

SAĞLIK YÖNETİMİNDE ÖZEL GÜNCEL KONULAR

Editör
ALİ BİLGİLİ

HOSPITAL
BİDGE

BİDGE Yayınları

SAĞLIK YÖNETİMİNDE ÖZEL GÜNCEL KONULAR

Editör: ALİ BİLGİLİ

ISBN: 978-625-372-776-5

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 2025-06-25

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



ÖNSÖZ

Sağlık sektöründe rekabet oldukça yoğundur ve sektör hem teknolojinin hızlı gelişimi hem de müşterilerin değişen talepleriyle karşı karşıya olup dinamik bir zeminde faaliyet göstermektedir. Günümüzün modern dünyasında hastalar daha eğitilmiş, daha deneyimli, almak istediği hizmetle ilgili daha bilinçlidir. Hastaların bir hastane markasına ilişkin görüşlerini şekillendirmede, topluma ve hastalara yönelik kurumsal sosyal sorumluluk eylemleri önemli rol oynamaktadır.

Belirtilen konu ile ilgili olarak dünyadaki durum değerlendirildi. Türkiye’de mevcut durumda kurumsal sosyal sorumluluk felsefesi ne derece benimsenmektedir? Bu bölümde özel hastane sektöründeki kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin incelenmesi üzerinden konuyla ilgili genel bir kanıya varılması amaçlandı. Özel sağlık kuruluşları hangi türde ve hangi paydaşlara yönelik sosyal sorumluluk faaliyetlerinin gerçekleştirildiği konularında geniş kapsamlı bilgiler verildi.

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi, verimlilik gibi kavramlar öne çıkmaktadır. Bunların sağlanabilmesinde çalışanların örgüte duyduğu güven önemlidir.

Bu kitap bölümünde ise genel olarak örgütsel güven ve örgütsel sessizlik konularına yer verildi bu iki konu sağlık sektöründe yapılan araştırma bulguları ile desteklenerek tartışıldı. Bilimsel kaynaklar ışığında sağlık sektöründe örgütsel güvenin çalışanların örgüt içindeki birçok davranışını etkilediği, çalışanların örgütsel güven düzeylerinin yüksek olmasının çalışan motivasyonu ve iş doyumu, işten ayrılma niyeti, örgütsel vatandaşlık ve örgütsel sessizlik gibi davranışlarına olumlu katkılar sağladığına yönelik önemli bilgiler verildi.

Şiddet içinde bulunduğumuz çağda hiçbir canlıdan canlıya yönelik olarak gerçekleştirilemeyecek kadar acı ve utanılası bir durumdur. İnsana bahşedilmiş en ulvi özelliklerin başında akıl sahibi olmak ve konuşabilmek gelmektedir. Bu iki özellik sayesinde gündelik hayatta karşılaştığımız pek çok sorunu çözmemiz mümkündür.

Bu kitap bölümünde aktarılan çalışmanın ana konusu şiddettir. Şiddete neden olabileceği düşünülen sosyotelizm, siberkondri ve sağlık kaygısı kavramları bir araya getirilerek muhtemel etkisi incelendi. Şiddet dışındaki değişkenleri önlemek adına yapılabilecekler konu başlıklarının altında yer verildi.

İş hayatında, makinelerin insanlarla birlikte üretime dahil olması ve teknolojik yenilikler, insanların zor koşullar altında çalışmasını gerektirmektedir. İş hayatıyla ilgili gelişen ve değişen çalışma koşulları, hem çalışanlar hem de toplumlar için önemli riskler yaratmaktadır. Bu riskleri tamamen ortadan kaldırmak mümkün olmasa bile, etkileri en aza indirilebilir.

Bu kapsamda olmak üzere iş dünyası çalışanlarının korunması, güvenli ve sağlıklı koşullarda çalışma, devlet politikaları ve sosyal devletlerin görevi konularında iş sağlığı güvenliği kültürünün oluşması ile ilgili olarak önemli bilgiler derlendi.

Sağlık hizmetleri, modern endüstrilerde benzeri görülmemiş bir hızda gelişmekte ve bu da verimli bir stratejik planlama sürecine girmeyi zorlaştırabilmektedir. Teknolojik sıçramalar, yaşlanan nüfus ve hizmet yapısındaki gelişmeler, dünya çapındaki sağlık sektörü için belirsiz bir gelecek ortaya koymaktadır.

Ayrı bir bölüm olarak; dengeli puan kartı ve strateji haritalarının entegre kullanılması, sağlık kurumlarını karmaşık ortamlarda gezinmesi, stratejileri operasyonel çabalarla uyumlu hale getirilmesi ve sürdürülebilir sonuçlar elde etmesi için donatılması. Gelecekteki araştırmalarla, bu araçları sağlık hizmetlerine özgü

ihtiyaçlara göre uyarlamaya ve kurumsal performans üzerindeki etkilerini en st düzeye çıkarmasına yönelik olarak yeni teknolojilerin keşfedilmesi konularında çok önemli bilgiler sunuldu.

Prof. Dr. ALİ BİLGİLİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ

İÇİNDEKİLER

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖRGÜTSEL GÜVEN VE ÖRGÜTSEL SESSİZLİK	1
<i>ELİF TANRIVERDİOĞLU, HATİCE ULUSOY</i>	
SAĞLIK KURUMLARINDA DENGELİ PUAN KARTI VE STRATEJİ HARİTALARININ ÖNEMİ	34
<i>MUSTAFA ORHAN</i>	
TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KURUMSAL SOSYAL SORUMLULUK FAALİYETLERİ	55
<i>AYŞEGÜL DOĞAN KAYA</i>	
ROOT CAUSES OF HUMAN RISKS IN OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY PRACTICES OF LOCAL GOVERNMENTS	76
<i>MUSTAFA ERDEM</i>	
SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELEN ŞİDDETİN PSİKO-DİJİTAL ANATOMİSİ: SİBERKONDİRİ, SOSYOTELİZME MARUZ KALMA VE SAĞLIK KAYGISI ÜZERİNE BİR İNCELEME	96
<i>FATMA NURAY KUŞCU ŞAHİN, MEHMET YORULMAZ</i>	

BÖLÜM 1

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖRGÜTSEL GÜVEN VE ÖRGÜTSEL SESSİZLİK

ELİF TANRIVERDİOĞLU¹

HATİCE ULUSOY²

Giriş

Güven duygusu, bireylerin çevresindeki insanlara, kurumlara veya sistemlere duyduğu inancın bir sonucu olarak ortaya çıkar ve sağlıklı ilişkilerin temeli olarak kabul edilir. Özellikle örgütsel güven, çalışanların işyerindeki yöneticilere, iş arkadaşlarına ve organizasyonun genel yapısına olan güvenini ifade eder. Bu güven duygusu, verimli bir çalışma ortamının oluşmasında önemli bir rol oynar çünkü güven, açık iletişimi teşvik eder, iş birliğini güçlendirir ve çalışanların motivasyonunu artırır. Örgütsel güvenin yüksek olduğu bir ortamda, çalışanlar daha fazla sorumluluk alır, daha yaratıcı çözümler üretir ve organizasyonel hedeflere daha etkin bir

¹

Yüksek Lisans Öğrencisi, Elif Tanrıverdioğlu, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, ORCID: 0009-0007-1831-0102

²

Prof. Dr. Hatice Ulusoy, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, ORCID: 0000-0002-8911-5490

şekilde ulaşılır. Ayrıca, güven, çatışmaların daha sağlıklı bir şekilde çözülmesini sağlayarak, çalışanlar arasında daha güçlü bir aidiyet duygusu oluşturur.

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi, verimlilik gibi kavramlar öne çıkmaktadır. Bunların sağlanabilmesinde çalışanların örgüte duyduğu güven önemlidir. Çünkü örgüte duyulan güven çalışanın kurum içindeki birçok davranışının altında yatan nedenleri etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Sağlık kurumlarında hizmet sunan sağlık personelinin verdiği hizmetlerin insan sağlığıyla doğrudan ilgili olması, çalışanların kuruma duyduğu güvenin sağlanmasını daha da kritik hale getirmektedir. Yapılan çalışmalarda örgütsel güvenin örgütsel vatandaşlık (İşcan & Sayın, 2011: 195), örgütsel bağlılık (Taşkın & Dilek, 2010: 37), örgüt iklimi gibi birçok davranışı etkilediği saptanmıştır. Çalışanların örgütsel güven düzeylerinin artması örgütsel vatandaşlık davranışları üzerinde de pozitif etkiye sahiptir (Ersan 2018: 36).

Psikoloji alanında sessizlik, içine kapanıklık ve özgüven eksikliği gibi anlamlara gelmektedir. Sessizlik yalnızca sözlü iletişimin eksikliği değil, aynı zamanda yazmamak, duymamak ve önemsememek gibi eylemsizlikleri de içermektedir. Bu bağlamda ele alındığında, sessizlik çok katmanlı, değişken ve belirsiz bir yapıya sahip olduğu için anlaşılması güç bir kavram olarak öne çıkmaktadır. (Turgut, 2017: 358) Sessizlik, bireylerin düşüncelerini, endişelerini veya fikirlerini paylaşmaktan kaçındığı bir durumdur ve genellikle sosyal baskılar, korku veya güvensizlik gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Örgütsel sessizlik, çalışanların iş yerinde önemli bilgi, eleştiri veya önerileri dile getirmemesi durumudur ve bu durum özellikle hastaneler gibi yüksek stresli ve dinamik ortamlarda ciddi sorunlara yol açabilir. Sağlık çalışanları arasında örgütsel sessizlik, hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir, çünkü çalışanlar potansiyel hataları veya iyileştirilmesi gereken süreçleri

bildikleri halde paylaşmaktan çekinebilirler (Morrison, 2000 Aktaran; Tayfun & Çatır 2013: 116) Ayrıca, sağlık çalışanlarının seslerini duyuramamaları, işyeri tatminsizliği, tükenmişlik ve moral bozukluğu gibi problemlere de yol açabilir. Bu tür bir sessizlik, yönetimle etkili iletişimi engeller ve hasta güvenliğini riske atabilecek kararların alınmasına neden olabilir. Örgütsel sessizliğin de çalışanın motivasyonunu, kurum içindeki mutluluğunu ve çalışma azmini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Özellikle sağlık çalışanlarının kalitesiz bakım ve güvenli olmayan uygulamaları gördüklerinde sessiz kalmayıp düşüncelerini ifade edebileceği güven ortamının oluşması çok önemlidir. (Mannion & Davies, 2015: 505). İlgili literatürde örgütsel güven ve örgütsel sessizliği birbiri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Örneğin Afşar Doğrusöz, (2023: 339) tarafından bir üniversite hastanesinde çalışanların örgütsel sessizlik ile örgütsel güven ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada örgütsel güven azaldıkça örgütsel sessizliğin arttığı saptanmıştır. Sağlam, (2016: 339) tarafından yapılan başka çalışmada ise benzer şekilde örgütsel güvenin örgütsel sessizliği olumsuz yönde etkilediği ve örgütsel sessizliği en fazla etkileyen örgütsel güven alt boyutlarının “iletişim iklimi”, “yöneticiye güven” alt boyutları olduğu saptanmıştır. Çiftçi’nin (2015: 580) çalışmasında ise yöneticiye olan güvenin azalması durumunda, çalışanlarda savunma amaçlı ve kabullenici sessizliğin arttığı saptanmıştır. Örgütsel sessizliğin azaltılması için örgütsel güvenin sağlanması ve geliştirilmesi gerekmektedir (Yalçın, 2017: 54).

Yapılan çalışmalarda örgütsel güvenin, çalışanların motivasyonunu pozitif yönlü etkilediği (Timoroğlu & Çelik, 2018: 83), sanal kaytarma davranışlarını azalttığı (Çelik, Taşkıran & Kara 2021: 98), işten ayrılma niyetini negatif yönlü etkilediği (Zhao & ark., 2022: 1), örgütsel adalet, iş tatmini ve güven arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu (İşcan & Sayın, 2010: 195), duygusal bağlılık ve örgütsel güven arasında da yine pozitif yönlü bir ilişki olduğu

saptanmıştır (Taşkın & Dilek, 2010: 37). Bir üniversite hastanesinde hemşirelerle gerçekleştirilen bir araştırmada ise örgütsel güvenin iş doyumunu üzerinde pozitif yönlü bir etkisi olduğunu belirlenmiştir (Türe & Akkoç 2020: 136).

Örgütsel sessizliğin önlenmesi için, hastanelerde açık iletişim kanallarının oluşturulması, çalışanların fikirlerini rahatça paylaşılabilecekleri bir ortamın sağlanması ve güven duyulan bir liderlik yaklaşımının benimsenmesi önemlidir (Yılmaz, 2020: 1).

Bu çalışmada sağlık çalışanlarında örgütsel güven ve örgütsel sessizlik konularına değinilecektir.

Örgütsel Güven

Yukarıda da bahsedildiği gibi bir örgütte çalışanların memnuniyeti, motivasyonu, işe bağlılığı gibi unsurlar örgüte duyulan güvenle yakından ilişkili konulardır. Bu bölümde öncelikle örgütsel güven kavramının tanımı ve önemi üzerinde durulacak sonrasında ulusal ve uluslararası kaynaklardan tanımlar verilecek güven boyutları, modelleri ve sınıflandırılması verilecektir.

Güven Kavramının Tanımı ve Önemi

Güven, bireylerin diğer kişilere, gruplara veya organizasyonlara duyduğu inanç ve güven duygusudur ve genellikle bir kişi ya da kurumun dürüst ve güvenilir olacağına dair olumlu bir beklenti yaratır. Psikolojik açıdan güven, bir bireyin veya grubun davranışlarının tutarlı ve tahmin edilebilir olacağına dair duyduğu inançtır (Mayer, Davis, & Schoorman, 1995: 709). Örgütlerde güven, çalışanların yöneticilerine, liderlerine ve birbirlerine olan güvenini ifade eder. Bu güven, iş yerindeki iş birliğini teşvik eder ve etkili iletişimi sağlar, aynı zamanda iş tatminini artırarak çalışan bağlılığını güçlendirir.

Güven, özellikle örgütlerde kritik bir rol oynar. Çalışanlar arasındaki güven, verimli iş birliklerinin kurulmasına olanak tanır, bunun yanı sıra organizasyonel ilişkileri güçlendirir ve çalışanların daha yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlar. Güven, herkesin aşına olduğu ancak tanımlaması ve açıklaması zor bir kavramdır. Bunun nedeni, güvenin birden fazla bireyi ilgilendiren bir olgu olmasıdır (Bökeoğlu & Yılmaz, 2008: 211). Güven duygusu, en çok risk içeren durumlarda kendini göstermektedir (Mayer & ark., 1995: 709). Aynı zamanda güven, bireye yönelik olup kişi tarafından anlam kazanan ve kişiler arası ilişkilerin kurulup sürdürülmesinde önemli bir rol oynayan temel unsurlardan biridir. Güven, toplum, birey, kültür veya kurumlara bağlı olarak farklı şekillerde değerlendirilmektedir (Demirel, 2008: 179). Literatürde güven kavramı üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, güvenin bireylerin diğer insanlardan belirli beklentiler içinde olmasından kaynaklanan psikolojik bir duyarlılık hali oluşturduğu belirtilmektedir. Ayrıca, güvenin oluşumunda içtenlik ve duygusal bağın önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (Özdere, 2015: 1). Bu bağlamda güvenle ilgili yapılan bazı tanımlamalar şunlardır:

Türk Dil Kurumu'na göre güven, "korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma, itimat etme ve bağlanma duygusu; cesaret ve yüreklilik" olarak açıklanmıştır (TDK). Güven kavramına ilişkin literatürde, "beklenti, karşılık verme, risk almayı kabul etme, savunmasızlık ve iş birliği" gibi farklı unsurlara da değinilmektedir (Sekmen, 2021: 1).

McAllister (1995: 24), güveni, bir bireyin diğerinin sözlerine, davranışlarına ve kararlarına ne kadar inandığını ve bu inanç doğrultusunda eyleme geçme arzusunu ifade eden bir kavram olarak tanımlamıştır.

Carnevale ve Wechsler (1992: 471), güveni, bir bireyin veya bir grubun etik ilkelere uygun davranarak niyetlerine duyduğu inanç

ve bağıllık, adaletin sağlanması, başkalarının haklarını savunma ve doğru düşünme yeteneği olarak tanımlamışlardır.

