021).

Sungur (2020) tarafından -kırk bir araştırmanın yer aldığı- hastaların tele-tıp uygulamalarına yönelik memnuniyetlerini inceleyen bir çalışma yapılmıştır. Buna göre hasta-doktor ilişkisi bakımından “hasta merkezli iletişimin” dört çalışma sonucunda hastaların memnuniyetini desteklediği görülmüştür. Bunun yanında başka bir çalışmada “zayıf hasta-doktor ilişkisinin” hasta memnuniyetsizliği yarattığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın tamamına bakıldığında genel memnuniyet algısı, düşük maliyet, erişimin artması ve zaman tasarrufu gibi faktörler hasta memnuniyetini desteklerken; klinik, etik ve yasal etkilerin belirsizliği, teknik yetersizlikler, zaman planlaması zorluğu ve sisteme uyum sorunu gibi faktörler de hastalarda tele-tıp uygulamalarına yönelik bir memnuniyetsizlik oluşturmaktadır.

Doktorlar açısından ise tele-tıp uygulamalarına karşı olumlu düşüncelerin yanı sıra önyargıları meydana getiren birtakım olumsuz düşünceler bulunmaktadır. Doktorluğun pratiği bakımından hastaların yeterli olmayan ve uygunsuz takibine yönelik endişeler, hasta doktor arasındaki ilişkinin insani yönünün zayıflayarak doktorluk mesleğinin bir mekanizmaya dönüşmesine yönelik endişeler ve meslek etiğinin sarsılması ve mesleki özlük haklarının ihlali gibi endişeler tele-tıp uygulamalarına karşı bir önyargı oluşturmaktadır (Dağdelen, 2021).

Uzaktan sağlık hizmetleri çoğunlukla yaşlı ve kronik hastalara yönelik olmaktadır. Bu nedenle hizmet süreçlerine hasta ve doktorun yanı sıra hasta refakatçileri de katılabilmektedir. Görüşme öncesinde ilgili sağlık sunucusuna bu konu hakkında bilgi verilmesi ve onay alınması gerekmektedir. Ayrıca hizmet süreçlerinde ikincil görüş kapsamında uzman bir doktorun da katılımı olabilmektedir. Örnek olarak radyologlar inceledikleri vakalara yönelik doğru sonuçlara ulaşmak adına ilgili uzmanlık alanındaki bir doktora danışarak destek alabilmektedir (Saygun, 2021).

3.6. Süreçler

Süreçler, çalışma ortamında işin yapılış ve üretiliş şeklini meydana getiren tekrarlı işlemler ve faaliyetler dizisidir (Poyraz, 2015). Sağlık kuruluşlarında iş süreçleri en basit tabiriyle hastanın başvurusu, sağlık hizmetinin verilmesi ve hastanın taburcu olması şeklindedir. Tabi ki bu aşamalar içerisinde birçok süreç gerçekleşmektedir. Doktor seçimi, uzmanlık belirlenmesi, sıra bekleme, muayene işlemleri, verilerin bilgi sistemine aktarımı, tetkiklerin yapılması, sonuçların hazırlanması ve değerlendirilmesi, tedavi şeklinin belirlenmesi, ayakta ya da yatarak sağlık hizmeti sunumu, cerrahi işlemler ve yoğun bakım hizmetleri en sık yerine getirilen süreçlerdir (Gümü, 2018).

Tele-tıp uygulamaları temel olarak üç süreci kapsamaktadır. Bunlar eş zamanlı, eş zamanlı olmayan ve uzaktan izlem şeklindedir. Eş zamanlı uygulamalar bilişim teknolojileri kullanan bir hastayla canlı ses/video etkileşimini ifade etmektedir. Sağlık çalışanı da bilişim teknolojileri aracılığıyla eş zamanlı olarak uzaktan değerlendirme yapmaktadır (Şaşmaz, 2019). Ayrıca belirli bir bölgedeki birinci basamak doktoru ile uzaktaki bir uzman doktor arasında da iki yönlü ve etkileşimli gerçek zamanlı görüşmeleri de içermektedir. Eş zamanlı olmayan uygulamalar, sakla ve ilet teknolojilerini içermektedir. Bu uygulamalar ile görüntü ve veriler bir yerde toplanarak ve daha sonra yorumlanarak yanıtlanmaktadır. Örnek olarak bir doktorun çektiği döküntülerin fotoğrafını dijital ortamda saklayarak uygun bir zamanda bir dermatologa göndermesi verilebilir. Uzaktan izlem ise hastaya ilişkin klinik ölçümler gibi kişisel sağlık bilgileri ve hasta yönetimi için evde, bakımevinde ve hastanedeki hastaların sürekli takip sürecini ifade etmektedir (Hoyt, 2009; Ucael vd., 2021).

Eş zamanlı tele-tıp uygulamalarında teşhis, tedavi, cerrahi işlem, danışmanlık hizmeti, doktorlar arası konsültasyon, tanı koyma, hasta monitörizasyonu ve hasta yönetimine dahil olma gibi süreçler yer almaktadır (Uslu, 2021). Eş zamanlı olmayan uygulamalarda ise tetkik sonuçlarına ilişkin verilerin toplanması, saklanması, ilgili uzmana aktarımı, sonuçların yorumlanması ve cevaplanması şeklinde bir süreç izlenmektedir. Son olarak uzaktan hasta izlem süreçleri de sensör ve kameralar yoluyla 7/24 hastaların sağlık durumlarını değerlendirme, yaşamsal bulgularına ait ölçümlerini takip etme, ölçümlerin seyrinin değişmesi durumunda alarm sistemleri ile sağlık kuruluşuna bilgi verilmesi ve müdahale etme şeklindedir (Kılıç, 2016).

Ülkemizde şu an Sağlık Bakanlığı bünyesinde yaygın olarak eş zamanlı olmayan uygulamalar dahilindeki tele-radyoloji uygulamaları yer almaktadır. Tele-radyoloji iş süreçleri; radyoloji tetkik sonuçlarına ait görüntülere 7/24 dijital ortamda erişilmesi, görüntülerin raporlanması, konsültasyon yapılması, görüntü ve raporların kalite çerçevesinde değerlendirilmesi ve e-nabız üzerinden hastalarla paylaşılması şeklinde meydana gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Tele-tıp uygulama süreçlerinin etkili şekilde gerçekleştirilmesi için diğer e-sağlık bileşenleri olan elektronik hasta kayıtları (büyük veri), mobil sağlık ve dijital hastane uygulamaları ile entegre olması gerekmektedir. Elektronik hasta kayıtları, hastalara yönelik yapılan tüm işlemler ile bilgilerin dijital ortamda saklanarak karar verme süreçlerinde istenilen yerden ve istenilen zamanda erişilmesini sağlamaktadır. Mobil sağlık ise daha çok eş zamanlı olmayan tele-tıp uygulamaları ile entegre olarak akıllı telefon, tablet, kablosuz ve mobil cihazlar yoluyla sağlığa ilişkin bilgilerin sensör ve medikal cihazlardan alınarak analiz edilmesi, işlenmesi ve aktarılmasını sağlamaktadır. Son olarak dijital hastaneler klinik ve idari iş akış süreçlerine bilişim teknolojilerinin entegre edilerek mesafe engellerinin ortadan kaldırılmasını sağlamaktadır. Bu şekilde hasta-doktor-birimler arası hızlı ve etkili bir bağlantı oluşturulmaktadır. Dijital hastane kapsamında hizmet süreçlerine entegre edilen bilişim teknolojileri ile ulaşılmak istenen; hızlı tedavi işlemleri, yüksek çalışan verimliliği, süreç kalitesinde artış ve hasta güvenliği sağlamaktır (Kılıç, 2016). Bunlara ek olarak hastaların kişisel sağlık bilgilerine güvenilir, hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmasını sağlayan e-nabız uygulamaları da hastaların sağlıkları ile ilgili bilgilerine ulaşma süreçlerine destek sağlamaktadır.

Tele-tıp uygulamaları ile elektronik süreçlerin sağlık hizmetlerinde kullanılması maliyetleri düşürmekte, hizmet sunum hızını artırmakta, zamandan tasarruf sağlamakta, aşırı ilaç kullanımının ve doğabilecek tehlikeli etkileşimlerin önüne geçmekte, seyahatleri ve fiziksel hizmet sunum alanlarını ortadan kaldırmaktadır. Bu şekilde de sağlık hizmetlerine yönelik kaynakların kullanımında verimliliği teşvik etmektedir (Aydos, 2021).

3.7. Fiziksel Kanıtlar

Fiziksel kanıtlar, sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin soyut olması bakımından hizmetlerin somutlaştırılarak hastaların hizmetleri değerlendirmesi ve algılamalarına imkan tanıyan; hastane görünümü, mekan dizaynı, renkler, aydınlatma, ısıtma, gürültü, bekleme salonları, hasta odaları, yön bildiren tabelalar, çalışanların giyimi, kullanılan medikal araç-gereç, web siteleri ve mobil uygulamalar gibi unsurları ifade etmektedir (Catana ve Toma, 2021).

Fiziksel kanıtlar tedavi sırasında hastalar tarafından beş duyu (görme, işitme, dokunma, koklama ve tatma) ile algılanmaktadır (Özer vd., 2016). Tele-tıp uygulamalarında uzaktan bir şekilde sağlık hizmeti sunumu söz konusu olduğundan dolayı sadece görme ve işitme duyuları fiziksel kanıtların değerlendirilmesinde yer almaktadır.

Normal şartlar altında hastaların fiziki olarak hastaneye başvurusu ile aldığı sağlık hizmetleri sırasında değerlendireceği birçok fiziksel kanıt bulunmaktadır. Uzaktan sağlık hizmetlerinde ise bu kanıtlar daha kısıtlı hale gelmektedir. Hastalar öncelikle web sitesinden randevu almakta, sonrasında iletişim teknolojileri ile sesli ve görüntülü şekilde görüşmeye katılmakta, doktor ile bir etkileşime girmektedir. Bu sürece ilişkin hastaların değerlendirme yapabileceği fiziksel kanıtlara bakacak olursak

bunlar randevu almak için kullanılan web sitesinin tasarımı (kullanılan renkler, yazı boyutları, şekiller, kullanım kolaylığı), görüşme sırasında kullanılan bilgisayar, tablet, akıllı telefon, mikrofon, kamera gibi bilişim teknolojileri ve doktorun giyimi olarak sayılabilir. Verilen bu kanıtlar eş zamanlı tele-tıp uygulamaları sırasında hastanın değerlendireceği unsurlardır.

Uzaktan izlem sırasında da hastalar; giyilebilir teknolojiler (saat, gözlük, aksesuar, kemer, elbise) ve uzaktan yaşamsal bulguların ölçümünü yapan cihazlar (Elektrokardiyogram, Elektromiyogram, Elektroensefelogram, oksijen satürasyonu, kan basıncı, kilo ölçümü ve kan glikoz) gibi kanıtları değerlendirebilmektedir (Kalender ve Özdemir, 2014).

Tele-tıp uygulamaları tele-radyoloji, tele-patoloji ve tele-kardiyoloji gibi uygulamalarda uzmanlar arasında bir bilgi akışı ve iletişimin sağlanması sırasında da fiziksel kanıtlar sunmaktadır (Şaşmaz, 2019). Burada fiziksel kanıtları değerlendirecek olan kişiler, kendinden bir sonraki sürecin çıktısını alan sağlık çalışanlarıdır. Fiziksel kanıtlar sadece hasta memnuniyeti açısından değil sağlık çalışanlarının iş tatmini ve verimliliği açısından da etkili olmaktadır. Örnek olarak tetkik sonuçlarının uzman hekimlere aktarılması söylenebilir. Burada önemli olan bilişim teknolojileri ve bilgi sistemlerinin kaliteli bir şekilde bu süreçleri yerine getirebilmesidir.

IV. SONUÇ

Bu çalışma ile uzaktan sağlık hizmetlerinde pazarlamanın yüz yüze sağlık hizmetlerinde pazarlamaya göre bazı yönlerden farklı olabileceği aktarılmak istenmiştir. Örneğin artık fiziksel kanıtlar tele-tıp teknoloji kalitesine evrilecek, dağıtımın olumsuzluklarından biri de internet kesintileri olabilecektir. Bir bakıma literatürde bir farkındalık yaratabilmeye çalışılmıştır. Bunun için de sağlık hizmetleri pazarlamasında yer alan yedi karma (ürün, fiyat, tutundurma, dağıtım, katılımcılar, süreç, fiziksel kanıtlar) kapsamında tele-tıp uygulamaları değerlendirilmiştir. Kendine daha yeni yasal dayanak bulan tele-tıp uygulamalarına bir anda geçiş beklenmemekle birlikte sağlık kurumlarına; her bir pazarlama karmasının nasıl şekilleneceği, eksik olan yönleri ile olumlu ve olumsuz taraflarının neler olacağı gösterilmek istenmiştir. Bu kapsamda aşağıda her bir sağlık hizmetleri pazarlama karması, sonuç olarak detaylı şekilde açıklanmıştır.

Tele-tıp uygulamaları ülkemizde sadece tele-radyoloji alanında kendine bir kullanım alanı bulurken (Sağlık Bakanlığı, 2022) artık 10 Şubat 2022 tarihinde yayınlanan Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete, 2022) kapsamında -izin alacak sağlık kurumları tarafından- diğer uzmanlık alanlarında da uzaktan sağlık hizmetlerinin sunulması görülecektir. Böylece uzaktan sağlık hizmetleri bir süreç ve hizmet geliştirme şeklinde hem sağlık kuruluşları hem de sağlık tüketicileri adına yeni bir hizmeti ortaya çıkaracaktır. İlgili yönetmeliğin (Resmi Gazete, 2022) 7. maddesine baktığımızda sağlık kurumları uzaktan sağlık hizmetleri kapsamında: Muayene, gözlem, izlem, takip, danışmanlık, konsültasyon; hastaların klinik parametrelerine yönelik değerlendirme, izlem, tedavi ve ilaç yönetimi; koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile psikososyal destek, girişimsel veya cerrahi müdahaleler; e-reçete ve e-rapor gibi hizmetler sunabilecektir. Bunun yanında 14. maddeye baktığımızda yönetmelikte belirtilen bu hizmetler dışında başka bir sağlık hizmetinin uzaktan verilemeyeceği de belirtilmiştir.