Mayer, Davis ve Schoorman (1995: 709), örgütsel güveni, bireylerin başkalarına güvenlerini, bu kişilerin yetkinlik, iyi niyet ve dürüstlük gibi faktörlere dayalı değerlendirmelerine bağlarlar. Güven, liderlik ve işbirliği süreçlerinde önemli bir rol oynar ve bu üç unsur, örgütsel güvenin temelini oluşturur.

Colquitt, Scott ve LePine (2007: 909), örgütsel güveni, bir kişinin başkalarına duyduğu güvenin iş performansı ve tatmini üzerindeki etkilerini açıklayan bir kavram olarak tanımlar. Bu bağlamda güven, işyerindeki ilişkilerde açık iletişimi ve etkili takım çalışmasını destekler.

McAllister (1995: 24), güveni, bir kişinin başkasının sözleri, eylemleri ve kararlarına duyduğu güven duygusu ve bu güvene dayanarak hareket etme isteği olarak tanımlar.

Mayer ve arkadaşları (1995: 709), güveni, bir kişinin karşı tarafın kendisi için kritik bir eylemi gerçekleştireceğine dair beklentilerine dayanarak, o tarafın davranışlarını izleme ya da kontrol etme gerekliliği duymadan, kendi eylemlerine karşı savunmasız olma isteği olarak tanımlamışlardır.

Hosmer (1995: 379), güveni, bireyin kişisel olarak savunmasız olduğu ve başkalarının davranışlarını kontrol edemediği durumlarda, belirsiz bir olayın sonucuna dair iyimser beklentilerle karar verme süreci olarak tanımlamaktadır.

Demircan ve Ceylan (2003: 139), güveni, uzun bir süreç olarak tanımlar ve bu sürecin özveri, çaba, dürüstlük ve doğrulukla şekillenen bir inanç olduğunu ifade ederler.

İşcan ve Sayın (2010: 195), örgütsel güveni, kurumda oluşan güven ortamının, kurumsal roller, deneyimler ve ilişkiler üzerinden

şekillenen çalışanların tutumları ve istekleriyle ilgili olumlu beklentiler olarak tanımlamışlardır.

Bromiley ve Cummings'e (1992) göre güven, bireyin karşısındaki kişinin dürüst hareket edeceğine, verdiği sözleri tutacağına ve kendi çıkarları doğrultusunda aldatici davranışlarda bulunmayacağına dair inancı olarak tanımlanmaktadır (Bromiley ve Cummings, 1992; Aktaran: Örüçü & Özüdoğru, 2018: 66).

Batmantaş ve Örüçü (2018: 66)'ye göre güven, bir kişinin diğerine herhangi bir kuşku duymadan tamamen inanmasıdır.

Güven Boyutları

Literatür incelendiğinde, güvenin üç ana bileşenden oluştuğu anlaşılmaktadır. Bu bileşenler, belirsizlik, savunmasızlık ve risk olarak kategorize edilmiştir (Li, 2008: 413).

Belirsizlik

Belirsizlik, çalışanların iş ortamında karşılaştıkları tahmin edilemeyen durumları, yeterli bilgiye sahip olmamayı ve geleceğe yönelik endişelerini ifade eder. Özellikle yöneticilerin kararsız tutumları, yetersiz iletişim ya da işletmede meydana gelen ani değişiklikler, çalışanların belirsizlik duygusunu artırabilir. Bu durum, örgütsel güvenin zayıflamasına ve dolayısıyla iş tatmininin azalmasına yol açabilir (Terekli, 2010: 1). Başka bir deyişle, belirsizlik arttıkça güvene olan ihtiyaç da yükselir ve bu nedenle güvenin oluşumu, belirsizliğin giderilmesiyle ilişkilendirilir. Belirsizliğin varlığı kabul edildiğinde ise güven kavramı farklı bir perspektiften ele alınmaktadır (Tezcan, 2022: 20).

Savunmasızlık

Savunmasızlık, bireylerin veya kurumların başkalarının davranışlarına karşı risk taşıdığı bir durumu ifade eder. Özellikle kriz dönemlerinde, çalışanlar ve yöneticiler belirsizlik yaşadığında,

güvenin var olup olmaması savunmasızlık düzeyini etkileyebilir. Çalışan, yöneticisine ve kuruma güven duyuyorsa, risklere rağmen iş birliği yapmaya ve alınan kararlara uyum sağlamaya daha istekli olur. Ancak güvenin olmadığı durumlarda, bireyler kendilerini koruma refleksiyle hareket eder ve bu da organizasyon içindeki iş birliğinin zayıflamasına neden olabilir (Mishra, 1996: 261). Örgütsel güven ile yakından ilişkili olan savunmasızlık, çalışanların iş yerindeki yöneticilere, çalışma arkadaşlarına veya genel olarak kuruma duydukları güven seviyesine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Çalışanlar, örgüte güven duyduklarında risk almayı daha kolay kabul edebilir ve iş birliği içinde hareket etmeye daha istekli olabilirler. Ancak güvenin olmadığı durumlarda, bireyler kendilerini koruma refleksiyle hareket eder ve bu da kuruma olan bağlılıklarının zayıflamasına neden olabilir. Bu doğrultuda, güven ortamı sağlandığında savunmasızlık kontrol edilebilir hale gelirken, güven eksikliği çalışanların kuruma karşı mesafeli bir tutum sergilemesine yol açabilir (Taşkın & Dilek, 2010: 37).

Risk

Risk, gelecekte meydana gelebilecek olası tehlikelerin yol açabileceği kayıpların öngörülerek etkili bir şekilde değerlendirilmesini ifade eder. Bireylerin risk alma eğilimleri incelendiğinde, bir olayın sonucunun olumlu ya da olumsuz olabileceği durumlarda, olumlu sonuçlara yönelik algıları olumsuz olanlara kıyasla daha baskınsa, bireylerin olumlu yönde hareket etmeye daha yatkın oldukları görülmektedir (Pelenk, 2010: 53). Mayer, Davis ve Schoorman'ın güven modeli çerçevesinde risk algısı, bir tarafın, karşı tarafla olan ilişkisi dışında kalan faktörler bağlamında kazanç veya kayıp ihtimalleri konusundaki inançlarını tanımlamaktadır (Mayer & ark., 1995: 709).

Güven Modelleri

Güvenin oluşumuna yönelik çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bu modeller, güvenin farklı faktörlere bağlı olarak nasıl şekillendiğini ele almaktadır. Aşağıda, güvenin inşa edilmesi, devam ettirilmesi ve yeniden kazanılmasına ilişkin modeller ayrıntılı olarak açıklanacaktır.

Mayer, Davis ve Schoorman'ın Güven Modeli

Mayer, Davis ve Schoorman'ın (1995: 714) geliştirdiği Güven Modeli, örgüt ortamında bir bireyin diğerine neden güvendiğini açıklamayı amaçlamaktadır. Bu çerçevede, Rotter'in (1967: 651) güven tanımını temel almışlardır. Bu tanıma göre kişiler arası güven, bir bireyin veya grubun verdiği söze bağlı kalacağına dair duyulan beklentidir.

Bu modelde güven eğilimi, bireyin başkalarının güvenilirliği hakkında genel bir beklentiye sahip olmasını ifade eden bir özellik olarak ele alınmaktadır. Bu eğilim, güvenilen kişi hakkında herhangi bir somut bilgi bulunmadan önce ne derece güven duyulduğunu etkileyebilir. Kişilik yapıları, bireysel deneyimler ve kültürel geçmişler, kişilerin güvene yatkınlığını belirleyen faktörler arasında yer almakta ve bu eğilim kişiler arasında farklılık gösterebilmektedir. Bazı bireyler, güvenilmemesi gereken durumlarla karşılaşsalar bile sürekli olarak güvenmeye devam edebilirler; bu durum "kör güven" olarak adlandırılmaktadır. Modelde, güvenen kişinin güvenme eğilimi arttıkça, karşı taraf hakkında herhangi bir bilgi edinmeden güven duymanın daha önemli hale geldiği vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda, güvenen kişinin olası kazanç veya kayıplara dair inancı, algılanan risk olarak değerlendirilmiştir. Güven ilişkisinin oluşum sürecinde güvenin farklı seviyelerde olabileceğini öne süren bu model, güveni belirleyen üç temel unsur ortaya koymaktadır: yetenek, yardımseverlik ve dürüstlük (Mayer & ark., 1995: 709).

Yetenek: Bir bireyin veya tarafın belirli bir alanda etkili olmasını sağlayan bilgi, beceri ve yeterlilikler bütünüdür. Yetenek, alanına özgüdür; çünkü güvenilen kişi, özellikle rekabetin yoğun olduğu durumlarda, o alandaki görev ve sorumlulukları yerine getirme konusunda yetkin olma eğilimindedir.

Yardımseverlik: Güvenilen kişinin, herhangi bir kişisel çıkar gözetmeksizin, güvenen kişi için iyilik yapmaya istekli olmasıdır. Bu durum, taraflar arasında belirli bir bağın varlığını ve güvenilenin karşı tarafın yararını gözettiğini gösterir.

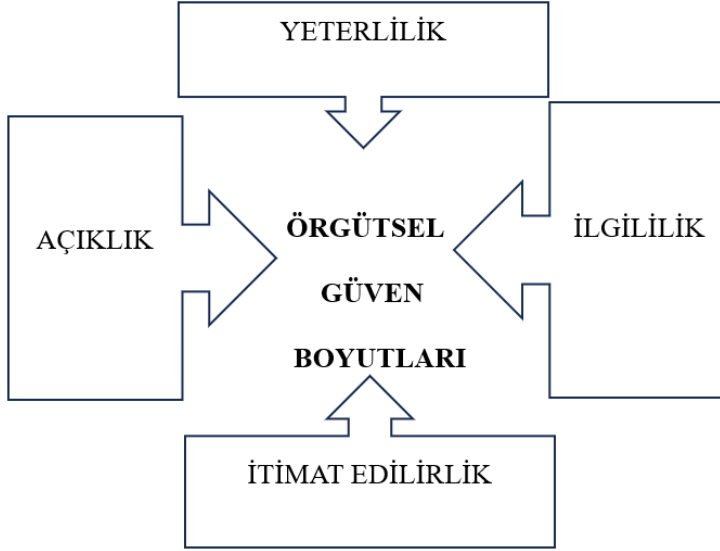
Dürüstlük: Güvenilen kişinin, güvenen tarafından kabul edilebilir bulunan etik ilkelere bağlı kalmasıdır. Bu ilkeler arasında geğmiş ve mevcut davranışların tutarlılığı, söz ve eylemler arasındaki uyum, adaletli ve iyi niyetli olma, ayrıca etik ve değerlerle uyum gösterme yer alır.

Risk: Güvenen kişinin, güvenilen ile olan ilişkisi çerçevesinde olası kazanç ve kayıplar hakkındaki inancını kapsar. Güvenmek her zaman bir şeyi riske atmayı gerektirmez; ancak güvene dayalı bir eylemde bulunmak, belirli bir risk üstlenmeyi içerir. Güven, risk alma eğilimini ifade ederken, davranışsal güven ise bu riski fiilen üstlenmeyi ifade eder.

Mishra Güven Modeli

Mishra, güven modelini bireyler ve organizasyonlar için geliştirmiş ve güvenin oluşumunu etkileyen faktörleri şu şekilde tanımlamıştır: yetkinlik, şeffaflık, önemlilik ve güvenilirlik. Bu dört unsur, güvenin algılanmasında temel bir rol oynamaktadır. Şekil 3'te Mishra'nın güven Şekil 3'te Mishra'nın güven modelinin bileşenleri detaylı olarak incelenmiştir.

Şekil 1. Mishra Örgütsel Güven Boyutları



Kaynak: (Mishra, 1996).

Mishra'nın (1996: 261) güven modeline göre güvenin temel boyutları aşağıda açıklanmaktadır:

a. Yeterlilik Boyutu: Mishra'nın güven modelindeki ilk boyut yeterliliktir. Yeterlilik, çalışanların yöneticilerinin becerilerine ve örgütün hedeflerini gerçekleştirme kapasitesine duyduğu inancı ve güveni ifade eder. Örgüt içi ve örgütler arası ilişkiler bağlamında, güvenin yetkinlik boyutu değişim süreciyle ilişkilendirilmektedir. Bu boyut, örgütsel güven açısından, örgütün pazardaki varlığını sürdürebilme yeteneği ve etkili liderlik algısıyla bağlantılıdır (Mishra, 1996; Shockley-Zalabak & ark., 2000'den aktaran; Tüzün, 2007: 93).

b. Açıklık Boyutu: Mishra modelinin ikinci boyutu açıklıktır. Açıklık, yöneticilerin ve çalışanların iş ilişkilerinde

sergilediği şeffaflık ve dürüstlük algısını ifade eder. Yönetimde açıklık ve dürüstlük, liderler ile çalışanlar arasındaki güvenin temel unsurlarından biri olarak görülmektedir. Çalışanlar, yöneticilerinin açık ve dürüst olduğunu düşündüklerinde, örgüte olan güvenleri artar. Bu güvenin oluşumunda en büyük rolü yöneticiler üstlenir (Mishra, 1996: 261).

c. İlgililik Boyutu: Mishra'nın güven modelindeki üçüncü boyut ilgililiktir. İçtenlik ve merhamet, açıklıkla birleşerek ilgililik algısını oluşturur. Bu boyut, çalışanların liderlerinin kendilerine gösterdiği ilgiyi hissettiklerinde ortaya çıkar (Shockley-Zalabak & ark., 2000'den aktaran; Tüzün, 2007: 93). Mishra, ilgililiği, çalışanların liderlerinin refahlarını ve çıkarlarını koruyacağına dair duyduğu güven olarak tanımlamaktadır. Bu güven duygusu yalnızca ast-üst ilişkileriyle sınırlı kalmaz, aynı zamanda eşit düzeydeki bireyler arasında da oluşabilir (Mishra, 1996: 261).

d. Güvenilirlik veya İtimat Edilirlik Boyutu: Mishra modelinin dördüncü ve son boyutu güvenilirliktir. Bu boyut, bireylerin tutarlı ve güven veren davranışlar sergilemesiyle ilgilidir. Söylemler ile eylemler arasındaki uyum, güvenin oluşumuna katkı sağlarken, tutarsızlık ise güven seviyesini olumsuz etkileyebilir. Bir yöneticinin ya da liderin güvenilir olması, itimat edilebilirlik olarak tanımlanmaktadır. Yönetici ve çalışanlar arasındaki güven ilişkisi, tutarlı davranışlarla şekillenir ve iş ilişkilerine yönelik alınan kararlar bu güven temelinde gelişir (Tüzün, 2006: 93).

Bromiley ve Cummings'in Güven Modeli

Mishra'nın güven modeli, hem bireyler arası ilişkilerde hem de örgütsel güven bağlamında uygulanabilirken, Bromiley ve Cummings'in güven modeli bireysel ve örgütsel güveni birbirinden ayırmaktadır. Bireysel güven, bireyin kendi ilişkilerinde geliştirdiği beklentileri ifade ederken, örgütsel güven ise bireyin örgüt içindeki

ilişkilerinden doğan beklentileri olarak tanımlanabilir (Tüzün, 2007: 93).

Bromiley ve Cummings (1996), güveni, bir bireyin veya grubun başka bireyler ya da gruplar hakkındaki ortak inançları olarak ele almaktadır. Güven kavramı, bir kişi hakkında olumlu düşüncelere ve duygulara sahip olmayı, dürüst olmayı ve karşı taraftan da dürüstlük beklemeyi içerir. Aynı zamanda, herhangi bir koşulda karşısındaki birey ya da gruptan kişisel çıkar sağlamayı beklememeyi de kapsar (Akt: Tüzün, 2006: 40).

Örgütsel güvenin oluşumunda, bireylerin güvenme eğilimi, güvenilen kişinin nitelikleri ve risk faktörü önemli değişkenler olarak öne çıkmaktadır. Güvenilen kişinin sahip olması gereken özellikler; yetkinlik, yardımseverlik ve dürüstlük şeklinde tanımlanmıştır. Yetkinlik, bir bireyin belirli bir alandaki gelişmiş becerileri ve yeterliliğini ifade eder ve bu durum, ilgili konularda ona duyulan güveni artırır. Yardımseverlik, güvenilen kişinin, herhangi bir karşılık beklemeक्सizin güvenen kişiye destek olduğu ilişkiyi tanımlar. Dürüstlük ise, bireylerin geçmiş eylemleriyle tutarlılık göstermesi, güvenilen kişi hakkında olumlu görüşlerin bulunması, adalet duygusunun güçlü olduğuna dair inanç ve kişinin sözleri ile davranışları arasındaki uyumun derecesi olarak açıklanmaktadır (Mayer & ark.,1995: 719).

Güven Kavramının Sınıflandırılması

Literatür incelendiğinde, güvenin üç temel boyutu olduğu görülmektedir: hesaplamaya dayalı güven, bilgiye dayalı güven ve özdeşleşmeye dayalı güven (Tüzün, 2006: 187).

Hesaba Dayalı Güven

Hesaba dayalı güven, bireylerin risk alma eğilimleri ve karşı tarafın tutarlı davranışları çerçevesinde şekillenen bir güven türüdür (Tüzün, 2007: 93). Bu güven türünde, kişilerin sözleriyle

eylemlerinin uyumlu olacağına inanıldığı varsayılır (Artantaş, 2019: 26). İnsanlar, karşı tarafın sözleri ve davranışları arasındaki tutarsızlıkların olası sonuçlarından kaçınma eğiliminde oldukları için güvenmek zorunda kalabilirler. Bu bağlamda, hesaba dayalı güven; güvenin maliyet, fayda ve potansiyel risklerinin sezgisel olarak değerlendirildiği bir boyut olarak ele alınmaktadır (Halis, Gökgöz & Yaşar, 2007: 187). Güvenin, tarafların birbirini gözlemlediği süreç boyunca geliştiği ve uzun vadede sağlam bir ilişkinin temelini oluşturduğu kabul edilmektedir. Başka bir deyişle, bireylerin karşı tarafın eylemlerinin sonuçlarını analiz ederek, kendilerine bir yarar sağlayıp sağlamayacağını rasyonel bir şekilde değerlendirmeleri sonucu oluşan bir güven türüdür (Gültekin, 2017: 43).

Bilgiye Dayalı Güven

Güvenin ikinci boyutu, bilgiye dayalı güven olarak tanımlanmaktadır. Bu boyutta, birey kime, hangi koşullar altında ve hangi sebeplerle güveneceğini bilinçli bir şekilde belirler. Bilgiye dayalı güven, karşı tarafın davranışlarının öngörülebilir olmasına dayanır. Başka bir deyişle, kişinin karşıısındaki birey hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve onun hareketlerini tahmin edebilmesi bu güven türünün temelini oluşturur. Bu güven biçiminde, tehdit, korku ve şüphe gibi duygular yerine, doğrulanmış bilgilere dayalı olumlu beklentiler ön plandadır. Gerçek anlamda güvenin bu noktada başladığı kabul edilmektedir (Asunakutlu, 2001:1, İşcan & Sayın, 2010:195, Şahbudak, 2016: 41). Bilgiye dayalı güven özellikle iş hayatında ve çalışma ortamlarında sıkça karşılaşılan bir güven boyutudur (Halis, Gökgöz & Yaşar, 2007: 187).

Özdeşleşmeye Dayalı Güven

Güvenin üçüncü ve son boyutu özdeşleşmeye dayalı güvendir. Bu güven türünde, bireyler arasındaki ilişkide tarafların birbirine yönelik tutum ve davranışları ön plana çıkmaktadır. Kişi,

karşısındaki bireyin yerine kendini koyarak, onun istek ve beklentilerini dikkate alarak hareket eder. Bu süreçte, bireyin olumlu ve olumsuz duygularının açığa çıkması güven duygusunun gelişmesine katkı sağlar (Yavuz, Aksoy & Yayla, 2014: 87). Karşısındaki kişinin güvenini kazanmak isteyen birey, duygusal yatırımlarda bulunur, ona özen gösterir ve zamanla bu karşılıklı etkileşim, güçlü bir duygusal bağ oluşturarak güvenin temelini oluşturur (Çetinel, 2008: 98).

Örgüt Kavramı

Örgüt kavramı, birçok araştırmacı tarafından çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bu tanımlardan bazıları aşağıda sıralanmıştır: Yağmurlu (2004: 31), örgütü, bir grup insanın ortak bir amaç doğrultusunda hareket etmesi ve gerektiğinde fiziksel araçları da kullanarak belirli bir yönetim sistemi altında faaliyet göstermesi olarak tanımlamıştır. Çelik (2007: 98) ise örgütü, birden fazla bireyin ortak hedeflerini gerçekleştirmek amacıyla eksikliklerini tamamlayacak şekilde iş bölümü yaparak, belirli bir sistem ve kabul görmüş kurallar çerçevesinde oluşturdukları bir yapı olarak ifade etmiştir. Bu bağlamda örgüt, bireylerin ortak bir amacı gerçekleştirmek için iş birliği yaparak etkileşimde bulunduğu bir yapı olarak tanımlanabilir.

Örgütsel Güven

Örgütsel güven, çalışanların yöneticilere, iş arkadaşlarına ve kuruma karşı duyduğu güven duygusunu ifade eder. Çalışanların, örgütün adil, dürüst ve tutarlı davrandığına inanması, örgütsel güvenin temelini oluşturur. Bu güven, yöneticilerin açık ve şeffaf iletişim kurması, çalışanların görüşlerine değer vermesi ve organizasyon içindeki etik kuralların istikrarlı bir şekilde uygulanmasıyla güçlenir. Yüksek örgütsel güven, çalışanların iş tatminini, bağlılığını ve verimliliğini artırırken, güven eksikliği iş yerinde stres, çatışma ve motivasyon kaybına yol açabilir.

Örgütsel güven, kültürel ve etik değerler, bireylerin günlük yaşamı ve iş deneyimleri gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilen bir kavramdır. Aynı zamanda, kişiler arası ilişkilerden doğan bir olgudur. Güvenin güçlü olduğu toplumlar ya da örgütlerde, örgütsel faaliyetlerin daha verimli bir şekilde yürütülmesi, başarının artmasıyla birlikte, örgütün genel performansı ve verimliliği de yükselmektedir (Terekli, 2010: 27). Güven hem bireyler hem de örgütler seviyesinde gelişir ve benzer özellikler taşısa da, kişiye güven ile örgütsel güven ayrı kavramlardır. Kişiye güven, bireyler arasındaki farklılıklara dayanır ve kişisel bir nitelik taşır; örgütsel güven ise daha çok kuruma odaklanır. Bu iki kavram farklı olsa da birbirleriyle ilişkili bir bağa sahiptir. Bireysel ilişkilerde güven ne kadar önemliyse, örgütsel ilişkilerde de o kadar kritik bir rol oynar (Demircan ve Ceylan, 2003: 139). Örgütsel güvenin bir diğer bileşeni, yöneticilere, çalışanlara ve terfi süreçlerine duyulan güvenle, genel örgütsel güven arasındaki benzer ilişkidir (Küskü, 1999: 45). Literatürde yapılan tanımlardan yola çıkarak, örgütsel güven kavramı, “belirli hedeflerin gerçekleştirilmesi amacıyla örgütsel yapı içinde üyeler arasındaki ilişkilerde doğruluk, inanç, sadakat ve samimiyet gibi değerlerin oluşturulduğu ve bu değerlerin davranışlarla görünür hale geldiği bir süreç” (Arslan, 2009: 274) olarak ifade edilebilir.

Sağlık Kurumlarında Örgütsel Güven

Ülkelerin ekonomik kalkınma seviyeleri, gelişmişlik düzeyleri ve toplumlarının sağlık durumu arasında güçlü ve karşılıklı bir nedensellik bağı vardır. Ekonomik olarak belirli bir seviyeye ulaşan toplumlarda, sağlık alanına ayrılan kaynaklar artarken, bireylerin sağlık konusundaki bilinç düzeyleri de yükselmektedir. Aynı zamanda, sağlık koşullarındaki iyileşme ekonomik büyümeyi hızlandırıcı bir etkiye sahiptir. Yapılan araştırmalar, ekonomideki olumlu değişimlerin sağlık sektörünü de olumlu yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Sanayileşmenin artması ve gelir düzeyinin

yükselmesiyle birlikte, sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak tahsis edilmektedir (Ersöz, 2008: 96).

Sağlık sektöründe örgütsel güven, diğer sektörlerde olduğu gibi büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinde her hastanın teşhis, tedavi, bakım ve takip süreçleri farklılık gösterdiğinden, kurum içindeki güven ortamı kritik bir faktör haline gelmektedir. Ancak, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık alanında da çalışanlar arasında zamanla güvensizlik ortaya çıkabilir. Örgüte duyulan güvenin azalması, çalışanların kurumu terk etmesine neden olabilir ve bu durum, iş ortamının olumsuz yönde etkilenmesine, ekip çalışmalarında verimsizliğe, çalışan motivasyonunun düşmesine ve kurumun hedeflerinden uzaklaşmış bireylerin ortaya çıkmasına yol açabilir (Top, 2012: 258).

Örgütsel Güvenin Sonuçları

Örgütlerde güven seviyesinin yüksek olması, genellikle daha uyumlu bir çalışma ortamı sağlamaya, iş birliği ve koordinasyonu güçlendirmeye, verimli ekip çalışmaları oluşturmaya ve krizleri daha etkili bir şekilde yönetmeye katkıda bulunur (Arslan, 2017: 274). Güven, aynı zamanda, alternatiflerin varlığını sürdürebilmesinde, sağlam durduğunda, ilerlemeye açık olmasında, etkili bir iletişim kurulumunda ve verimliliğin sağlanmasında kritik bir rol oynamaktadır (Bökeoğlu & Yılmaz, 2008: 212).

Çalışanların yöneticilerine duyduğu güven, geri bildirim sağlama yetenekleri üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Ayrıca, güveni oluşturan unsurların, insan kaynakları yönetiminin temel bileşenleri olan eğitim ve gelişim, maaş, ödüllendirme, terfi, iş tanımı, iş güvenliği, performans değerlendirme ve geri bildirim gibi birçok alanda etkili olduğu ortaya konmuştur. (Early, 1986 Aktaran; Turan, 2019: 58)

Örgütlerde güven düzeyi yüksek olduğunda, çalışanların seslerini duyurma eğilimi de artmaktadır. Örgütsel güven ile çalışanların soslılığı arasında güçlü ve pozitif bir ilişki bulunmakta olup, güven seviyelerindeki yükseliş veya düşüş, çalışanların sosluluğunu de benzer şekilde etkilemektedir. Güvenin sağlandığı, açık iletişimin teşvik edildiğı ve gelişime açık ortamlar oluşturulduğunda, çalışanların görüş ve önerilerini ifade etme düzeyi de artmaktadır (Saygın & Atalay, 2022: 304)

Örgütsel güvenin yüksek olduğu kurumlarda çalışanlar fikirlerini daha açık şekilde ifade edebilir, örgüt içinde daha fazla katılım sağlar ve örgütsel sessizlik azalır. Güven ortamı sağlandığında çalışanlar çekingenlikten uzaklaşarak düşüncelerini paylaşmaya daha istekli hale gelirken, sağlıklı bir iletişim ortamı oluşur ve çalışanlar ile yöneticiler arasındaki etkileşim güçlenir. Aynı zamanda, güven duygusu çalışanların kuruma olan bağlılığını ve iş tatminini artırarak örgütsel verimliliğin yükselmesine katkıda bulunur. Çalışanların motive olması ve işlerini daha etkin bir şekilde yapmaları, örgütsel güvenin sadece bireysel değil kurumsal düzeyde de önemli etkileri olduğunu göstermektedir (Timiroğlu & Alioğulları, 2019: 243).

Örgütsel güvenin yüksek olması çalışanların duygusal bağlılığını güçlendirerek örgüte olan aidiyet duygusunu artırmaktadır. Çalışanlar, güven duydukları bir organizasyonda daha motive çalışmakta, işlerine ve kurumlarına daha fazla bağlılık göstermektedir. Ayrıca, örgütsel güvenin sağlandığı ortamlarda çalışanların stres düzeyi azalmakta, iş tatmini ve örgütsel vatandaşlık davranışları artmaktadır. Bununla birlikte, örgütsel sağlık algısının yüksek olduğu kurumlarda güvenin duygusal bağlılık üzerindeki etkisi daha da güçlenmekte, çalışanlar kendilerini daha değerli ve güvende hissetmektedir. Sonuç olarak, örgütsel güvenin varlığı, çalışanların hem bireysel performanslarını hem de kurumsal

verimliliği artırarak sürdürülebilir bir çalışma ortamı oluşturmaktadır (Taşlıyan, Güler & Kahveci, 2021: 509)

Örgütsel Sessizlik

Bu bölümde öncelikle sessizlik kavramının tanımı yapılacak sonrasında örgütsel sessizlik teorilerinden ve örgütsel sessizlik türlerinden bahsedilecektir.

Örgütsel Sessizliğin Tanımı

Sessizlik; örgüt çalışanlarının işle ilgili yaşadıkları sorunları bilinçli olarak yöneticilerine iletmemesi, görüş belirtmekten kaçınması ve suskun kalmayı tercih etmesi olarak tanımlanabilir (Çakıcı, 2010: 10). Çalışanlar, olası olumsuz tepkilerle karşılaşma ihtimalini göz önünde bulundurarak gerçek duygularını ifade etmekten kaçınabilirler.

Sessizlik, örgüt yaşamında hem olumlu hem de olumsuz birçok farklı amaca hizmet edebilir ve çok çeşitli anlamlar taşıyabilir. *Webster's Collegiate Dictionary* sessizlik kavramını beş farklı ancak birbiriyle bağlantılı şekilde tanımlamıştır: (1) Sessiz kalmanın etkisi veya durumu, konuşmaktan ya da gürültü çıkarmaktan kaçınmak, (2) Ortamda herhangi bir sesin veya gürültünün bulunmaması, (3) Konuşmama durumu ya da bilginin kasıtlı olarak paylaşılmaması, (4) İletişim ya da yazım hataları, (5) Unutulma, ilgisizlik, farkında olmama ve belirsizlik (Akt: Pinder & Harlos, 2001: 338).

Sessizlik, yalnızca sesliliğin karşıtı olarak değerlendirilmemelidir. Örneğin, çalışanların güvenlikle ilgili konularda bilinçli olarak sessiz kalmayı tercih etmesi, sessizliğin stratejik ve proaktif bir yönü olduğunu göstermektedir. Bu tür sessizlik, belirli bir amaç doğrultusunda bilinçli ve aktif bir şekilde sergilenen bir tutumdur (Erenler, 2010: 11). Bu perspektiften bakıldığında, sessizliğin stratejik bir şekilde kullanılması, örgütün

çıkarlarını güçlendirebilir ve işlevsel bir rol üstlenebilir (Şehitoğlu, 2010: 197).

Örgütsel Sessizlik Teorileri

Çalışanların sessiz kalmayı tercih etmelerini veya iş süreçleri boyunca sessizliğini korumalarını açıklamaya yönelik çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Bu teoriler, bireylerin sessizlik davranışlarını etkileyen nedenler arasında anlamlı ilişkiler olabileceğini ortaya koymaktadır.

Kendini Uyarlama Teorisi (Self Monitoring) :

Bireylerin çevresel koşullara, sosyal beklentilere ya da örgütsel dinamiklere uyum sağlamak amacıyla düşünce, tutum ve davranışlarında bilinçli ya da bilinçsiz olarak değişiklikler yapmalarını açıklayan bir yaklaşımdır. Bu teori, özellikle bireyin çevresiyle olan etkileşiminde denge kurma çabasını merkezine alır (Snyder 1974: 526).

Bekleyiş Teorisi, süreç kuramları kapsamında değerlendirilen bir yaklaşımdır. Bu teori, bireyin belirli bir davranışı neden gerçekleştirdiğini, bu davranışı neye göre yönlendirdiğini ve davranış sonrasında kendini nasıl kontrol ettiğini açıklamaya çalışır. Vroom'un Bekleyiş Teorisi ile Porter-Lawler Beklenti Kuramı gibi yaklaşımlar, bireylerin hangi hedefler doğrultusunda ve ne şekilde motive olduklarını incelemektedir (Alayoğlu & Doğan, 2015:5).

Fayda-Maliyet Analizi Teorisi, genellikle iktisat literatüründe kamu harcamalarına ilişkin karar alma süreçlerini açıklamak için kullanılan, özellikle marjinal seçimlerle ilişkilendirilen bir yaklaşımdır (Akalin, 1986:176). Her ne kadar bu teori öncelikle maliye alanıyla bağlantılı görünse de **örgütsel sessizlik** bağlamında da önemli bir yere sahiptir. Çalışanlar, bir konuda konuşup konuşmamaya karar vermeden önce bilinçli ya da bilinçsiz şekilde bir fayda-maliyet değerlendirmesi yaparlar. Yani,

iletişim kurma ya da sessiz kalma kararlarını kişisel çıkarlarını gözeterek şekillendirirler. Çünkü rgt içinde verilen tepkiler, bireye olumlu ya da olumsuz şekilde geri dönebilir. Bu tür durumlarda çalışanlar, hangi davranışın kendilerine daha fazla fayda sağlayacağını ya da olası riskleri en aza indireceğini hesap ederek karar verirler (Kahveci & Demirtaş, 2013:54). Bu çerçevede, araştırmacılar da bireylerin karşılaşabilecekleri olası sıkıntılarını göz önünde bulundurarak, davranış seçeneklerini fayda ve maliyet yönünden değerlendirme eğiliminde olduklarını vurgulamaktadır (akıcı, 2007:153).