Sağlık kuruluşlarının hangi tür ve uzmanlıkta uzaktan sağlık hizmetine yöneleceğinin belirlenmesinde tele-tıp altyapısını oluşturmak için katlanılacak yatırım maliyetleri, sağlık tüketicilerinin ihtiyaçları ve bu yeni hizmet şeklini benimseme oranı göz önünde tutulmalıdır. Bu kapsamda uzaktan sağlık hizmetlerine ilişkin “ürün” karması genişliği de belirtilen faktörlere göre birtakım araştırma ve analiz süreci sonrasında oluşturulmalıdır (Dağdelen, 2021). Kane ve Gillis (2016) tarafından yapılan çalışmaya bakıldığında en çok kullanılan uzmanlıklar sırasıyla radyoloji, psikiyatri ve kardiyoloji olarak belirlenmiştir. Tele-radyoloji ülkemizde hali hazırda kullanımda olduğu için sağlık kurumları bunun yanı sıra başlangıçta tele-psikiyatri ve tele-kardiyolojiye yönlenebilirler.

Tele-tıp uygulamalarının yatırım maliyetinin yüksek olması, ileriye dönük finansal analizlerin tam olarak belirlenememesi, bilişim teknolojilerindeki sürekli gelişmeler, fiyatlandırma ve geri ödeme yöntemlerinin hala belirsizliğini koruması sağlık kuruluşlarının uzaktan sağlık hizmetlerine ilişkin bir fiyatlandırma stratejisini nasıl geliştireceği hakkında soru işaretlerini barındırmaktadır. Fakat uzaktan sağlık hizmetlerine ilişkin sağlık hizmeti kullanıcıları, tedarikçi ve diğer paydaşları da kapsayacak şekilde maliyet etkililik analizi ve fayda maliyet analizleri yapılabilmektedir. Bu analizler ile ABD’de yapılan bir çalışmada mesafeye bağlı nakillerde maliyet açısından düşüş olduğu görülmüştür. Finlandiya’da yapılan bir çalışmada ise konsültasyon için geri ödeme, ulaşım ve hastalık ödeneği olarak yapılacak masraflardan 9 ayda hasta başına 524 Euro tasarruf edilmiştir Yapılan fayda maliyet analizleri uzaktan sağlık hizmetlerinin ilk yatırım maliyetleri yüksek olsa bile geri ödeme süresinin kısa olabileceğini göstermektedir (Sözen, 2021). Tüm bunlara bakıldığında tele-tıp uygulamalarının fiyatlandırılmasında hastalar, sağlık kuruluşları, teknoloji şirketleri, finansman ve kamu aktörleri, sigorta kuruluşları açısından analizler yapılması düşünülmelidir.

Günümüzde artık bilgiye ulaşmak için insanlar öncelikle internet üzerinden bir arayışa girmektedir. Sağlık kuruluşlarının da verdiği sağlık hizmetlerine ilişkin bilgileri sağlık tüketicilerine aktarabilmek adına Covid-19 pandemi sürecinde sosyal medya uygulamalarını aktif şekilde kullandığı görülmektedir (Ünal, 2020). Sağlık kuruluşları ve serbest hekimler hem daha ucuz hem de daha fazla kesime ulaşmak adına; uzaktan sağlık hizmeti sunduğunu, hastaların nasıl erişim sağlayacağını ve hizmet süreci hakkındaki bilgileri internet üzerinden sosyal medya uygulamaları aracılığıyla hastalara aktarabilmesi gelecekte daha yoğun bir şekilde görülebilecektir. 2022 yılında Türkiye’de sosyal medya kullanıcılarının, ülkemizin toplam nüfus sayısının %80,8 olduğu da görüldüğünde (Datareportal, 2023) sosyal medya, tele-tıp uygulamaları hakkındaki bilgilendirmelerin merkezi olarak düşünülebilir. Bu görüşü destekler nitelikte Swan ve arkadaşları da (2019) sosyal medya ve web sitelerin, sağlık tüketicilerini tele-tıp kullanımına yönlendirmesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Sosyal medya uygulamalarından ülkemizde sırasıyla en çok kullanılan YouTube, Instagram ve Facebook (Datareportal, 2023) en önemli tutundurma araçları olarak değerlendirilebilir. Ancak burada dikkat edilmesi unsur 65 yaş üstü kesimin sosyal medya kullanım seviyesinin diğer yaş gruplarına göre daha düşük (%22,1) olmasıdır (Türkiye Raporu, 2023). Buna yönelik tutundurma stratejilerinde doğrudan 65 yaş üstüne bir hitabın yanında onların aile yakınları ve bakıcılarına da ulaşılabilir.

Ayrıca ilgili yönetmeliğin (Resmi Gazete, 2022) “uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi almış olan sağlık tesislerince, ilgili mevzuatı çerçevesinde uluslararası sağlık turizmi ve turistlerin sağlığı kapsamında uzaktan sağlık hizmeti verilebilir” şeklindeki 15. maddesine baktığımızda ise sağlık kurumlarının uluslararası pazara da yönelebileceği anlaşılmaktadır. Tele-tıp turizmine yönelik olarak gerek küresel dil olan İngilizce gerekse de ülkemize yoğun ilgisi olan ülkelerin dillerinde oluşturulabilecek web site duyuruları ile de tutundurma çabalarının geliştirilmesi bu yönde beklenebilir.

Dağıtım faaliyetlerinin “yer” kavramından bağımsız şekilde dijital ortamda geliştirilmesi hastaların sağlık kuruluşlarına erişimi adına olumlu bir etki yaratacaktır. Mesafe engelini ortadan kaldırdığı uzaktan sağlık hizmetlerinde sağlık kuruluşlarına düşen; artık hedef pazar çemberini geliştirerek ulusal ve uluslararası bir kitleye yönelmek ve dağıtımın kalitesinde önemli rol oynayacak bilişim teknolojilerine sahip olmaktır. Bu şekilde pazardaki diğer sağlık kuruluşlarından önemli ölçüde farklılaşarak önemli bir rekabet gücü kazanacaktır (Küçükali vd., 2022). Vosburg ve Robinson (2022) tarafından yapılan çalışmada hastaların tele-tıp uygulamasından memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır. Sonuç olarak hastaların en yüksek memnuniyet değişkenleri; tasarruf edilen seyahat süresi, internet bağlantısı ile kolay bir erişimde bulunma ve sadece telefon kullanarak bile video ziyareti gerçekleştirebilme şeklinde ortaya çıkmıştır. Görüldüğü gibi dağıtım faktörü kapsamında hizmete kolay erişim, hastalar üzerinde diğer değişkenlere göre daha fazla bir memnuniyet yaratmaktadır.