Sessizlik (Suskunluk) Sarmalı Teorisi

Teoriye göre bireyler, sosyal dışlanma ya da yalnız kalma korkusu nedeniyle, toplumda baskın olan görüşe zıt fikirlerini açıkça ifade etmekten kaçınırlar. Zaman içinde bu durum, azınlıkta kalan fikirlerin kamusal alanda daha az görünür hle gelmesine, hatta yok sayılmasına neden olur. Böylece sessizlik sarmalı derinleşir; yani daha fazla birey kendi düşüncelerini bastırır ve hâkim görüş daha da güçlenmiş gibi görünür (Yıldız, 2013:235).

Örgütsel Sessizlik Türleri

Literatürde rgtsel sessizlik, genellikle amacı doğrultusunda üç temel boyutta sınıflandırılmaktadır.

Kabullenici Sessizlik (Acquiescent Silence):

Çalışanın düşüncelerini, önerilerini ya da görüşlerini ifade etmenin gereksiz ve etkisiz olduğuna inanarak sessiz kalmayı tercih etmesidir. Bu tür sessizlik, genellikle pasif bir tutumla ilişkilidir. Pasif davranışın bir sonucu olarak çalışan, örgütsel süreçlere katılım göstermemeye, yani süreçlerden uzak durmaya eğilimlidir. Bu durum zamanla çalışanın örgütle olan bağını zayıflatmasına ve içsel olarak geri çekilmesine yol açar. alışan, ifade ettiklerinin dikkate

alınmayacağı inancına sahip olduğunda, genel bir ilgisizlik hali ortaya çıkar; bu da onu örgütsel eylemlerden ve topluluk dinamiklerinden uzaklaştırır. Sonuç olarak, bireyler örgütsel problemlere karşı tepkisiz kalıp mevcut durumu sorgulamadan kabullenir ve alternatif çözümleri düşünmekten kaçınır. Bu sessizlik türü, değişime ve yeniliğe karşı kayıtsızlıkla karakterizedir (Van Dyne & ark., 2003: 1366).

Korunma/Savunma Amaçlı Sessizlik (Defensive Silence):

Çalışanın kendini koruma içgüdüsüyle sessiz kalması. Bu sessizlik türü, çoğunlukla korku ve kaygı temellidir ve bireyin dış tehditlerden zarar görmemek için düşünce, bilgi ya da görüşlerini paylaşmaktan kaçınması şeklinde ortaya çıkar. Diğer bir deyişle, çalışan bilinçli bir şekilde risk değerlendirmesi yaparak, olası olumsuz sonuçlara karşı kendini korumayı tercih eder. Örneğin, geçmişte olumsuz bir deneyim yaşamış bir çalışanın, bu durumu değiştirme gücüne sahip olduğuna inandığı bir kişiye ulaşana kadar ya da konunun kamuoyundan destek göreceği bir zamana kadar sessiz kalmayı sürdürmesi; yaşadığı adaletsizliği belirli bir süre boyunca içselleştirerek dile getirmemesi bu sessizlik türüne örnek teşkil eder (Çakıcı, 2010: 33).

Koruma Amaçlı Sessizlik (ProSocial Silence):

Bu tür sessizlik, kamu yararını ve özveriyi temel alır. Korunma amaçlı sessizlikten farklı olarak, birey bu durumda kişisel çıkarlarını değil, başkalarının iyiliğini gözeterek sessiz kalmayı bilinçli bir şekilde tercih eder. Çalışan, konuşmanın doğurabileceği olumsuz sonuçları değerlendirir ancak buna rağmen sessizliğini, başkalarına zarar vermemek veya örgütü korumak adına sürdürür. Örneğin, örgüt içinde yetersiz performans sergileyen bir arkadaşını yönetime şikâyet etmek yerine onu korumayı tercih etmek ya da örgüt aleyhine kullanılabilecek hassas bir bilgiyi dışarı sızdırmamak bu sessizlik türüne örnek olarak gösterilebilir (Çakıcı, 2010: 34).

Alparslan ve Kayalar'a (2012: 136) göre, çalışanların sessizlik yönelimleri; bireysel özellikleri, örgütteki yönetsel yapı, alt düzey yöneticilerin tutumları ve kurumun genel iletişim sistemi gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Örgüt içerisinde sessizlik ikliminin hissedilmesi durumunda, çalışanlar bu duruma tepki olarak sessizlik davranışı sergileyebilirler. Ancak bu davranışların hangi motivasyonla ortaya çıktığını, yani bunun ilgisizlik, uyum sağlama, boyun eğme, korku, kendini ya da ilişkileri koruma ya da prososyal eğilimlerden hangisine dayandığını analiz etmek önemlidir. Sergilenen sessizlik davranışlarının, örgütsel sessizlik ikliminin etkisinden mi yoksa bireysel ya da çevresel başka faktörlerden mi kaynaklandığını ortaya koymak hem teorik hem de pratik açıdan kıymetlidir. Çünkü nedenine bakılmaksızın, sessizlik hem çalışanlar hem de örgüt için çeşitli olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu durum, sessizliğin örgütler açısından yönetilmesi gereken kritik bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, çalışanların işte kalma isteklerini artıracak, yöneticileriyle daha etkili iletişim kurmalarını sağlayacak ve daha huzurlu bir çalışma ortamı sunacak stratejilerin geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Böylelikle, örgütler de farklı bakış açıları ve fikirlerin ortaya çıkmasına imkân tanıyan bir ortam sayesinde değişim süreçlerine daha hızlı ve etkili bir şekilde uyum sağlayabileceklerdir (Yeşilaydın ve Bayın, 2015: 104).

Sonuç

Bu çalışmada genel olarak örgütsel güven ve örgütsel sessizlik konularına yer verilmiş bu iki konu sağlık sektöründe yapılan araştırma bulguları ile desteklenerek tartışılmıştır. İlgili literatür ışığında sağlık sektöründe örgütsel güvenin çalışanların örgüt içindeki birçok davranışını etkilediği, çalışanların örgütsel güven düzeylerinin yüksek olmasının çalışan motivasyonu ve iş doyumu, işten ayrılma niyeti, örgütsel vatandaşlık ve örgütsel

sessizlik gibi davranışlarına olumlu katkılar sağladığını söylemek mümkündür.

Kaynakça

- Afşar Doğrusöz, L. (2023). Örgütsel güven ile örgütsel sessizlik ilişkisi: Bir üniversite hastanesi örneği. *Black Sea Journal of Health Science*, 6(3), 336-342.
- Akalın, G. (1986). Kamu ekonomisi. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları*.
- Alayoğlu, N., & Doğan, E. A. (2015). Örgüt kültürünün çalışan motivasyonuna etkileri: Belediyecilik sektöründe bir uygulama. *İstanbul Ticaret Üniversitesi, Dış Ticaret Enstitüsü, Tartışma Metinleri, İstanbul*.
- Alparslan, A., & Kayalar, M. (2012). Örgütsel sessizlik: Sessizlik davranışları, örgütsel ve bireysel etkileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (6), 136-147.
- Artantaş, E. (2019). *Kurum çalışanlarının öğrenen örgüt algılarının iş tatmini ve örgütsel güven algıları üzerindeki etkilerinin incelenmesi: Sağlık Bakanlığı örneği*. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı (Doktora Tezi).
- Asunakutlu, T. (2002). Örgütsel güvenin oluşturulmasına ilişkin unsurlar ve bir değerlendirme. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9, 1-13.

- Batmantaş, H., & Örücü, E. (2018). Örgütsel güven ile sinizm arasındaki ilişki: bir uygulama. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 18(36), 198-214.
- Bökeoğlu, Ö. Ç., & Yılmaz, K. (2008). İlköğretim okullarında örgütsel güven hakkında öğretmen görüşleri. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 54(54), 211-233.
- Bromiley, P. Ve Harris, J. (2006). Güven, işlem maliyeti ekonomisi ve mekanizmalar. Güven araştırması el kitabında. *Edward Elgar Yayıncılık*.
- Çakıcı, A. (2007). Örgütlerde sessizlik: Sessizliğin teorik temelleri ve dinamikleri. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 145-162.
- Çakıcı, A. (2010). Örgütlerde iş gören sessizliği neden sessiz kalmayı tercih ediyoruz? *Detay Yayıncılık*, Ankara.
- Carnevela, D. G., & Wechsler, B. (1992). Trust in the public sector: Individual and organizational determinants. *Administration and Society*, 23(4), 471-494.
- Çelik, G. G., Taşkıran, E., & Kara, G. (2021). Örgütsel güven ile sanal kaytarma arasındaki ilişkide yönetsel destek algısının düzenleyici etkisi. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 98-120.
- Çelik, M. (2007). Örgüt kültürü ve örgütsel vatandaşlık davranışı, Yayınlanmış doktora tezi, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum*.
- Çetinel, E. (2008). *Örgütsel güven ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişki üzerine bir örnek olay*. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.
- Çiftçi, G. E. (2015). Örgütsel sessizlik, işe yabancılaşma ve örgütsel güven ilişkisi. *Social Sciences Studies Journal*.

- Colquitt, J. A., Scott, B. A., & Lepine, J. A. (2007). Trust, trustworthiness, and trust propensity: A meta-analytic test of their unique relationships with risk taking and job performance. *Journal of Applied Psychology*, 92(4), 909–927.
- Demircan, N., & Ceylan, A. (2003). Örgütsel güven kavramı: Nedenleri ve sonuçları. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 10(2), 139-150.
- Demirel, Y. (2008). Örgütsel güvenin örgütsel bağlılık üzerine etkisi: tekstil sektörü çalışanlarına yönelik bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(2), 179-194.
- Doğrusöz, L. A., & Uluçay, A. P. (2023). Kültürün girişimcilik niyeti üzerindeki etkisinde algılanan isteğin moderatör rolü: İstanbul örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 15(1), 147-161.
- Erenler E., (2010). *İş görenler de sessizlik davranışının bazı kişisel e örgütsel özelliklerle ilişkisi: Turizm sektöründe bir alan araştırması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D., Ankara
- Ersan, H. (2018). *Sağlık kurumlarında örgütsel güven ve örgütsel vatandaşlık davranışı ilişkisi ve bir araştırma*. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetim Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).
- Ersöz, H. (2008). *Sağlık sektöründe örgütsel güven ve örgütsel vatandaşlık davranışı ilişkisi: Denizli ili örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi. Pamukkale Üniversitesi Akademik Arşiv Sistemi.
- Gençer Çelik, G., Taşkiran, E., & Taşkın, G. (2021). Örgütsel güven ile sanal kaytarma arasındaki ilişkide yönetsel destek

- algısının düzenleyici etkisi. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 98-120.
- Gültekin, D. (2017). *Sağlık çalışanlarında sanal kaytarma ve örgütsel güven arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).
- Gümüş, H. (2010). *Liderlik ve örgütsel güven arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Halis, M., Gökgöz, G. S., & Yaşar, Ö. (2007). Örgütsel güvenin belirleyici faktörleri ve bankacılık sektöründe bir uygulama. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(17), 187-205.
- Hosmer, L. T. (1995). Trust: The connecting link between organizational theory and philosophical ethics. *Academy of Management Review*, 20(2), 379-403.
- İşcan, Ö. F., & Sayın, U. (2011). Örgütsel adalet, iş tatmini ve örgütsel güven arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(4), 195-216.
- Kahveci, G., & Demirtaş, Z. (2013). Okul yöneticisi ve öğretmenlerin örgütsel sessizlik algıları. *Eğitim ve Bilim*, 38(167).
- Küskü, F. (1999), “Yöneten-Yönetilen İlişkisinde Güven: Ampirik Bir İnceleme”, *Amme İdaresi Dergisi*, 45- 69.
- Li, P. P. (2008). Toward a geocentric framework trust: An application to organizational trust. *Management and Organization Review*, 4(3), 413-439.
- Mannion, R. Ve Davies, Ht (2015). Sessizlik kültürleri ve ses kültürleri: Sağlık kuruluşlarında ihbarcılığın

- rolü. *Uluslararası Sağlık Politikası ve Yönetimi Dergisi*, 4 (8), 503-505. Doi: 10.15171/İjhpm.2015.120
- Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review*, 20(3), 709-734.
- Mcallister, D. J. (1995). Affect-and-cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Academy of Management Journal*, 38(1), 24-59.
- Mishra, A. K. (1996). Organizational responses to crisis: The centrality of trust. *Trust In Organizations: Frontiers of Theory and Research*, 261-287.
- Pelenk, A. (2010). *Güven kavramı: Sivil toplum örgütleri, medya, hükümet ve ticari kuruluşlara yönelik ampirik bir araştırma*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).
- Pinder, C. C., & Harlos, K. P. (2001). Employee silence: Quiescence and acquiescence as responses to perceived injustice. *Research In Personel and Human Resources Management*, 20, 331-369.
- Sağlam Ac. 2016. The effects of vocational high school teachers' perceived trust on organizational silence. *Journal of Education and Training Studies*, 4(5): 225-232.
- Saygın, E., & Atalay, K. D. (2022). Sağlık sektöründe örgütsel güvenin çalışan sesliliği ile ilişkisinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(1), 304-327.
- Sekmen, A. (2021). *Liderlik tarzlarının bağlılık, tatmin ve işten ayrılma niyeti etkisinde örgütsel güvenin aracılık rolü: Yiyecek ve içecek departmanları çalışanları üzerinde bir*

araştırma. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi,
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü (Doktora Tezi).

Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(4), 526.

şahbudak, M. (2016). *Örgütsel adalet ve örgütsel güven algılarının örgütsel vatandaşlık davranışı üzerine etkileri: Türk spor örgütü örneği.* Çukurova 87 Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitim ve Spor Anabilim Dalı (Doktora Tezi).

şehitoğlu Y., (2010). *Örgütsel sessizlik örgütsel vatandaşlık davranışı ve algılanan çalışma performansı ilişkisi,* Yayımlanmamış Doktora Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Gebze.

Taşkın, F., & Dilek, R. (2010). Örgütsel güven ve örgütsel bağlılık üzerine bir alan araştırması. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2(1), 37-46.

Taşlıyan, M., Güler, B., & Kahveci, N. (2021). Örgüte güvenin duygusal bağlılık üzerinde etkisinde örgütsel sağlık algısının aracılık rolü. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(1), 509-532.

Tayfun, A., & Çatır, O. (2013). Örgütsel sessizlik ve çalışanların performansları arasındaki ilişki üzerine bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 114-134.

Terekli, G. (2010). *Örgütsel güven boyutları ve iş tatmini ilişkisi: bir tekstil işletmesinde bir araştırma.* Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi).

Tezcan, M. (2022). *Kamu kurumu personellerinin örgütsel sinizm ve örgütsel güven ilişkisi çerçevesinde değerlendirilmesi: Atatürk Orman Çiftliği örneği.* Kırşehir Ahi Evran

Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Tarım Ekonomisi
Anabilim Dalı.

- Timiroğlu, M. K., & Alioğulları, E. (2019). Örgütsel güvenin örgütsel sessizlik üzerindeki etkisi: Erzurum ili araştırma görevlileri üzerine bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 33(1), 243-264.
- Timuroğlu, K. M., & Çelik, E. (2018). Örgütsel güvenin motivasyona etkisi: Erzurum ili kamu hastaneleri üzerine bir uygulama. Afyon Kocatepe Üniversitesi. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(1), 69-86.
- Top, M. (2012). Hekim ve hemşirelerde örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş doyumunu profili. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 41(2), 258- 277.
- Turan, M. F., & Çınar, Ö. (2019). *Örgütsel sessizlik ile örgütsel güven arasındaki ilişkinin incelenmesi: Ağrı örneği*. Hiperlink Eğit. İlet. Yay. San. Tic. Ve Ltd. Sti..
- Turgut, M., & Akbolat, M. (2017). Örgütsel vatandaşlık davranışı, örgütsel özdeşleşme ve örgütsel sessizlik ilişkisine yönelik sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(3), 357-384.
- Türe, A., & Akkoç, İ. (2020). Hemşirelerde çalışma ortamında algılanan güvenin iş doyumunu düzeylerine etkisi. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 136-152.
- Tüzün, İpek, K., (2006), “Örgütsel güven, örgütsel kimlik ve örgütsel özdeşleşme ilişkisi; uygulamalı bir çalışma”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Tüzün, İ. K. (2007). Güven, örgütsel güven ve örgütsel güven modelleri. *Kahramanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2007(2), 93-118.