Ancak Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde teknolojik olarak uzaktan sağlık hizmetlerinin dağıtımının önünde üç engel bulunmaktadır. Bunlar: Hizmet sunucusunun sahip olduğu bilişim altyapısı, kalitesi ve başlangıçta karşı karşıya kalacağı maliyet; hizmet alıcısının konumu, gereken teknolojiye sahipliği ve uzaktan sağlık hizmetlerini benimseme oranı; son olarak da ülkenin internet altyapısıdır (Bali, 2018). Bunu destekler şekilde Uscher vd. (2020) tarafından yirmi psikiyatrin tele-tıp kullanımına ilişkin yürüttükleri çalışmada: Doktorlar hastalara daha hızlı ve daha kolay ulaşmanın tele-tıbbın olumlu yönünü oluştururken bazı olumsuz yönlerinin olduğunu da belirtmişlerdir. Bunlar; dezavantajlı hastaların akıllı telefona, bilgisayara ve internete sahip olmamaları ve görüntülü konuşma sırasında bağlantı kopmalarının olması şeklindedir. Bakıldığında uzaktan sağlık hizmetlerinin dağıtımı için sadece hizmet sunucularının değil hastaların da gerekli teknolojik imkanlara sahip olması gerekmektedir. Ayrıca internet kesintileri ve bağlantıdaki kopukluklar dağıtımın kalitesini etkileyen bir diğer unsurdur.

Dağıtım kapsamında dezavantajlı grupların hizmetlere erişiminde eşitsizliğin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Chu vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada Covid-19 salgını sonrası kırsal kesimde yaşayan yaşlı hastaların tele-tıp benimseme ve kullanım oranlarında diğer yaş gruplarına göre artış olduğu görülmüştür. Bu da bizlere tele-tıp uygulamalarına olan ihtiyacı sürekli artan yaşlı ve kırsal bölgedeki hastalara erişimin önemini göstermektedir.

Yaşlı ve kırsal kesimdeki hastalara ulaşabilmek adına ülkede geniş bant internetin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ancak maliyeti yüksek olduğunu için bu konuda devlet ve telekomünikasyon şirketleri arasında işbirliği kurulabilmesi düşünülebilir (Barbosa vd., 2021).

Tele-tıbbın ülkemizde yeni gelişmeye başlaması, kırsal kesime ulaşmadaki zorluklar kapsamında sağlık kurumları hedef kitesini belirlerken yaş, teknolojik okuryazarlık, kırsal durum ve sosyoekonomik dezavantajları göz önünde bulundurması gerekmektedir. Bunu destekler şekilde Gül ve Demiryürek (2020) tarafından Ankara’da kırsal ve kentsel alanda bilişim teknolojilerinin kullanımına ilişkin yapılan çalışmaya baktığımızda kırsal kesimde telefon kullanımının kentsel alana göre daha düşük olduğu, tablet kullanımının hiç olmadığı, bilgisayar kullanımının ise %4 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın sonucunda Ankara’nın yaklaşık bir saat uzağındaki kırsal kesimde bilişim teknolojilerinin bu denli kısıtlı kullanımının sebebi, kablonet veya ADSL gibi karasal altyapısının olmaması şeklinde belirtilmiştir. Ülkemizin başkentinde dahi bu denli bir internet erişimine kısıt olduğu düşünüldüğünde; sağlık kurumlarının -uzaktan sağlık hizmetleri kapsamında- hedef kitesini büyük oranda kentsel alanlar oluşturacak ve bu kitleye yönelik bir dağıtım gerçekleştirecektir.

Bir muayene anında hasta doktor karşılaşması güven ve ilk izlenim adına çok önemli olmaktadır. Bu süreçte hasta doktora bir güven besleyerek sağlık durumu hakkında mahrem bilgilerini açıklamakta; doktor ise hastanın davranış ve iletişim biçimlerine yönelik tedavi süreçlerinin adımlarını belirlemektedir. Uzaktan sağlık hizmetleri bu fiziki temasın aksine sadece görme ve duyma olmak üzere bir etkileşimi kapsamaktadır. Bu şekilde “sanal temas” şeklinde yürütülen sağlık hizmetleri etkililik, gizlilik ve mesleki açıdan hep bir tartışma içerisinde olacaktır. Hastaların sağlıklarına ilişkin verdiği bilgilerdeki eksiklik ile gözden kaçabilecek olan semptomlar etkililik; hastaya ilişkin verilerin depolanması ile meydana gelebilecek siber saldırılar gizlilik; doktorların fiziki temastan yoksun bir şekilde görevini yerine getirmesi mesleki açıdan olumsuzluklar oluşturabilecektir. Bunu destekler şekilde Uscher vd. (2020) tarafından yapılan çalışmada tele-psikiyatri sırasında doktorlar video görüşmesi sırasında hastaları yeterince gözlemleyemediğini, ses kopmaları olduğu için iletişimin olumsuz yönde etkilendiğini, ev ortamında dikkatin kolay dağıldığını, hayati bulguları ölçemediğini ve fiziksel ortamdaki gibi muayene yapamadıklarını belirtmişlerdir.

Hasta doktor görüşmelerinde hizmetten kaynaklı aksakların önlenmesi adına hekimin süreci iyi yönetecek şekilde yetkinlik kazanması gerekmektedir. İlgili yönetmeliğin (Resmi Gazete, 2022) 11. maddesine baktığımızda uzaktan sağlık hizmeti sunucularının bilişim teknolojileri hakkında gerekli donanım ve uzaktan sağlık hizmetlerine yönelik teknolojik okuryazarlığa sahip olması gerekmektedir. Hizmet sunucularının bu gibi konularda yetkinlik eksikliği olması durumunda da

eğitilmeleri sağlık tesisi ve müdürlüklerin sorumluluğuna bırakılmıştır. Bu maddeyi destekler şekilde Karakoç ve Ceylan (2022) tarafından yoğun bakım çalışanlarının tele-tıp uygulamaları hakkındaki görüşlerini içeren çalışmasına bakıldığında araştırmaya katılan çalışanların %83,7'sinin tele-tıbbi ilişkin eğitim almaları gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ayrıca katılımcılar açısından uzaktan sağlık hizmetlerinde yukarı verilen olumsuzlukların önüne geçilebilmesi için sağlık hizmeti tüketicileri de bu yeni hizmet sunum sürecine hazırlanmalıdır. Bu kapsamda da ilgili yönetmeliğin (Resmi Gazete, 2022) 9. maddesine bakarsak; hizmeti sunacak hekimin kimliği, hekim ve hastanın fiziksel olarak farklı yerlerde olacağı, verilecek hizmetin yüz yüze hizmetin muadili olmayacağı, uygulamalı tedavilerden farklı olacağı gibi bilgilerin hizmet öncesinde verilmesi gerekmektedir.

Uzaktan sağlık hizmeti esnasında doktorların hastaları bu şekilde bilgilendirmesi ve beklenen davranış biçimlerini sergilemesi hastaların hem tele-tıp uygulamalarını daha çok benimsemelerine hem de aldıkları hizmetten memnun olmalarını sağlayabilir. Bunu destekler şekilde Mason (2022) tarafından yapılan çalışmaya bakıldığında hastaların tele-tıp uygulamaları kapsamında maliyet tasarruflarından değil de doktorların etkileşim anında göstermiş olduğu hasta merkezli tavırdan memnun kalmışlardır. Çalışma sonucunda doktorların hastalara karşı empatiyle yaklaşması, ilgili olması, duygusal ihtiyaçlarına cevap vermesi ve güven verici iletişim kurmalarının memnuniyet artırıcı etkenler olacağı belirtilmiştir. Buna benzer şekilde Orrange vd. (2021) tarafından yürütülen çalışmada da uzaktan sağlık hizmeti esnasında doktorların hastalara verdiği güven ile hastaların yüksek memnuniyet düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu tür bir davranış haricinde hastalar ile hem tıbbi hem de yasal açıdan istenen etkileşim kurulmadığında memnuniyetsizlikler ve yaptırımlar ortaya çıkabilecektir. Hizmet sunucusunun tele-tıp hizmeti esnasında hatalı tıbbi müdahalesi, yeterli ya da hiç bilgilendirme yapmaması, teşhis hataları, uzaktan tedavinin gerekli olduğunda yüz yüze devamının sağlanması ya da yüz yüze verilmesi gereken hizmetin uzaktan verilmesi gibi durumlarda kamu kuruluşlarında hastane, özel kuruluşlarda hekim yaptırımlarla karşı karşıya kalabilecektir (Çavdar, 2022).

Sağlık hizmetlerinin sunulması anındaki iş süreçleri kurum bünyesinde birçok birim arasındaki etkileşime bağlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Hastalar muayene olmakta, tetkik sonuçlarını beklemekte, teşhisi konulmakta ve tedavisi uygulanmaktadır. Bakıldığında en genel şekliyle bir sağlık hizmetinin verilme sürecinde hastanın fiziki varlığı gerekmektedir. Ancak tele-tıp uygulamaları ile uzaktan bir şekilde süreçler eş zamanlı, eş zamanlı olmayan ve hasta izlem şeklinde gerçekleşmektedir. Süreçlerin kesintiye uğramayacak şekilde yerine getirilmesinde sağlık kuruluşunun sahip olduğu bilişim teknolojisi, bilgi sistemleri ve bağlantı altyapısı ile bunları yetkin şekilde kullanacak olan hizmet sunucuları önemli bir rol oynayacaktır (Aslan, 2020). Kane ve Gillis (2016) tarafından yapılan çalışmada tele-tıp kapsamında verilen tüm uzmanlıkların genelinde en çok video konferans (senkron) şeklinde hizmet sunumu gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu da bizlere en çok uygulama alanı olan tele-psikiyatri hizmetlerinin video konferans şeklinde yürütülmesinin daha kabul görülür olacağı tavsiyesini verebilir. Bu görüşmeler de yapılan başka bir çalışmada (Uscher vd., 2020) olduğu gibi Zoom, Doxy.me, FaceTime, Skype, Google Meet, WhatsApp, Clocktree ve thera-LINK gibi platformlar tarafından sağlanabilir.

Hastaların sağlık hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerinde önemli rol oynayan fiziksel kanıtların, uzaktan sağlık hizmetleri ile artık bir evrim içerisine girmesi beklenecektir. Bina yapısı, bekleme odalarının tasarımı, hasta odaları, aydınlatma, ısıtma, ses gibi unsurlar artık yerini dijital ortamda sunulan sağlık hizmetleri kapsamında bilişim ve giyilebilir teknolojilere ve ölçüm cihazlarına bırakacaktır (Tazegül ve Çil, 2021). Sağlık kuruluşlarının, fiziki temastan uzak bir şekilde gerçekleşecek olan sağlık hizmetlerine ilişkin hasta değerlendirmelerinin olumlu bir konuma getirilmesi adına teknolojik kanıtlara önem vermeli; kalitesi, bakımı, kullanım kolaylığı gibi unsurları göz önünde bulundurmalıdır.

Uzaktan sağlık hizmetlerinde yer alan fiziksel kanıtlar her ne kadar hastaların kalite algılamalarını üst düzeyde tutmak için geliştirilse de yaşanabilecek olumsuz sonuçlar sadece sağlık kuruluşlarını kapsamayacaktır. Hastaneler her ne kadar üst düzey bilişim teknolojilerine sahip olsa da hastaların kullandığı iletişim teknolojilerinin kalitesiz olması fiziksel kanıtların değerlendirmesini olumsuz etkileyebilecektir. Görüntünün donması, sesin kesik gelmesi ve internetin yavaş olması gibi durumlar hastalarda karşı tarafın kullandığı teknolojilerde bir problem olabileceğini düşündürebilecektir. Görüşmelere başlamadan önce hastane tarafından kullanılan teknolojiler ve yaşanan aksamalarda, hastalar tarafından kullanılan teknolojilerin de bir etken olabileceği gibi konular hakkında hastalara bilgi verilmelidir. Bu şekilde hastaların teknolojik kanıtlara ilişkin değerlendirmeleri daha olumlu hale gelebilecektir.

Fiziksel kanıtlar kapsamında hastanenin bilişim teknolojileri ve bunun yanında hizmete katılan çalışanlar hasta mahremiyeti açısından da önem kazanmaktadır. Sağlık verilerinin güvenliği hakkında hem sağlık çalışanlarına hem de veri güvenliğinden sorumlu kişilere eğitimler verilmelidir. Üçüncü taraf kişilerden korumalara karşı verilere sadece ilgili sağlık çalışanları yetkileri haricinde erişim sağlayabilmeli ve bu idarenin sorumluluğunda olmalıdır. Ayrıca yasal olarak uzaktan tedavi esnasında gerekli kayıtların (görsel ve sesli) istenen şekilde tutulması, toplanması ve gerekli sürelerle saklamasını sağlayıcı teknoloji altyapısı hem hasta mahremiyetini hem de hekim ve hastaneyi yasal olarak koruma altına alacaktır. Aksi halde idari yaptırımlar, uyarı, on gün süreli hizmetin durdurulması ya da uzaktan hizmet sunum yetki belgesinin alınması gibi cezalar ortaya çıkabilecektir (Çavdar, 2022; Durmuş, 2021).