- Örücü, E., & Özüdoğru, M. (2018). Örgütsel güven ile sanal kaytarma davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 66-80.
- Özdere, Z. (2015). Öğretmen algılarına göre okul müdürlerinin yeterlilik düzeyleri ile örgütsel güven düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi (Beykoz ilçesi örneği). Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.
- Van Dyne, Linn, Soon Ang ve Isabel C. Botero (2003); “Conceptualizing employee silence and employee voice as multidimensional constructs”, *Journal of Management Studies*, 40(3), 1359-1392.
- Yağmurlu, A. (2004). Örgüt kurumları ve iletişim, *Amme İdaresi Dergisi*, 37(4), 31-55.
- Yalçın B. 2017. Örgütsel sessizlik davranışı ölçeğinin geliştirilmesi ve hemşirelerin örgütsel sessizlik düzeylerinin belirlenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, P: 96.
- Yavuz, E., Aksoy, M., & Yayla, Ö. (2014). Enhancing employee success in organizations as a process: Justice, Confidence and Commitment. *American International Journal of Contemporary Research*, 4(4), 87-98.
- Yeşilaydın, G., Bayın. G. (2015). Türkiye'de örgütsel sessizlik ile ilgili yapılan araştırmalara yönelik literatür incelemesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4,3-120.
- Yıldız, S. (2013). Sessizlik sarmalı kuramı bağlamında kamu çalışanlarının sessizlik eğilimleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (29), 235-248.

- Yılmaz, F., Pülat, R., & Söyük, S. (2020). Sağlık çalışanlarında örgütsel sessizlik ve örgüt kültürü ilişkisi üzerine bir inceleme. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 9(3), 1-20.
- Zhaou, Y., Lu, Z., Cheng, X., & Li, J. (2022). The effect of organizational trust on turnover intention of rural kindergarten teachers: The mediating role of teaching efficacy and job satisfaction. *International Journal of Environmental*.

BÖLÜM 2

SAĞLIK KURUMLARINDA DENGELİ PUAN KARTI VE STRATEJİ HARİTALARININ ÖNEMİ

MUSTAFA ORHAN¹

Giriş

Sağlık hizmetleri, modern endüstrilerde benzeri görülmemiş bir hızda gelişmekte ve bu da verimli bir stratejik planlama sürecine girmeyi zorlaştırabilmektedir. Teknolojik sıçramalar, yaşlanan nüfus ve hizmet yapısındaki gelişmeler, dünya çapındaki sağlık sektörü için belirsiz bir gelecek ortaya koymaktadır.

Dengeli puan kartı, kuruluşların stratejik hedeflerini dört temel boyutta yapılandırarak performans ölçümünü dengelemeyi amaçlar ve her bir boyutun birbiriyle nasıl etkileşim içinde olduğunu gösterir. Ancak bu etkileşimin daha iyi anlaşılabilmesi ve stratejilerin sahaya etkin bir şekilde yansıtılabilmesi için tek başına bir skor tablosu oluşturmak yeterli olmayabilir. Bu bağlamda geliştirilen Strateji Haritaları, kurumların vizyon ve stratejilerini görsel, bütünsel ve neden-sonuç ilişkileri temelinde ifade eden önemli bir araç olarak öne çıkabilir. Strateji haritaları, stratejik hedefler arasındaki bağlantıları şeffaflaştırarak kurumsal

¹ Arş. Gör., Dr., İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, İzmir, ORCID ID: 0000-0002-4598-1717

performansın yönetilmesini ve tüm çalışanların stratejik hedeflere uyumunu kolaylaştırmaktadır.

Öyleyse, bir sağlık kuruluşu bakımı iyileştirecek, verimliliği artıracak, erişimi genişletecek, maliyetleri düşürecek ve sağlıklı büyümeye katkıda bulunacak bir stratejiyi nasıl etkili bir şekilde planlayabilir? Stratejik planların uygulamasında haritalama yapmak sorunun cevabı olabilir. Stratejik planlama sürecinizin haritasını çıkarmanın en açık avantajı, haritanın vizyonları, değerleri ve hedefleri sağlam uygulamaya dönüştürecek kararlar almak için basit ve açık bir çerçeve sağlamasıdır. Bu sayede organizasyon içinde daha fazla sinerji ve uyumdan bahsedilebilecektir.

1. PERFORMANS ÖLÇÜMÜ

Performans değerlendirme, geçmiş planların ve stratejilerin uygulanmasının, kuruluşların işletme faaliyetlerinin, çalışanların katılım oranlarının ve rekabet oranlarının karşılaştırılmasına yönelik bir değerlendirme modelidir. Ayrıca değerlendirme modeli, tüm organizasyonların nihai hedefine ulaşmak için organizasyonların gelecek stratejilerini planlamalarına ve çalışanların performans hedeflerini belirlemelerine yardımcı olmaktadır (Wu, Lin, & Chang, 2011:39).

Performans ölçümü, politika yapıcılara sağlık sistemi iyileştirmesini ve hesap verebilirliği güvence altına almak için büyük bir fırsat sunmaktadır. Rolü ise; hastalar, uygulayıcılar, yöneticiler, sigortacılar ve diğer ödeyenler, politikacılar ve mali destekçiler olarak vatandaşlar dahil olmak üzere sağlık sistemi içindeki tüm aktörler tarafından alınan kararların kalitesini iyileştirmektir (Smith, Mossialos, Leatherman, & Papanicolas, 2009:2).

Sağlık kurumları, hastaneler, ayakta tedavi klinikleri ve ameliyat merkezleri, bakım evleri ve evde sağlık hizmetlerinden oluşan entegre sağlık sistemlerine dönüştükçe performansı yönetmek ve ölçmek son derece karmaşık hale gelmektedir. Entegre

sağlık sistemlerinin liderlerinin, kurumsal stratejileri performans ölçümü ve yönetimi ile uyumlu hale getiren bir metodoloji ve sistem geliştirmesi gerekmektedir. Bu amaca ulaşmak için, birden fazla sağlık kuruluşu, "dengeli puan kartı" veya "gösterge tablosu raporu" olarak bilinen performans göstergeleri raporlama sistemini benimsemektedir. Bu ayrı makro düzey göstergeler seti, üst yönetime, kuruluşun kalite, operasyonel ve finansal hedeflerini karşılamadaki performansına hızlı ama kapsamlı bir bakış sağlamaktadır (Curtright, Stolp-Smith, & Edell, 2000:60).

Dengeli puan kartı özellikle sağlık gibi çalkantılı endüstrilerdeki kuruluşlar için uygundur. Pek çok kurum, hastaneler, ayakta tedavi klinikleri ve ameliyat merkezleri, bakım evleri ve evde sağlık hizmetlerinden oluşan entegre sağlık sunum sistemlerine dönüşmektedir. Dinamik bir ortamda faaliyet göstermenin baskıları genellikle organizasyonel başarı için kritik öneme sahip faktörlerin göz ardı edilmesine yol açar. Dengeli puan kartları kritik faktörlerin her birini bir araya getirir ve yönetime sistem odaklı bir yaklaşımın geliştirilmesini kolaylaştırır (Curtright & ark., 2000:60; Voelker, Rakich, & French, 2001:14).

1.1. DENGELİ PUAN KARTI'NIN TANIMI VE KAPSAMI

Bir şirketin performansını kazandığı parayla değerlendirmek yaygın bir uygulamadır. Bir şirketin ayakta kalabilmek için sürekli olarak kâr elde etmesi gerektiği doğrudur. Aslında, kâr marjı, yatırım getirisi, öz sermaye getirisi, hisse başına kazanç, vb. gibi göreceli karlılık ölçümleri, şirketlerin performansını derecelendirmek için kullanılan sonuçlardır. Ancak, bir şirketin hayatta kalması yalnızca karlılığa bağlı değildir; Uygulamadaki yöneticiler, tamamen mali odaklanmanın birkaç onarılamaz olumsuz sonuca yol açtığını zor yoldan öğrenmişlerdir. Maddi varlıklara dayalı ürün güdümlü bir ekonomiden, maddi olmayan varlıklara dayalı bir bilgi ve hizmet ekonomisine doğru eğilim onlarca yıldır devam etmektedir. Başarılı

şirketlerin yöneticileri, mali önlemlerin, aylar veya yıllar önce meydana gelen ve şu anda üzerinde herhangi bir kontrolleri olmayan sayısız olaya bağlı olan "olaylardan sonra" veya "gecikmeli" performans göstergelerinden olduğunun farkındadır (Kaplan, Kaplan, Norton, Davenport, & Norton, 2004:4-5; Pandey, 2005:62).

Kaplan ve Norton bu karmaşayı gidermek için dengeli puan kartı kavramını önermişlerdir. Dengeli puan kartının temel amacı, daha yeterli ve daha iyi bir performans değerlendirme modeli elde etmek için tek bir finansal endeksin değerlendirilmesine odaklanan geleneksel performans sisteminin yerini almaktır. Bu kavram, sadece finansal muhasebeye dayanan geleneksel performans değerlendirme modelinden çıkar. Dengeli puan kartı için, finansal perspektif hala performans değerlendirme için temel göstergelerdendir ancak, Müşteri Boyutu, İç Süreçler Boyutu, Öğrenme ve Gelişme Boyutu gibi diğer perspektifleri de performans değerlendirme yönteminin daha dengeli ve aynı zamanda teşvik eden örgütlerin etkinliğini sahip olmasını sağlamak için dahil edilmelidir (Kaplan & Norton, 2005:520).

Puan kartının dört perspektifi, kısa vadeli ve uzun vadeli hedefler arasında, istenen sonuçlar ile bu sonuçların performans etkenleri arasında ve zor nesnel ölçüler ile daha yumuşak, daha öznel ölçüler arasında bir dengeye izin verir. Bir dengeli puan kartındaki önlemlerin çokluğu kafa karıştırıcı görünse de, tüm önlemler entegre bir stratejiye ulaşmaya yönelik olduğu için uygun şekilde oluşturulmuş puan kartları bir amaç birliği içerir (Kaplan & Norton, 1996:56).

Dengeli puan kartı sadece organizasyon düzeyinde stratejik yönetim için değil, aynı zamanda sağlık sektöründe sağlık programlarının değerlendirilmesi, bakım ve iyileştirme projelerinin kalitesi, akreditasyon, klinik yollar ve ölçümü için de kullanılmıştır (Zelman, Pink, & Matthias, 2003:1-3). Bu şekli ile dengeli puan kartı hastane yönetiminin birçok ihtiyacını karşılayabilir.

DENGELİ PUAN KARTI'NIN BOYUTLARI

Bir kuruluşun maddi olmayan varlıkları, değerinin yüzde 75'inden fazlasını temsil ediyorsa, strateji formülasyonu ve uygulaması, maddi olmayan varlıkların harekete geçirilmesi ve hizalanmasını açıkça ele almalıdır (Kaplan & ark., 2004:5). Özellikle 1980'li yıllardan sonra maddi olmayan varlıkların değeri yıllar içerisinde artarak 1995'li yıllardan sonra toplam değer %75'ini geçmiştir (Kaplan & ark., 2004:4).

Dengeli puan kartı, yöneticilerin işletmeye dört önemli perspektiften bakmasına olanak tanır ve dört temel soruya cevap verir (Kaplan & Norton, 2005:520-5):

- Hissedarlara nasıl bakıyoruz? (Finansal Perspektif)
- Müşteriler bizi nasıl görüyor? (Müşteri Perspektifi)
- Hangi konuda üstün olmalıyız? (İç Süreçler Boyutu)
- İyileştirmeye ve değer yaratmaya devam edebilir miyiz? (Öğrenme ve Gelişme Perspektifi)

Finansal Perspektif

Finansal göstergeler, şirketleri analiz etmek ve karşılaştırmak için ortak bir dil sağlar. Kâr odaklı işletmeler için tipik hedefler, büyüme, kâr marjı, yatırım getirisi, ekonomik katma değer ve hissedar değeri için bir artıştır. Şirketler iki temel yaklaşımla ekonomik değeri artırır, bunlar; gelir artışı ve verimlilik. Finansal olarak başarılı olmak için hissedarlarımız bize nasıl görünmeli? sorusu sermaye getirisi, artan hissedar değeri ve varlık kullanımı gibi cevaplarla ölçülebilmektedir (Chavan, 2009:393-394; Kaplan & Norton, 2001; Pandey, 2005:51-52).

Finansal performans ölçütleri, hastanenin stratejisinin, uygulamasının ve icrasının kâr hanesine katkıda bulunup bulunmadığını gösterir. İdeal olarak, hastaneler kalite, üretkenlik ve hizmetteki iyileştirmelerin daha yüksek bir işletme marjına, ağırlıklı

vaka başına daha düşük ortalama maliyete veya daha fazla değişken gelire nasıl yol açacağını belirtmelidir. Finansal göstergeler uzun yıllardır hastane yöneticileri tarafından yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Cari oran, nakit oranı ve kazanılan faiz süreleri, hastanelerin ve hastane performansını zaman içinde ve endüstri standartlarıyla karşılaştırmak için kullandıkları muhasebe oranlarının örnekleridir (Baker & Pink, 1995:10).

Tablo 1.1. Finansal Perspektif İndikatör Örnekleri

Toplam Gelirin Toplam Maliyetlere Oranı	İlaç ve Malzeme Maliyeti
Yatak Başına Mevcut Maliyet	Ortalama Ayakta Tedavi Harcamaları
% Hastane Kesintileri	Toplam Maliyetlerin Personel Maliyetleri
Sermaye Harcamalarının Cari Maliyetlere Oranı	Günlük Yatak Başına Ortalama Harcama
Ortalama Hastanede Yatış Harcamaları	Yatak Başına Toplam Sabit Maliyet
Ağırlıklı Servis Talebi Başına Ortalama Maliyet	Vakıf Geliri
Faaliyet Kar Marjı	

Kaynak:Baker & Pink, 1995:10; Rahimi, Kavosi,Shojaei,& Kharazmi,2017:21-23

Müşteri Perspektifi

Dengeli puan kartının müşteri perspektifinde şirketler, seçtikleri müşteri ve pazar segmentlerini tanımlar. Müşteri perspektifi, şirketlerin temel müşterilerinin sonuç ölçümelerini - memnuniyet, sadakat, elde tutma, edinme ve kârlılık - hedeflenen müşteriler ve pazar segmentlerine göre ayarlamasına olanak tanır. Ayrıca, hedeflenen tüketiciye ve pazar segmentlerine sunacakları değer önermelerini açıkça belirleyip ölçmelerini sağlar. Vizyonumuza ulaşmak için müşterilerimize nasıl görünmeliyiz?

sorusuna ürün/hizmet özellikleri, müşteri ilişkileri, imaj ve itibar gibi cevaplarla ölçülebilmektedir (Chavan, 2009:397).

Dengeli puan kartı, yöneticilerin müşteri hizmetleri hakkındaki genel misyon bildirimlerini, müşteriler için gerçekten önemli olan faktörleri yansıtan belirli ölçülere çevirmelerini talep eder. Hastanelerin birçok farklı müşterisi olmasına rağmen, birincil olanlar hastalar ve aileleridir. Hastaların endişeleri; zaman, süreç kalitesi, hizmet, sonuç ve maliyet olmak üzere beş kategoriye ayrılır. Hastanenin performansına karar vermek için hastaların değerlendirmelerine bağlı olarak, hastaneyi performansını hastanın gözünden görmeye zorlamaktadır. Hasta memnuniyeti anketleri, hasta perspektifini değerlendirmek için en sık kullanılan araç olmaya devam etmektedir ve bu tür anketlere olan ilgi, hastaneler arasında giderek artmaktadır. Yine de, birçok yönetici ve klinisyen, bakımlarıyla ilgili hasta görüşlerinin değeri ve anlamı konusunda şüphe duymaktadır. Bu bilgiyi değerli görenler için bile, bu anketlerin içeriği ve en iyi anket yöntemleri ile ilgili önemli konular vardır. Birkaç geçerli ve güvenilir araç geliştirilmiştir, ancak yalnızca birkaç hastane bunları kullanmaktadır (Baker & Pink, 1995:8).