Sonuç olarak: Uzaktan sağlık hizmetleri ülkemizde yasal olarak yeni bir uygulama alanı bulduğu için sağlık kurumları başlangıç olarak hem fazla yatırım gerektirmeyen hem de kullanımı en yaygın olan tele-tıp uygulamalarına yönelmelidir. Hizmetlerin tutundurulmasında toplumda yaygın olarak kullanılan ve geniş kitlelere ulaşmaya yönelik farklı türlerdeki sosyal medya uygulamaları senkronize olarak kullanılabilir. Hizmetin dağıtımında bilişim teknolojisi ve internet alt yapısının önemi düşünöldüğünde kurumlar sadece kendi kaynakları dışında toplumun yaş, ekonomik durum ve ulusal internet bağlantı kapsamını da göz önünde bulundurmalıdır. Başlangıç olarak teknoloji kullanımının yüksek seviyede olduğu 18-65 yaş aralığı ve yerleşim yeri kentsel bölgeler olan kitleye yönelmelidir. Bundan dolayı da seçilmesi gereken tele-tıp uygulama türü 18-65 yaş aralığını ilgilendiren hastalık türlerine ilişkin olmalıdır. Uzaktan sağlık hizmetini yürütecek olan hekimlerin hizmet öncesinde hastaya güven vererek süreci yönetmesi gerekmektedir. Bunun için de gerekli bilgilendirmeleri hastaya yapması ve onu sürece hazırlaması önemlidir. Hekimlerin tele-tıp kapsamında eğitilmesi ve yetkinlik kazandırılması da bu kapsamda gereklidir. Hizmet süreçlerinde hekim-hasta arasında daha fazla duyuşsal ilişki sağlamak adına telefon görüşmeleri ve yazılı iletişim yerine senkron video görüşmeleri, sürecin kalitesini artıracak ve hizmet esnasında daha fazla duyuya hitap edilebilecektir. Ancak sürecin etkili şekilde yürütölmesi için gerekli uygulama, platform ve teknolojiye iki tarafın da sahip olduğundan emin olunmalıdır. Yapılacak tutundurma çalışmaları sırasında bunlar hakkında önceden bilgilendirmeler yapılmalıdır. Ayrıca uzaktan sağlık hizmetleri öncesinde kurum içi süreçlere yönelik iş akış diyagramları oluşturulmalı, birimler arası koordine ve iş birliği de önceden sağlanmalıdır. Fiziksel kanıtlara yönelik sağlık kurumları her türlü teknolojik altyapıyı sağlamalı, sürekli olarak bakım ve kullanılan platformların güncellemelerini yapmalıdır. Hasta hekim arasındaki etkileşim ve kullanılan teknoloji, aynı zamanda hasta mahremiyetini koruyucu şekilde tasarlanmalıdır. Hem hekimler tedavi süreci esnasında mevzuatlara uyararak ve atıf yaparak hastaya güven vermeli ve mahremiyetini sağlamalı hem de hastane kullandığı teknoloji ile hasta bilgilerini açık etmeyecek şekilde sürekli koruma altında tutmalıdır. Dijital ortamda alınan kayıtlar hasta kimliğini gizleyecek şekilde gerekirse anonim hale getirilmeli ve sadece hastanın ilgili olduğu sağlık çalışanları için erişime açılmalıdır.

Bu çalışmanın kısıtları; tele-tıp uygulamalarının ülkemizde daha yeni yasal dayanak bulmasından dolayı fazla uygulama alanı olmadığından yeterli çalışma örneklerinin verilememesidir.

Gelecek çalışmalara öneriler:

- Hala belirsizliğini koruyan uzaktan sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasına yönelik sağlık ekonomisi kapsamında referans bir çalışma yapılabilir.
- Uzaktan sağlık hizmeti sunumu için izin alan ve faaliyete başlayan sağlık kurumlarında, hizmet sunucularının ve alıcılarının tele-tıp uygulamalarını benimseme düzeyleri, memnuniyet seviyeleri ve görüşlerine ilişkin çalışmalar yapılabilir.
- Uzaktan sağlık hizmeti alan/alacak hastaların mahremiyet konusu ile ilgili güven ve endişeleri araştırılabilir.
- Ülkemizdeki uzaktan sağlık hizmetlerinin kırsal kesimde yaşayan -özellikle yaşlı- hastalar için yaratabileceği “erişimdeki eşitsizlik” kavramı sağlığın sosyal bir hak olması kapsamında değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

- Akkılıç, M. E. (2002). Sağlık hizmetlerinin pazarlanması ve Elazığ'daki bazı yataklı tedavi kuruluşlarında bir uygulama. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(1), 203-218.
- Aslan, D. (2021). Koruyucu hekimlik ve tele-sağlık/teletıp uygulamaları. D. Aslan ve Y. G. Kutsal (Ed.). *Teletıp: Yaşlılık ve teletıp uygulamaları* içinde (s. 17-26). Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yayıncılık.
- Aydos, T. R. (2021). Yaşlı bireylerde ilaç uyuncu ve teletıp uygulamaları. D. Aslan ve Y. G. Kutsal (Ed.). *Teletıp: Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları* içinde (s. 49-68). Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yayıncılık.
- Bali, S. (2019). Barriers to Development of Telemedicine in Developing Countries. F. H. Thomas (Ed.). *Telehealth*.
- Barbosa, W., Zhou, K., Waddell, E., Myers, T., & Dorsey, E. R. (2021). Improving access to care: telemedicine across medical domains. *Annual Review of Public Health*, 42, 463-481. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090519-093711>.
- Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Krupinski, E. A., Grigsby, J., Kvedar, J. C., Weinstein, R. S., ... & Tracy, J. (2009). National telemedicine initiatives: essential to healthcare reform. *Telemedicine and e-Health*, 15(6), 600-610.
- Bozbuğa, N., & Sayın, Ö. A. (2021). Teletıp, uzaktan hasta yönetimi ve implante kalp destek cihazları. N. Bozbuğa ve S. Gülseçen (Ed.). *Tıp bilişimi* içinde (s.569-596). İstanbul Üniversitesi Yayınevi.
- Catana, S., & Toma, S. G. (2021). Marketing mix in healthcare services. *Ovidius University Annals, Economic Sciences Series*, 21(1), 485-489.
- Cengiz, E. (2014). Sağlık pazarlaması. *Uluslararası Hakemli Pazarlama ve Pazar Araştırmaları Dergisi*, 1(3), 1-13.
- Chu, C., Cram, P., Pang, A., Stamenova, V., Tadrous, M., & Bhatia, R. S. (2021). Rural telemedicine use before and during the COVID-19 pandemic: Repeated cross-sectional study. *Journal of medical Internet research*, 23(4). <https://doi.org/10.2196/26960>.

- Çavdar, P. (2022). Türk hukuku ve Avrupa Birliği direktifleri ışığında tele-tıp. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 30(2), 755-785. <https://doi.org/10.15337/suhfd.1097201>.
- Çelik, B., & Kadioğlu, C. T. (Ed.). (2022). *Sağlık Kurumlarında Güncel Pazarlama Araştırmaları*. Efe Akademi Yayınları.
- Çobanoğlu, C., Nuhoğlu, Ş., Eryıldız, N., Şengül, M., Ergur, G. A., & Ergur, A. (2021). İleri teknoloji rüyasından pandeminin pragmatizmine tele-tıp: Covid-19 koşullarında uzaktan hekimliğin yaygınlaşması. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 41(2), 175-198. <https://doi.org/10.26650/SJ.2021.41.2.0025>.
- Dağdelen, S. (2021). Teletıp uygulamaları: Bugünden geleceğe öngörü ve beklentiler. D. Aslan ve Y. G. (Ed.). *Teletıp: Yaşlılık ve teletıp uygulamaları* içinde (s. 127-135). Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yayıncılık.
- Datareportal (2023, Mart 19). *Digital 2022: Turkey*. <https://datareportal.com/reports/digital-2022-turkey>.
- Dilbaz, B., Kaplanoğlu, M., & Kaplanoğlu, D. K. (2020). Teletıp ve tele-sağlık: Geçmiş, bugün ve gelecek. *Avrasya Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dergisi*, 4(1), 40-56.
- Doğramacı, Y. G. (2020). Teletıp, sağlık turizmi ve uzaktan sağlık hizmetleri: Mesafeli sözleşmeler. *İstanbul Hukuk Mecmuası*, 78(2), 657-710. <https://doi.org/10.26650/mecmua.2020.78.2.0014>.
- Durmuş, V. (2021). Kişisel sağlık verilerinin korunmasında idarenin hukuki sorumluluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(1), 67-76. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.747133>.
- Erkek, S. (2016). Kamu kurumlarında sosyal medya kullanımı: Sağlık bakanlığı örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (35), 141-150.
- Ertek, S. (2011). Endokrinolojide tele-sağlık ve tele-tıp uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 126-130.
- Farahani, N., & Pantanowitz, L. (2015). Overview of telepathology. *Surgical pathology clinics*, 8(2), 223-231. <https://doi.org/10.1016/j.path.2015.02.018>.
- Fener, E., & Çimen, M. (2016). Hastane ve hekim tercihinde sosyal medyanın etkisine yönelik bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(47), 836-845.
- Gemlik, N., Eldemir, G., & Arslanoğlu, A. (2020). Covid-19 pandemi döneminde dijital hastanelerin instagram iletişimi üzerine nitel bir araştırma. *ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi*, 8(18), 19-27.
- Gencer, N. (2020). Kovid-19 sürecinde yaşlı olmak: 65 yaş ve üstü vatandaşlar için uygulanan sokağa çıkma yasağı üzerine değerlendirmeler ve manevi sosyal hizmet. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 35-42.
- Gök, A. (2018). İnternette pazarlamanın sağlık hizmetlerinde kullanımı. U. Ş. Özge ve K. Nilay (Ed.). *Teoride ve uygulamada sağlık ekonomisi ve politikaları* içinde (s. 447-484). Rating Academy Yayınları.

- Gül, D., & Demiryürek, K. (2020). Kırsal ve kentsel alanda bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanım durumu: Ankara örneği. *Anadolu Tarım Bilimleri Dergisi*, 35(3), 339-352. <https://doi.org/10.7161/omuanajas.739004>.
- Güleş, H. K., & Özata, M. (2005). *Sağlık bilişim sistemleri*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Gümüş, R. (2018). Pazarlama faaliyetlerinin sağlık sektörüne uygulanması: Bir literatür incelemesi. *Bulletin of Economic Theory and Analysis*, 3(4), 217-235. <https://orcid.org/0000-0001-8113-6193>.
- Haleem, A., Javaid, M., Singh, R. P., & Suman, R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. *Sensors International*, 2.
- Hjelm, N. M., & Julius, H. W. (2005). Centenary of tele-electrocardiography and telephonocardiography. *Journal of telemedicine and telecare*, 11(7), 336-338.
- House, A. M., & Roberts, J. M. (1977). Telemedicine in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 117(4), 386-388.
- Hoyt, R. E. (2009). Telehealth and Telemedicine. *Practical Guide for the Healthcare Professional*, 267- 283.
- Jagarapu, J., & Savani, R. C. (2021). A brief history of telemedicine and the evolution of teleneonatology. *In Seminars in Perinatology* 45(5). <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2021.151416>.
- Kalender, N., & Özdemir, L. (2014). Yaşlılara sağlık hizmetlerinin sunumunda tele-tıp kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(1), 50-58.
- Kane, C. K., & Gillis, K. (2018). The use of telemedicine by physicians: still the exception rather than the rule. *Health Affairs*, 37(12), 1923-1930. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05077>.
- Karakoç, E., & Ceylan, İ. (2022). Yoğun bakımda çalışan hekimlerin teletıp ve teleyoğun bakım hakkındaki düşünceleri. *Turkish Journal of Intensive Care*, 20, 55-61.
- Kaya, M., & Filiz, M. (2018). Şehir hastanelerinin mevcut web sitelerinin incelenmesi. *Türk Akademik Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 1(1), 40-45.
- Kılıç, T. (2016). *E- sağlık ve teletıp*. AZ Kitap.
- Kılıç, T. (2017). E-sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3): 203-217.
- Kılıçarslan, M. (2019). Dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dijital pazarlanması. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (17), 1145-1149. <https://doi.org/10.31590/ejosat.654715>.
- Korku, C. (2021). Covid-19 pandemisinde tele-tıbbın kullanımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(3), 619-632.
- Kutsal, Y. G. (2021). Teletıp. D. Aslan ve Y. G. Kutsal (Ed.). *Teletıp: Yaşlılık ve teletıp uygulamaları* içinde (s. 1-16). Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yayıncılık.
- Küçükali, H., Palteki, A. S., Ege, Ş. D., & Hayran, O. E. (2022). Medikal turizm politikası için sağlık hizmeti sunucularının perspektifi, ihtiyaçları ve beklentileri: Nitel bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 99-126.

- Leena, H., & Gochhait, S. (2020). A bibliometric analysis of telemedicine: remote healthcare delivery over the years. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(06), 2577-2584.
- Mason, A. N. (2022). The most important telemedicine patient satisfaction dimension: Patient-centered care. *Telemedicine and e-Health*, 28(8), 1206-1214. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0322>.
- Mendi, B. (2016). Teletıp. B. Mendi (Ed.). *Sağlık bilişimi ve güncel uygulamalar içinde* (s. 149-159). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Nittari, G., Savva, D., Tomassoni, D., Tayebati, S. K., & Amenta, F. (2022). Telemedicine in the COVID-19 Era: A narrative review based on current evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095101>.
- Orrange, S., Patel, A., Mack, W. J., & Cassetta, J. (2021). Patient satisfaction and trust in telemedicine during the COVID-19 pandemic: Retrospective observational study. *JMIR Human Factors*, 8(2). <https://doi.org/10.2196/28589>.
- Önal, S., & Kaya, G. G. (2020). Pandemi sürecinde uzaktan hasta takibi uygulamalarında tele-tıp ve birinci basamaktaki yeri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 12(3), 98-106.
- Önder, O., & İlkılıç, İ. (2021). Teletıp uygulamalarında etik sorunlar. *SD Dergisi*, 59, 20-23.
- Öz, M., & Uyar, E. (2014). Sağlık hizmetleri pazarlamasında algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti üzerinde ağızdan ağıza pazarlamanın etkisini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16(26), 123-132. <https://doi.org/10.18493/kmusekad.86430>.
- Özbaşar, Ş. (1997). *Sağlık hizmetleri pazarlamasında ürün politikası ve ürün hattı yönetimi: Teori ve Vak'alarla Analiz* (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi.
- Özer, L., Kazancı, Ş., Yılmazel, S. E., Küpeli, T. Ş., Demiray, D. K., Ozanözü, A. M., Yaylacı, A., & Onuklu, N. N. (2016). *Hizmet Pazarlaması*. Detay Yayıncılık.
- Özlu, C., Köylüoğlu, N., Gedik, M. A., Yangal, H. S., & Özlu, A. (Ed.). (2021). *Teletıp uygulamaları*. Akademisyen Yanınevi.
- Uscher, P. L., Sousa, J., Raja, P., Mehrotra, A., Barnett, M. L., & Huskamp, H. A. (2020). Suddenly becoming a "virtual doctor": Experiences of psychiatrists transitioning to telemedicine during the COVID-19 pandemic. *Psychiatric services*, 71(11), 1143-1150. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000250>.
- Pirhan, Ş., & Eter, M. (2022) Türkiye'de sağlık turizmi alanında 2000-2020 yılları arasında yayımlanan akademik çalışmaların bibliyometrik analizi. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi*, 3(1), 136-149.
- Poyraz, N. (2015). *Hastanelerde süreç yönetimi ve süreç iyileştirme konusunda bir uygulama örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi.
- Purcarea, V. L. (2019). The impact of marketing strategies in healthcare systems. *Journal of medicine and life*, 12(2), 93. <https://doi.org/10.25122/2Fjml-2019-1003>