Tablo 1.2. Müşteri Perspektif İndikatör Örnekleri

Ortalama Kalış Süresi	Hastane Enfeksiyon Oranı
Yanlış Bölge Ameliyatı	Bir Hastaneden Gelen Yasal Şikayet
Yatak Devir Aralığı	Klinik Hatalar
Ameliyat Sırasında Yabancı Bir Cisim Bırakmak	Geceleri Nöbetçi Doktorlar
Yatak Doluluk	Yeniden Kabul Oranı
İlaç Hataları	Kabul Ameliyathanesi İçin Bekleme Süresi
Yatak Devir Hızı	% İş Kazaları
Kan Grubu Tipinde Yanlış	Acil Serviste Ortalama Kalış Süresi

Ölüm Oranı	Basınç Ülseri Oranı
Hasta Düşme Oranı	Acil Servis (ER) Bekleme Süresi
İptal Edilen İşlemler	Tıbbi Hatalar
Hastane Kazalarının Yaygınlık Oranı	Triyajdan Doktora Görünme Süresi
Tekrarlanan Ameliyatların Yüzdesi	Kişisel Memnuniyetle Taburcu Olma
Sentinel Olay Oranı	İğne ve Sivri Uçlu Yaralanma
Şikayetler	Hasta memnuniyeti anketi
Yönlendirmeler	

Kaynak: Baker & Pink, 1995:8-9; Rahimi & ark., 2017:21-23

İç Süreçler Perspektifi

İç süreçler perspektifinde, yöneticiler kuruluşun başarılı olması gereken kritik iç süreçleri belirler. Kritik dahili iş süreçleri, iş biriminin hedeflenen pazar segmentlerindeki müşterilerin değer önerilerini sunmasını ve hissedarların mükemmel finansal getirilere ilişkin beklentilerini karşılamasını sağlar. Hissedarlarımızı ve müşterilerimizi memnun etmek için hangi iş süreçlerinde başarılı olmalıyız? sorusuna; ürün ve hizmetler geliştirmek, ürün ve hizmetler sunmak ve "satış sonrası hizmetler" olarak verilen yanıtlar önemli göstergelerdir (Chavan, 2009:397; Kaplan & Norton, 1996:62).

Mükemmel performans, bir organizasyonda meydana gelen süreçlerden, kararlardan ve eylemlerden kaynaklanır. Yöneticilerin, hastaları ve diğer müşteri ihtiyaçlarını karşılamalarını ve etkili bakım sağlamalarını sağlayan kritik iç operasyonlara odaklanmaları gerekir. Dengeli puan kartına yönelik iç iş ölçütleri, hasta sonuçları, hasta sağlığı ve bakım memnuniyeti üzerinde en büyük etkiye sahip olan klinik ve iş süreçlerinden kaynaklanmalıdır. Örneğin, bakım kalitesini, personel becerilerini ve üretkenliği etkileyen faktörleri içermelidirler. Hastaneler ayrıca temel yetkinliklerini ve ilerleyici

hasta bakımı sağlamak için gerekli kritik teknolojileri ve becerileri belirlemeye ve ölçmeye çalışmalıdır (Baker & Pink, 1995:9).

Tablo 1.3. İç Süreçler Perspektifi İndikatör Örnekleri

Personel Memnuniyet Oranı	MRI yönlendirmeleri
Elektronik Tıbbi Kayıt Miktarı	Hastane enfeksiyonları
Personel Devir Hızı	SF-36 sağlık durumu ölçümleri
Hastalık İzni Günlerinin Toplam Çalışanlara Oranı	Ağırlıklı vaka başına hemşirelik saatleri
Kişi Başına Eğitim Harcamaları	Ortalama kalış süresi
Çalışan Devamsızlık Oranı	Hizmet hacimlerinde değişim yüzdesi
Ortalama İnternet Kullanım Saatleri	Rutin laboratuvar testi geri dönüş süresi
Çalışan Hastalık İzni Oranı	Temel sağlık durumu göstergesi

Kaynak: Baker & Pink, 1995:9; Rahimi & ark., 2017:21-23

Öğrenme ve Gelişme Perspektifi

Öğrenme ve Gelişme, kuruluşun uzun vadeli büyüme ve gelişme sağlamak için inşa etmesi gereken altyapıyı tanımlar. Müşteri ve dahili iş süreci perspektifleri, mevcut ve gelecekteki başarı için en kritik faktörleri tanımlar. İşletmelerin, günümüz teknolojilerini ve yeteneklerini kullanmadan, müşteriler ve dahili süreçler için uzun vadeli hedeflerine ulaşma olasılığı düşüktür. Ayrıca, yoğun küresel rekabet, şirketlerin müşterilerine ve hissedarlarına değer sağlama yeteneklerini sürekli olarak geliştirmelerini gerektirir. Vizyonumuza ulaşmak için değişim ve gelişme yeteneğimizi nasıl sürdüreceğiz? sorusuna; çalışan yetenekleri, bilgi sistemi yetenekleri, motivasyon, güçlendirme ve uyum gibi göstergelerin yanıtları önemli olarak değerlendirilebilir (Chavan, 2009:397; Kaplan & Norton, 1996:63).

Öğrenme ve gelişme, önlemlerin geliştirileceği en zorlu alandır, ancak bu önlemler, iyileştirme ve değişim için kurumsal kapasiteyi değerlendirdikleri için önemlidir. Hastaneler, rekabetçi sağlık hizmetleri ortamında başarılı olmak istiyorlarsa, mevcut hizmetlerinde sürekli iyileştirme yapmalı ve genişletilmiş yeteneklerle yeni hizmetleri uygulama becerisine sahip olmalıdır. Diğer endüstrilerde bu boyuta sıklıkla dahil edilen ölçüler arasında, şirketlerin yeni hizmetlerden veya teknolojilerden ne ölçüde kâr elde ettiklerini gösteren önlemler yer almaktadır. Hastaneler için teknoloji genellikle bir gelir kaynağı yerine bir maliyet olarak görülmektedir. Ancak diğer önlemler (örneğin, sermaye harcaması ve ekipman edinimi ölçüleri) bu kategoriye dahil edilebilir (Baker & Pink, 1995:10).

Öğrenme ve gelişme perspektifinin, hastanenin teknik, organizasyonel ve insan potansiyeli oluşturma ile bağlantılı hedefleri vardır. Bu hedefler; personelin niteliklerinin sürekli iyileştirilmesi, yatırımların sürdürülmesi, hastanenin dijitalleştirilmesi (elektronik belge akışının uygulanması), yeni tedavi yöntemlerinin tanıtılması ve modern ekipman satın alınması olarak ifade edilebilir (Niemic, 2016:72).

Tablo 1.4. Öğrenme ve Gelişme Perspektifi İndikatör Örnekleri

Personelin niteliklerinin sürekli iyileştirilmesi.	Yeni tedavi yöntemlerinin tanıtılması ve modern ekipman satın alınması.
Hasta Şikayet Oranı	Hastanenin bilgisayarlaştırılması
Aileler ve Ziyaretçiler İçin Tesisler	Hastaneyi mükemmel olarak değerlendirmek
Diğer Paydaşların Memnuniyeti	Sosyal Memnuniyet
Hasta Memnuniyet Yüzdesi	Hasta Şikayet Oranı

Kaynak: Baker & Pink, 1995:10-11; Niemic, 2016:72; Rahimi & ark., 2017:21-

Dengeli Puan Kartının Kullanımı

Dengeli puan kartının çok boyutlu olması, organizasyonda çalışan farklı profesyonel figürler (doktorlar, hemşireler, idari personel) için ortak bir dil bulmada özellikle yardımcı olmaktadır, bu da stratejik öncelikler ve bunların uygulanma yolları üzerinde görüş birliğine varmayı mümkün kılmaktadır (Ferrari & Merlini, 2006:119-135). Ayrıca dengeli puan kartı, yönetimin finansal ve klinik boyutları arasında ideal bir temas noktasını temsil edebilir. Dengeli puan kartının getirilmesi, iletişim arayüzlerinin geliştirilmesi sayesinde, bir organizasyonun ayrı organları arasında organizasyonel ve yönetsel entegrasyon süreçlerini destekler; aynı şekilde, bu organlar içindeki iç iletişimi artırarak, verimlilik ve etkililik kalitesinde aşamalı iyileşmeyi teşvik edebilmektedir (Baraldi, 2005; Verzola & ark., 2009:1).

Dengeli puan kartı sağladığı faydaların yanı sıra bazı zorlukları beraberinde getirebilir. Sağlık çalışanları tarafından yönetim tarafından önerilen bir ölçüm sistemi ve dolayısıyla potansiyel bir iş yükü olarak yorumlanabilir. Bu, modelin tüm düzeylerdeki personele açıklanarak ve kuruma getirebileceği iyileştirmelerin vurgulanmasıyla önlenmelidir. Organizasyonun bir bütün olarak tekdüze olmamasından ötürü, modelin "içselleştirilmesi" sürecinde, dengeli puan kartı uygulamasının potansiyel olumsuz etkileri ortaya çıkabilir (Verzola & ark., 2009:7).

Profesyonellere göre dengeli puan kartları önemlidir. Dengeli puan kartlarının artıları ve eksileri, deneysel çalışmaya katılan tüm çalışanların katıldığı bir takip toplantısında Şekil 1.1.'de gösterildiği gibi özetlenmiştir (Aidemark, 2001:32)

Şekil 1.1. Dengeli puan kartı kullanımı SWOT görünümü

Güçlü yönler • Bir diyalogu teşvik etmek	Zayıf yönler • Sağlık hizmetlerinde öncelik belirleme problemi
---	---

• Gerekli vizyonlar ve hedefler hakkında tartışmalar yapmak • Kaliteli iş için bir yapı oluşturmak • İletişim için bir dildir. • Birkaç düzeyde kullanışlıdır.	• Talepkar (yönetim, eğitim, BT desteği)
Fırsatlar • Strateji tartışmalarını teşvik etmektedir. • Katılım ve işbirliğine yol açan karşılaştırmayı teşvik etmek • Uzun vadeli planlama aracı	Tehditler • Belirsiz hırslar • Diyalog yerine yukarıdan aşağıya kontrol • Yetersiz Bilgi Teknolojisi desteği • Çok fazla kaynak tüketme (zaman ve insan)

Kaynak: Dengeli puan kartı ile çalışan profesyonellerle takip toplantısı Akt: Aidemark (2001:32)

1.3. STRATEJİ HARİTALARININ TANIMI VE KAPSAMI

Kaplan ve Norton, strateji haritasının "stratejiyi açıklamak için mantıksal ve kapsamlı bir mimari" olduğunu ve "bir kuruluşun stratejisi için kritik öğeleri ve bunların bağlantılarını belirlediğini" belirtmektedir (Kaplan & Norton, 2001). Stratejik haritalama, tüm unsurları ve değişkenleri birbirleriyle ve kuruluşun genel hedefleriyle bütünleştirmeye ve bağlamaya yardımcı olur (Pandey, 2005).

1.3.1. Strateji Haritaları Nedir?

Kaplan ve Norton'a göre strateji haritası, dengeli puan kartının tamamlayıcısı nitelikte bir stratejik yönetim aracıdır. Ancak müstakilen kullanılması da mümkündür. Strateji haritası kurumların stratejik önceliklerinin belirlenmesi, ifade edilmesi ve paylaşılması ile birlikte daha anlamlı hale gelmektedir. Belirlenen ve paylaşılan stratejik amaçlar kurum içerisinde bir öğrenme döngüsünün

oluşmasına da katkı sağlayarak strateji haritalarının asıl önemini göstermektedir (Biazzo & Garengo, 2012).

Doğrudan temas edilemeyen ve bilançoda ifade edilemeyen fakat değer yarattığı bilinen müşteri ilişkileri, yenilikçilik gibi varlıkların rekabet avantajı oluşturduğu bir dönemde strateji haritaları kritik bir rol üstlenmektedir. Örneğin, kurum stratejisini büyümeden yana kullandığında, müşteri bilgileri, satış becerileri, sahip olunan fiziki araçlar ve beklentiler tek başına anlamlı olmamaktadır. Strateji haritaları, ile maddi ve maddi olmayan bütün araçlar birbiri ile ilişkilendirilerek kullanılabilir (Kaplan & Norton, 2000).

Strateji haritalarını dizayn ederken Şekil 1.2’de görüldüğü üzere, yukarıdan aşağıya, hedeften başlayıp sonuca götürecek rotaları çizmektir. Kurum öncelikle neden var olduğunu ve neleri önemsedini belirlemelidir. Sonrasında vizyonu belirlemeli ve bu vizyona ulaştıracak stratejilerini ortaya koymalıdır (Kaplan & Norton, 2000). Kuruluşun kapsayıcı misyonu, kuruluşun neden var olduğunu veya bir iş biriminin daha geniş bir kurumsal mimariye nasıl uyduğunu tanımlayarak başlangıç noktası sağlar. Misyon ve ona eşlik eden temel değerler zaman içinde oldukça istikrarlı kalır. Kuruluşun vizyonu, kuruluşun yönünü netleştiren ve bireylerin kuruluşu neden ve nasıl desteklemeleri gerektiğini anlamalarına yardımcı olan bir geleceğin resmini çizer. Ek olarak, vizyon, misyonun ve temel değerlerin istikrarından süreklilikteki bir sonraki adım olan strateji dinamiklerine kadar organizasyonu harekete geçirir. Strateji, dış ortam ve iç yetenekler tarafından ortaya çıkan değişen koşulları karşılamak için zaman içinde geliştirilir ve gelişir (Kaplan & Norton, 2004:13).

Şekil 1.2. Uzun ve Kısa Vadeli Hedeflerin Uyumlaştırılması

MİSYON (İşletmemiz niçin var?)
DEĞERLER (İşletmemiz için neler önemli?)

VİZYON (İşletmemiz ne olmak istiyor?)			
STRATEJİ (İşletmemizin oyun planı)			
STRATEJİ HARİTASI (Stratejiyi aktarmak)			
DENGELİ ÖLÇÜM KARTI (Ölçme ve Odaklanma)			
HEDEFLER ve TEŞEBBÜSLER İşletmenin ne yapması gerekir ?			
KİŞİSEL AMAÇLAR Benim ne yapmam gerek ?			
			
Stratejik Sonuçlar			
Memnun hissedarlar	Tatmin olmuş müşteriler	Etkili ve verimli süreçler	Motive olmuş ve hazır işgücü

Kaynak: Kaplan, Robert, Kaplan, & Norton, 2001

1.3.2. Strateji Haritalarına Neden İhtiyaç Duyarız?

Lucianetti (2010:21) tarafından yapılan strateji haritalarına sahip olan ve olmayan dengeli puan kartı kullanıcıları üzerinde yapılan çalışmada; spesifik olarak, strateji haritası yokluğunun dengeli puan kartının performansını nasıl azaltabileceğini ve bunun karşılığında örgütsel rekabet gücünü nasıl etkileyebileceği ortaya koyulmuştur. Strateji haritalarına sahip dengeli puan kartının, daha iyi bir genel rekabet gücüne ve daha güçlü ortaklar/tedarikçiler ilişkilerine sahip olduğu görülmüştür. Genel olarak, bir strateji haritası modeli ile kullanılan dengeli puan kartı geliştirenler ile geliştirmeyenler arasında finansal performanstaki iyileşme algısında bir fark olduğu gözlemlenmiştir.

Strateji haritaları, dengeli puan kartı performans ölçüleri ile stratejik hedeflerin önüne geçen ilişkileri gösteren nedensel haritalardır. Strateji haritaları, yöneticilerin bir önlemin stratejik hedeflere (yani strateji ile bağlantı) ulaşılmasındaki göreceli önemini değerlendirmelerine olanak tanırırsa ve böylelikle genel bir kararı

formüle ederken dengeli puan kartı önlemlerini ağırlıklandırmak ve bir araya getirmek için yöneticilere ipuçları sağlarsa, yönetim kararlarına yardımcı olabilir (Banker, Chang, & Pizzini, 2011:260).

Bir stratejinin zamana dayalı dinamiklerini ve müşteri ve finansal perspektiflerde istenen sonuçları kritik iç süreçlerdeki olağanüstü performansa bağlayan ilişkileri gösterir. Bu süreçler sırayla kuruluşun değer önerisini yaratır ve hedeflenen müşterilere sunar ve finansal perspektifte verimlilik hedeflerini teşvik eder. Strateji haritası ayrıca kuruluşun maddi olmayan varlıklarında kritik iç süreçlerde olağanüstü performans sağlamak için gerekli olan belirli yetenekleri de tanımlar (Kaplan & ark., 2004:4).

Müşterilerin yanı sıra çalışanlar için değerlendirildiğinde; strateji haritası, dengeli puan kartı uygulayıcılarını ulaştırmak istedikleri belirli hedefler ve bunların nasıl ölçülmesi gerektiği hakkında düşünmeye zorlar. Ayrıca strateji haritası, dengeli puan kartını acemi kullanıcılara açıklamak için güçlü bir kolaylaştırıcı gibi görünmektedir çünkü izole sayılar yerine iş modeline dayanmaktadır (Lueg, 2015:34).

1.3.3. Strateji Haritalarının Oluşturulması

Strateji haritası, ölçümü, takibi ve değerlendirmesi güç olan maddi olmayan varlıkların nasıl değer oluşturma sürecine entegre edildiğini açıklıkla ortaya koyabilmektedir. Her kuruluşun isyonu, değerleri ve vizyonu değişebilmektedir. Örneğin, kar amacı güden kurumlarda finansal ekonomik perspektif birincil bir role sahipken, sağlık hizmetinde toplum sağlığına yönelik çıktılar daha önemli olmaktadır. İhtiyaç ve isteklerin karşılanması birinci hedeftir (Verzola & ark., 2009:3). Genel olarak en tepede, kuruluşun genel finansal stratejileri vardır. Finansal perspektif, stratejinin somut sonuçlarını geleneksel finansal terimlerle açıklar. Geliri artırmak, müşteri başına maliyeti düşürmek ve varlık kullanımını iyileştirmek gibi önlemler, kuruluşun stratejisinin başarılı mı yoksa başarısız mı

olduğunu gösteren göstergeleridir. Müşteri perspektifi, hedeflenen müşteriler için değer teklifini tanımlar. Değer önerisi, maddi olmayan varlıkların değer yaratması için bağlam sağlar. Müşteriler tutarlı kaliteye ve zamanında teslimata değer veriyorsa, kaliteli ürün ve hizmetler üreten ve sunan beceriler, sistemler ve süreçler kuruluş için son derece değerlidir. Müşteri yeniliğe ve yüksek performansa değer veriyorsa, üstün işlevselliğe sahip yeni ürünler ve hizmetler yaratan beceriler, sistemler ve süreçler yüksek değer kazanır. Eylemlerin ve yeteneklerin müşteri değer önerisiyle tutarlı bir şekilde hizalanması, strateji uygulamasının temelini oluşturur. Harita aşağı doğru bir akışta oluşturulur ve her boyut, üzerindeki boyutun yürütülmesine nasıl yardımcı olduğu bağlamında tamamlanır. Yukarı doğru akan okların görünüşte ters mantığına dikkat edildiğinde, aşağıdaki maddelerin yukarıdaki maddeleri nasıl elde edileceğini açıkladığını belirtmek için kullanılmaktadır (Kaplan & ark., 2004; Scholey, 2005:13).

İç süreçler perspektifi, strateji üzerinde en büyük etkiye sahip olması beklenen birkaç kritik süreci tanımlar. Örneğin, bir kuruluş, dahili Ar-Ge yatırımlarını artırabilir ve müşterileri için yüksek performanslı, yenilikçi ürünler geliştirebilmek için ürün geliştirme süreçlerini yeniden düzenleyebilir. Aynı değer önerisini sunmaya çalışan başka bir kuruluş, ortak girişim ürün ortaklıkları yoluyla yeni ürünler geliştirmeyi seçebilir (Kaplan & ark., 2004).

Öğrenme ve büyüme perspektifi, strateji için en önemli olan maddi olmayan varlıkları tanımlar. Bu perspektifteki hedefler, değer yaratan iç süreçleri desteklemek için hangi işler (insan sermayesi), hangi sistemler (bilgi sermayesi) ve ne tür bir iklim (organizasyon sermayesi) gerektiğini belirler. Bu varlıklar bir araya getirilmeli ve kritik iç süreçlerle uyumlu hale getirilmelidir (Kaplan & ark., 2004).

Her şeyden önce, strateji haritası, hedefleri görselleştirmek için yararlı bir araçtır. Bu görselleştirme, öncelikleri yansıtır ve hedefler arasındaki bağlantıyı ifade eder. Kritik olan, bu strateji

haritası hastanelerde diğer organizasyonlardan farklı olarak oluşturulmaktadır. Bunun temel nedeni, hastanenin sadece ekonomik amaçları değil, aynı zamanda sürdürülebilir kalkınma ile bağlantılı olan bir organizasyon olmasıdır. Çeşitli hedefler, belirli bir stratejik yönetim aracına ihtiyaç duyar. Strateji haritası, ilgili sağlık çalışanları için erişilebilir olan iş stratejisini gerçekleştirmek için çeşitli organizasyonel figürler arasında iş birliğini sağlayabilir. İş stratejisini her operasyonel birime atfedilen hedeflere getirir. Bununla birlikte, strateji haritası, yönetsel eylemlere rehberlik etmeye yönelik bir araçtır. Strateji, organizasyonun tüm seviyelerine iletilebilir ve kaynakların tahsisi stratejik hedefleri yansıtabilir (Niemieć, 2016:72).

Sağlık sektöründeki strateji haritası ve dengeli puan kartı uygulamaları, benzersiz çalışma ortamı nedeniyle belirli zorluklara tabi olmaktadır. Birincisi, kâr amacı gütmeyen kuruluşlardan farklı olarak, bir sağlık sisteminin veya bir sağlık kuruluşunun mali perspektifi, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve sonuçlarını iyileştirme gibi diğer kapsayıcı hedeflerle karşılaştırıldığında genellikle arka planda kalır. Bu nedenle, strateji haritasındaki farklı stratejik hedefler ve dengeli puan kartının performans perspektifleri arasındaki neden-sonuç ilişkilerini tanımlamak bazen zor olabilir (Chan, 2009).

SONUÇ

Dengeli puan kartı ve Strateji haritaları, sağlık kurumlarında stratejik planlama ve performans yönetimi için temel araçlar olarak hizmet vermektedir. Bu çalışma, hızlı teknolojik ilerlemeler, yaşlanan nüfus ve değişen hizmet talepleri tarafından yönlendirilen sağlık sektörünün çok yönlü zorluklarının ele alınmasındaki önemlerinin altını çizmektedir. Dengeli puan kartı; finansal, müşteri, iç süreç ve öğrenme ve büyüme perspektiflerini bütünleştiren kapsamlı bir çerçeve sunarak sağlık kuruluşlarının performans

değerlendirmesine dengeli bir yaklaşım getirmelerini sağlamaktadır. Strateji haritaları ile tamamlandığında, bu kurumlar stratejik hedefler arasındaki neden-sonuç ilişkilerini görsel olarak temsil edebilir, kurumsal uyumu teşvik edebilir ve karar verme netliğini artırabilir. Sağlık hizmetlerinde dengeli puan kartı ve strateji haritaları, kaynakların bakım kalitesinin iyileştirilmesi, operasyonel verimliliğin artırılması ve hasta memnuniyetinin artırılması gibi hedeflerle uyumlu hale getirilmesini kolaylaştırır. Bununla birlikte, dengeli puan kartının ek bir idari yük olarak algılanması ve kar amacı gütmeyen sistemlerde net nedensel bağlantıların kurulmasındaki zorluklar gibi uygulama zorlukları devam etmektedir. Dengeli puan kartı uygulamasının SWOT analizi, iletişimi teşvik etmek ve kalitenin artırılması için yapılandırılmış bir yaklaşım sağlamak gibi güçlü yönlerini vurgularken, sağlam BT altyapısı ve etkili önceliklendirme stratejilerine duyulan ihtiyaç gibi zayıf yönlerine de dikkat çekmektedir.

Sonuç olarak, dengeli puan kartı ve strateji haritalarının entegre kullanımı, sağlık kurumlarını karmaşık ortamlarda gezinmek, stratejileri operasyonel çabalarla uyumlu hale getirmek ve sürdürülebilir sonuçlar elde etmek için donatmaktadır. Gelecekteki araştırmalar, bu araçları sağlık hizmetlerine özgü ihtiyaçlara göre uyarlamaya ve kurumsal performans üzerindeki etkilerini en üst düzeye çıkarmak için yeni teknolojilerle sinerjilerini keşfetmeye odaklanmalıdır.

Kaynakça

- Aidemark, L. G. (2001). The meaning of balanced scorecards in the health care organisation. *Financial Accountability & Management*, 17(1), 23-40.
- Baker, G. R., & Pink, G. H. (1995). A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals. *Healthcare Management Forum*, 8(4), 7-13. doi:10.1016/s0840-4704(10)60926-x
- Banker, R. D., Chang, H., & Pizzini, M. (2011). The judgmental effects of strategy maps in balanced scorecard performance evaluations. *International Journal of Accounting Information Systems*, 12(4), 259-279.
- Baraldi, S. (2005). *Il Balanced Scorecard nelle aziende sanitarie*: McGraw-Hill Education.
- Biazzo, S., & Garengo, P. (2012). *Performance measurement with the balanced scorecard*: Springer.
- Chan, Y. C. L. (2009). How strategy map works for Ontario's health system. *International Journal of Public Sector Management*.
- Chang, W.-C., Tung, Y.-C., Huang, C.-H., & Yang, M.-C. (2008). Performance improvement after implementing the Balanced Scorecard: A large hospital's experience in Taiwan. *Total Quality Management*, 19(11), 1143-1154.
- Chavan, M. (2009). The balanced scorecard: A new challenge. *Journal of Management Development*, 28(5), 393-406.
- Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C., & Edell, E. S. (2000). Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic. *Journal of Healthcare Management*, 45(1), 58-68.
- Ferrari, D., & Merlini, L. (2006). Vincere la sfida della governance: l'introduzione della Balanced Scorecard all'Asl di Pavia. *Mecosan*(59), 119-135.
- Kaplan, R. S., Kaplan, R. E., Norton, D. P., Davenport, T. H., & Norton, D. P. (2004). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*: Harvard Business Press.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996a). Linking the balanced scorecard to strategy. *California Management Review*, 39(1), 53-79.

- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2000). Having trouble with your strategy? Then map it. *Focusing Your Organization on Strategy—with the Balanced Scorecard*, 49.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2001). Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: Part I. *Accounting Horizons*, 15(1), 87-104.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2004). The strategy map: guide to aligning intangible assets. *Strategy & Leadership*, 32(5), 10-17.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2005). The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 83(7), 172.
- Kaplan, Robert S., and D. P. Norton. The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment. Boston, MA: Harvard Business School Press, 2000.
- Lucianetti, L. (2010). The impact of the strategy maps on balanced scorecard performance. *International Journal of Business Performance Management*, 12(1), 21-36.
- Lueg, R. (2015). Strategy maps: the essential link between the balanced scorecard and action. *Journal of Business Strategy*. 36(2), 34-40
- Niemiec, A. (2016). Strategic Map for hospital management: perspectives and priorities. *Economics & Sociology*, 9(3), 63-75.
- Pandey, I. (2005). Balanced scorecard: myth and reality. *Vikalpa*, 30(1), 51-66.
- Rahimi, H., Kavosi, Z., Shojaei, P., & Kharazmi, E. (2017). Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. *Journal of Health Management & Informatics*, 4(1), 17-24.
- Scholey, C. (2005). Strategy maps: a step-by-step guide to measuring, managing and communicating the plan. *Journal of Business Strategy*, 22(2), 12-19.
- Smith, P. C., Mossialos, E., Leatherman, S., & Papanicolas, I. (2009). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*: Cambridge University Press.

- Verzola, A., Bentivegna, R., Carandina, G., Trevisani, L., Gregorio, P., & Mandini, A. (2009). Multidimensional evaluation of performance: experimental application of the balanced scorecard in Ferrara university hospital. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 7(1), 15.
- Voelker, K. E., Rakich, J. S., & French, G. R. (2001). The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital Topics*, 79(3), 13-24
- Wu, H.-Y., Lin, Y.-K., & Chang, C.-H. (2011). Performance evaluation of extension education centers in universities based on the balanced scorecard. *Evaluation and Program Planning*, 34(1), 37-50.
- Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias, C. B. (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of Health Care Finance*, 29(4), 1-16.

BÖLÜM 3

TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KURUMSAL SOSYAL SORUMLULUK FAALİYETLERİ

AYŞEGÜL DOĞAN KAYA¹

Giriş

Günümüzde rekabetin yoğun yaşandığı küresel piyasada, işletmelerin sorumlulukları zaman içerisinde artmıştır. İşletmelerin yatırımcıları ve tüketicileri açısından “ekonomik”, devlet ve kanunlar açısından “hukuki”, toplum açısından “etik” ve sosyal açıdan “hayırsever” olmaya dair sorumlulukları bulunmaktadır (Gedikçi Öndoğan, 2021: 528). Hayırseverlikle ilgili sorumluluklar, işletmenin inisiyatif alması ve irade göstermesi sonucunda mecburiyetlerin ötesine geçerek toplum hayatına yararlı olma motivasyonuna dayanmaktadır. Bu faaliyetler sosyal gelişmeyi desteklemek, toplum nezdinde olumlu bir imaj oluşturmak ve sürdürmek, toplumun sempatisini kazanmak ya da özel sektördeki kuruluşlara yönelik sosyal veya siyasi baskıları hafifletmek gibi çeşitli amaçlarla gerçekleştirilmektedir (Seyitoğulları & Bilen, 2020:195). Sağlık kuruluşları öncelikli olarak toplum sağlığını

¹ Dr, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Dişçilik Hizmetleri Bölümü, Orcid: 0000-0002-5814-6710

korumak ve geliştirmek gibi bir amaca hizmet etmektedir. Ancak çevreyle olumlu etkileşim kurma, piyasa koşullarında rekabet edebilme, kurumsal imajını güçlendirme gibi pek çok nedenle hastaneler sadece sağlık hizmeti sunmak değil, halkla ilişkiler faaliyetlerine de yatırım yapmak durumunda kalmaktadır. Bu faaliyetler arasında kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin önemli bir yeri vardır (Çerçi, 2024:1310).

Günümüzde Türkiye’de özel sektörün sağlık hizmeti sunumundaki rolü her geçen gün artmaktadır. 2022 yılı verilerine göre Türkiye’de 565 özel hastane, 290 özel poliklinik ve 579 adet özel tıp merkezi bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023:123). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sağlık kuruluşları önemli rol üstlenmekte olup topluma karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı Türkiye’de özel sağlık sektöründe gerçekleştirilen kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerini incelemek, özel hastanelerin en sık yöneldiği sosyal sorumluluk temalarını ve bu faaliyetlerin hedef kitlelerini belirlemek, en az ilgi gösterilen konuları belirleyerek öneriler sunmaktır. Ulusal literatürün bu konuda kısıtlı olduğu görölmüştür. Bu çalışmada yanıt aranması düşünölen sorular şunlardır;

1. Özel hastaneler hangi tür kurumsal sosyal sorumluluk projelerine öncelik vermektedir?
2. Özel hastanelerin en sık tercih ettiği kurumsal sosyal sorumluluk temaları nelerdir?
3. Özel hastanelerin gerçekleştirdiği kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin hedef kitleleri kimlerden oluşmaktadır?
4. Özel hastanelerin kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinde en az yer alan temalar hangileridir?

Çalışmada öncelikle kurumsal sosyal sorumluluk kavramı ve sağlık kuruluşlarında kurumsal sosyal sorumluluğun yeri üzerinde durulmuş, daha sonra araştırmanın bulgularına yer verilmiştir.

Kurumsal Sosyal Sorumluluk Kavramı

1930'lu yıllarda ortaya çıkan kurumsal sosyal sorumluluk (KSS) kavramı günümüzde sürdürülebilir, sorumlu ve etik iş davranışıyla ilgili tüm kavramları kapsayan (Koca & Uğurluoğlu, 2021:784), kompleks ve çok boyutlu bir şemsiye kavram olarak görülmektedir (Macuda, 2016:76). Kurumsal sosyal sorumluluğun kavramsallaştırılmasının öncülerinden olan Bowen (1953) işletmelerin toplumsal değerlerle tutarlı politikalar izleme yükümlülüğüne sahip olduğunu ortaya koymuştur (Mason & ark., 2023:1). Kurumsal sosyal sorumluluk bilinci, işletmelerin eylemleri ve eylemsizlikleri ile toplumda yarattığı etkiden sorumlu olduklarını varsayan bir olgudur (Waniak-Michalak & ark., 2016:255). Kurumsal sosyal sorumluluk ABD'de gerçek anlamda ancak 1970'lerde, işletmeler ve toplum arasındaki "toplumsal sözleşme" kavramının ana hatlarıyla belirlenmesiyle gerçek yerini edinebilmiştir.