- Ravangard, R., Khodadad, A., & Bastani, P. (2020). How marketing mix (7Ps) affect the patients' selection of a hospital: experience of a low-income country. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 95(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s42506-020-00052-z>.
- Resmi Gazete. (2022, Mayıs 23). *Uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm>.
- Roberts, E. T., & Mehrotra, A. (2020). Assessment of disparities in digital access among medicare beneficiaries and implications for telemedicine. *JAMA Internal Medicine*, 180(10), 1386-1389.
- Sağlık Bakanlığı. (2022, Mayıs 23). *Teleradyoloji Sistemi*. <https://teletip.saglik.gov.tr/>
- Salman, A. N., & Uydacı, M. (2011). Butik hastanelerde pazarlama stratejileri. *Öneri Dergisi*, 9(35), 45-50.
- Saygun, M. (2021). Teletıp uygulamalarında toplum uyumu ve hasta memnuniyeti. D. Aslan ve Y. G. Kutsal (Ed.). *Teletıp: Yaşlılık ve teletıp uygulamaları* içinde (s. 27-42). Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yayıncılık.
- Sözen, A. B. (2021). Uzaktan sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirilmesi, maliyet etkinliği, analizler. N. Bozbuğa ve S. Gülseçen (Ed.). *Tıp bilişimi* içinde (s. 633-654). İstanbul Üniversitesi Yayınevi.
- Sreenivas, T., Srinivasarao, B., & Srinivasa Rao, U.(2013). An analysis on marketing mix in hospitals. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences*, 2(4), 187-207.
- Sungur, C. (2020). Teletıp uygulamalarında hasta memnuniyeti: Bir sistematik derleme çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(3), 505-522.
- Swan, E. L., Dahl, A. J., & Peltier, J. W. (2019). Health-care marketing in an omni-channel environment: Exploring telemedicine and other digital touchpoints. *Journal of Research in Interactive Marketing*, 13(4). 602-618. <https://doi.org/10.1108/JRIM-03-2019-0039>.
- Şantaş, G., & Şantaş, F. (2020). Güncel pazarlama yaklaşımlarının sağlık hizmetlerinde uygulanabilirliği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2), 432-443. <https://doi.org/10.32709/akusosbil.482305>.
- Şaşmaz, M. İ. (2019). Teletıp. C. Özlü (Ed.). *Sağlıkta yeni nesil teknolojiler* içinde (s. 101-109). Akademisyen Kitabevi.
- Tazegül, G., & Çil, O. (2021). Telesağlık ve mobil sağlık uygulamalarında etik ve medikolegal problemler. C. Özlü ve diğerleri (Ed.). *Teletıp uygulamaları* içinde (s. 147-158). Akademisyen Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları ve özellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 55(1), 187-202.
- Tengilimoğlu, D. (2016). *Sağlık hizmetleri pazarlaması* (Göz. Geç. 4. Bs.). Siyasal Kitabevi.
- Tosyalı, H., & Sütçü, C. S. (2016). Sağlık iletişiminde sosyal medya kullanımının bireyler üzerindeki etkileri. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 3-22.
- Toygaz, Ş. A. (2018). E-sağlık uygulamaları. *Yasama Dergisi*, (37), 101-123.

- Türk Dişhekimleri Birliği. (2023, Mart 3). *Türkiye Büyük Millet Meclisi Hak Sahiplerine Türk Dişhekimleri Birliğine Kayıtlı Serbest Dişhekimlerince Dış Tedavi Hizmetlerinin Sunulmasına İlişkin Protokol*. https://www.tdb.org.tr/mevzuat_yazdir.php?Id=129.
- Türk Tabipler Birliği. (2023, Mart 3). *Türk Tabipleri Birliği; Nedir? Ne Yapar?* <https://www.ttb.org.tr/eweb/data/genel.php>.
- Türkiye Raporu. (2023, Mart 19). *Sosyal Medya Kullanımı*. <https://turkiyeraporu.com/arastirma/sosyalmedyakullanimi-1766/>.
- Ucael, D. Ö., Özden, M. E., Altıntaş, E., & Aslan, D. (2021). Halk sağlığı bakış açısıyla teletıp. *Turkish Journal of Public Health*, 19(3), 295-303. <https://doi.org/10.20518/tjph.894701>.
- Uslu, Y. D. (2021). Teletipte hasta deneyimleri. *SD Dergisi*, 59, 38-39.
- Ünal, A. (2020). Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında sosyal medya kullanımı: Türkiye'deki şehir hastanelerinin covid-19 öncesi ve sürecindeki durumları.T. Shaveta ve Y. Akanksha (Ed.). *International Conference on COVID-19 Studies* içinde (s. 71-91). İksad Publishing House.
- Vosburg, R. W., & Robinson, K. A. (2022). Telemedicine in primary care during the COVID-19 pandemic: Provider and patient satisfaction examined. *Telemedicine and e-Health*, 28(2), 167-175. <https://doi.org/10.1089/tmj.2021.0174>.
- Whitten, P., Holtz, B., & Laplante, C. (2010). Telemedicine. *Applied Clinical Informatics*, 1(02), 132-141.
- World Health Organization (2010). *Telemedicine: Opportunities and developments in member states: Report on the second global survey on ehealth 2009-* (Global Observatory for eHealth Series, 2). World Health Organization.
- Wurm, E. M., Hofmann-Wellenhof, R., Wurm, R., & Soyer, H. P. (2008). Telemedicine and teledermatology: past, present and future. *JDDG: Journal Der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 6(2), 106-112. <https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2007.06440.x>.
- Yıldız, S. Y., & Tosun, N. (2021). Sosyal pazarlama literatüründe sağlık hizmetlerinin gelişimi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 713-725.