Kurumsal sosyal sorumluluğun tam tanımı konusunda hala bir fikir birliği olmamasına rağmen kavramı açıklamaya çalışan farklı tanımlamalar yapılmıştır (Karwowski & Raulinajtys-Grzybek, 2021:1270). Dünya Sürdürülebilir Kalkınma İş Konseyine göre KSS, “işletmenin topluma karşı olan hareket tarzının ahlaki olması, yönetim kademesinin paydaşlarla olan ilişkilerini düzenlerken sorumluluklarının farkında olması, çalışanlarının, onların ailelerinin ve genel olarak toplumun yaşam standartlarını yükseltirken ekonomik gelişmeye katkıda bulunması” anlamlarına gelmektedir (Aksoy, 2023:150). Avrupa Komisyonu (2001) bunu daha spesifik olarak "organizasyonların sosyal ve çevresel kaygıları ticari faaliyetlerine ve paydaşlarıyla olan etkileşimlerine entegre ettiği bir

kavram" olarak tanımlamıştır (Karwowski & Raulinajtyś-Grzybek, 2021:1270). Kurumsal sosyal sorumluluk kavramının iki temel özelliği vardır (Mason & ark., 2023:1);

1. Kurumsal uygulamaların kısmen veya tamamen topluma fayda sağlaması
2. Faaliyetlerin gönüllülük esasına dayanması ve kanunen zorunlu tutulmaması

Kurumsal sosyal sorumluluğun en çok kabul gören sınıflandırması Carroll (1991) tarafından yapılmıştır. Buna göre kurumsal sosyal sorumluluğun ekonomik sorumluluk, yasal sorumluluk, etik sorumluluk ve gönüllü sorumluluk olmak üzere 4 boyutu vardır. Ekonomik sorumluluk işletmelerin öncelikle kar amacı gütmeleri ve bu amaçla gerçekleştirdikleri faaliyetler ile de topluma fayda sağlamalarını ifade etmektedir. Yasal sorumluluk kurumların faaliyetlerini gerçekleştirirken yasalara uygun hareket etmesidir. Etik sorumluluk kurumların etik ilkeler doğrultusunda faaliyetlerini gerçekleştirmesidir. Gönüllü sorumluluk ise kurumların gönüllülük esasına dayanan hayırseverlik faaliyetleridir (Çil Koçyiğit & Atmaca, 2024:244). Bu modele göre kurumsal sosyal sorumluluk alanları arasında bir hiyerarşi vardır ve bu sistem bir piramit biçiminde düşünülebilir. Piramidin tabanında ekonomik sorumluluklar, onun üzerinde yasal sorumluluklar, onun üzerinde etik sorumluluklar ve en tepede gönüllü sorumluluklar yani hayırseverlik faaliyetleri yer almaktadır. Hayırseverlik sorumlulukları, tüm işletmeler için en önemli ve en değerli kurumsal sosyal sorumluluk alanı olarak kabul edilmektedir. (Koca & Uğurluoğlu, 2021:784).

Burke ve Logsdon çalışmalarında kurumlar için stratejik faydalar yaratan sosyal sorumluluk programlarını incelemiştir. Bu bağlamda, KSS programlarının kurum için yarattığı değeri değerlendirmeye yardımcı olan beş strateji boyutu belirlemiştir:

merkezelik, özgüllük, proaktiflik, gönüllülük ve görünürlük. Merkezilik kurumun KSS politikalarıyla misyon ve amaçlarının uygunluğunu ifade etmektedir. Özgüllük kurumların KSS programlarının faydalarını benimseme ve içselleştirme yeteneğidir. Proaktiflik KSS programlarının ortaya çıkan sosyal eğilimleri öngörerek planlanmasıdır. Gönüllülük hayırseverlik faaliyetleri ile bağlantılıdır. Görünürlük (vizibilite) ise kurum için iç ve/veya dış paydaşlar tarafından gözlemlenebilen itibarı ifade etmektedir (Yıldırım & Dinçer, 2016:961).

Kurumsal sosyal sorumluluk, etik değerlere bağlı kalarak ve tüm paydaşların çıkarlarını gözeterek kurumsal hesap verilebilirliği güçlendirmeyi hedefleyen faaliyetleri içermektedir. Gönüllülük esasına dayanan bu faaliyetler çevreyi korumaya, insanların yaşam kalitesini arttırmaya, sosyal eşitliği sağlamaya, kültür-sanata, toplum sağlığını korumaya, eğitime, istihdama ve çeşitli şekillerde topluma yararlı olmaya yöneliktir (Çerçi, 2024:1310). Birleşmiş Milletler Sınai Kalkınma Örgütü UNIDO (2022), kurumsal sosyal sorumluluğu bir organizasyonun ekonomik, çevresel ve sosyal zorunluluklar arasında denge kurarken paydaşların da beklentilerini karşılayarak başarıya ulaşmasının yolu olarak görmektedir (Wirba, 2023: 7430). Kurumsal sosyal sorumluluk, sadece kâr amacıyla kurulan herhangi bir organizasyonun değil, kamu kuruluşlarının ya da kamu dışı organizasyonların tamamını da ilgilendiren bir konsepttir (Özkaya & Tayfun, 2023:3123).

Kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri sadece topluma yarar sağlamakla kalmamakta olup, işletmeler için de pek çok avantaj yaratmaktadır (Karwowski & Raulinajtyś-Grzybek, 2021:1270). Sosyal sorumluluk felsefesiyle hareket eden işletmeler, artan karlılık ve uzun vadeli finansal başarı elde etmenin anahtarları olarak görülen pozitif marka tanınırlığını geliştirmeyi ve müşteri sadakatini arttırmayı hedeflemektedir (Alptekin, 2020:136). Kurumsal sosyal sorumluluk, uluslararası işletmeler tarafından

temel bir ticari strateji olarak kabul edilmekte (Limbu & ark., 2019:130, Li & ark., 2020:300), bu faaliyetler işletmelerin güçlü bir imaj yaratması ve itibar yönetimi sağlayabilmesini de mümkün kılmaktadır (Sucu, 2022:127). Siyaset bilimi ve uluslararası ilişkiler literatüründe, kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri bir endüstrinin sosyal ve politik meşruiyetini ve etkisini güçlendirir, buna kurumsal vatandaşlık da denir.

Kurumsal sosyal sorumluluğun işletmenin performansı üzerinde de önemli bir etkisi vardır. Çalışanların kurumsal sosyal sorumluluk algılarının artmasının işe adanmışlıklarını (Öksüz & Erkıılıç, 2022:1496) ve örgütsel özdeşleşmeyi arttırdığı (Özkaya & Tayfun 2023:3122) gösterilmiştir. Kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerine önem veren kurumların marka değeri artmakta, nitelikli iş gücünün kuruma çekilmesi kolaylaşmaktadır (Gedük, 2017:138). Kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin çalışanların yaratıcılık ve örgütsel vatandaşlık davranışlarını geliştirdiği ve stres düzeylerini azalttığı bildirilmiştir (Ahmad & ark, 2023:1081). Dünya çapındaki çeşitli kuruluşlar artık sürdürülebilir kalkınmaya yönelik kurumsal taahhütlerini ve sorumluluklarını göstermek için sosyal sorumluluk programlarına katılmaya başlamıştır. KSS, başarılı işletmeler için bir gerekliliğe dönüşmüştür.

Sağlık Kuruluşlarında Kurumsal Sosyal Sorumluluğun Yeri

Sağlık hizmetleri sektörü yapısı gereği zor ve kritik derecede önemli bir hizmet sektörüdür. Sağlık hizmetleri; tüm toplumu ilgilendirmesi, tüketiminin rastlantısal olması, öngörülemeyen talep, ertelenemez oluşu, çıktılarının ölçümünün güç olması, hizmeti sunan ve hizmetten yararlananlar arasındaki bilgi asimetrisi gibi bazı kendine has özellikleri bakımından diğer hizmetlere göre piyasa şartları açısından esneklikten ve denetlenebilir olmaktan yoksundur. Sağlık kuruluşlarının kaliteli bir sağlık bakım hizmeti sunması, rekabetçi fiyat politikalarına sahip olması, gelişmiş teknolojileri

bünyesine entegre etmesinin yanı sıra toplumun saygısını ve takdirini kazanması da önem arz etmektedir (Brandão & ark., 2013:392). Bu nedenle sosyal sorumluluk felsefesinin benimsenmesi bir hastanenin rekabet gücünü artırması, kurumsallaşması ve kurumsal imajını güçlendirmesi açısından önemli bir adımdır (Wilmot, 2004:157). Kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri son yıllarda sağlık sektöründe ilgi görmeye ve dikkate alınmaya başlayan önemli bir konu haline gelmiştir (Hernandez & ark., 2020:151, Abdelkareem & ark., 2024:12). Sağlık hizmetlerinde sosyal sorumluluk bilinci ve sosyal performans ölçümü sağlık kurumlarının görevlerini yerine getirebilmesine katkıda bulunan kaydadeğer faktörlerdir (Layman & ark., 2022:3437).

Sağlık kuruluşlarının iç paydaşlar, dış paydaşlar ve ara paydaşları bulunmaktadır. İç paydaşlar hekimler, hemşireler, yöneticiler gibi kurum çalışanlarıdır. Dış paydaşlar hastalar, medya, üçüncü taraf ödeyiciler gibi kurumun dışında kalan paydaş grubudur. Ara paydaşlar ise kurum ve çevresi arasında bağlantı sağlayan müteveli heyeti ve hissedarlar gibi gruplardır (Sönmez & Uğurluoğlu, 2017:231). Hastane yönetiminde bütün bu paydaşlara yönelik sosyal sorumluluk faaliyetlerinin hayata geçirilmesi, paydaşların algılarını şekillendirmek ve pozitif sonuçlar üretmek açısından önemlidir. Çünkü sağlık kuruluşlarının reklam yapma, pazarlama faaliyetlerinde bulunma ve diğer kuruluşlar gibi rekabet içerisine girme konusunda onları sınırlayan hukuksal düzenlemeler bulunmaktadır. Bu da paydaşlarla istenen iletişimin kurulmasını zorlaştırmaktadır (Çerçi, 2024:1310).

Sağlık kuruluşlarının odağında hastaları sağlığına kavuşturmak gibi öncelikli bir misyon yer almaktadır. Ancak sağlık alanında zaman içerisinde sadece hastaları değil bütün paydaşları konu alan daha geniş kapsamlı sosyal sorumluluk stratejileri ortaya çıkmaya başlamıştır (Creixans-Tenas, Gallardo-Vázquez, & Arimany-Serrat, 2020:4857). Hastanelerde çalışan motivasyonunun

ve çalışanların kuruma bağlılığının artırılması, sağlık çalışanları arasında olumlu iletişimin sağlanması, medyanın ve toplumun gözünde olumlu bir izlenim oluşturulması gibi amaçlarla çeşitli kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri gerçekleştirilmektedir (Çerçi, 2024:1310).

Kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerine katılan çalışanlarda iş tatmininin ve kuruma bağlılığın arttığı; bunun da müşteri memnuniyetine yansıdığı (Vuong & Bui, 2023:3) göz önünde bulundurulduğunda insan iş gücünün oldukça önemli olduğu sağlık sektöründe kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin anahtar bir rol oynadığı ortaya çıkmaktadır. Sağlık kuruluşlarında kurumsal sosyal sorumluluk kavramı ile hasta memnuniyeti, kurumsal imaj ve müşteri sadakati arasında pozitif bir bağlantı vardır. Kurumsal sosyal sorumluluk sağlık kurumları için etkili bir pazarlama stratejisidir. Tüketici (hasta) perspektifinden sağlık hizmeti pazarlaması, sağlık hizmeti kararlarına yardımcı olmak için önemli bir araçtır (Siripipatthanakul & Six Daniell, 2021:868).

Hastanelerin kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerine Minnesota'da bulunan HealthPartners' Regions Hospital'ın çalışmaları güzel bir örnek teşkil etmektedir. 2018 yılında hastane, yetersiz hizmet alan topluluklar arasında kalp hastalığı ve diyabetten kaynaklanan erken ölümleri azaltmayı amaçlayan bir program hayata geçirmiştir. Program, yakın zamanda taburcu edilen hastaların, doktora gitme engelleri olanların ve geleneksel evde bakım hizmeti alamayanların evlerini ziyaret eden bir toplum sağlık görevlisini içermektedir (Jain, Jain & Dee, 2024:7). Benzer şekilde Sant Joan De Deu Barselona Çocuk Hastanesi enerji verimliliği, su tüketiminin azaltılması konulu sosyal sorumluluk projelerini hayata geçirmiştir.

<https://www.sjdhospitalbarcelona.org/en/hospital/transparency-portal/corporate-social-responsibility>).

Hindistan'daki Sparsh Hastaneler zinciri sosyal sorumluluk kapsamında her yıl kas-iskelet rahatsızlığına sahip çocukların ücretsiz operasyonlarını gerçekleştirmektedir. Ayrıca öğretmenler günü için öğretmenlere ücretsiz cerrahi tedaviler sunmaktadır. (<https://www.healthcareradius.in/csr/how-hospitals-in-india-are-redefining-social-responsibility-through-csr-initiatives>). Dünyada pek çok özel sağlık kuruluşu global amaçlara hizmet eden kurumsal sosyal sorumluluk projelerine tam destek vermektedir.

Bu çalışma Türkiye'de özel hastanelerin gerçekleştirdiği kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu faaliyetlerin incelenmesi, son yıllarda dünyadaki bütün sektörler için önemli bir kavram haline gelen kurumsal sosyal sorumluluk felsefesinin Türkiye'de sağlık hizmeti sunumunda önemli rol oynayan özel hastane sektöründe ne şekilde benimsendiğinin ortaya koyulması açısından gerekli ve değerlidir. Çalışma sonuçlarının özel hastane yöneticileri ve ilgili alanda çalışan akademisyenler açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu çalışma aşağıdaki sorulara cevap aramayı hedeflemektedir;

- Özel sağlık kuruluşları hangi türde kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri gerçekleştirmektedir?
- Özel sağlık kuruluşları kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerini nerelerde gerçekleştirmektedir?
- Gerçekleştirilen kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin ana temaları nelerdir?

Yöntem

Bu araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden biri olan içerik analizi yöntemi tercih edilmiştir. Nitel araştırmalar insan deneyimlerinin, davranışlarının ve sosyal fenomenlerin anlamını ve bağlamını, genellikle görüşmeler, dokümanlar, odak grupları ve etnografik gözlemler yoluyla anlamayı amaçlayan araştırmalardır.

Nitel araştırmalar sayılarla anlamlı olarak ifade edilemeyen karmaşık verilerin araştırmacı tarafından subjektif bir biçimde, kendi bağlamında yorumlanarak aktarılması esasına dayanır. Nitel veriler tematik analiz, içerik analizi veya söylem analizi kullanılarak analiz edilir (Tutar, 2023:340). İçerik analizi, “metinlerden elde edilen verilerin içeriğinin, temaları ve örüntüleri kodlamanın ve tanımlamanın sistematik sınıflandırma süreci yoluyla öznel olarak yorumlanması için kullanılan nitel bir veri analiz türü”dr (Hsieh & Shannon, 2005’ten aktaran Kaya & Mutlu Bayraktar, 2021:1055).

Bu araştırmada amaçlı örneklem türlerinden ölçüt örnekleme kullanılmıştır. Ölçüt rnekleme, araştırmacı tarafından oluşturulmuş veya daha önceden belirlenmiş ltleri karşılayan durumların çalışma kapsamında incelenmesidir (Koç Başaran, 2017:491). Araştırmada belirlenen ölçüt seçilecek sağlık kuruluşlarının Türkiye’de pek çok ilde faaliyet gösteren özel hastaneler olması, web sitesinde belirlenen tarih aralığında yapılmış sosyal sorumluluk faaliyetlerine yer verilmiş olmasıdır. Bu amaçla öncelikle Türkiye’nin en büyük özel hastane zincirlerinin belirlenmesi için detaylı bir literatür taraması ve medya taraması yapılmıştır. Sonuç olarak belirlenen zincir özel hastanelerden en fazla hastane sayısına sahip olan üç zincir hastane örneklem olarak seçilmiştir. Bu hastanelerin web siteleri üzerinden 01.01.2022-01.01.2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olan kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri araştırılmıştır. Bu tarihler arasında web sayfasında yer verilmiş bütün sosyal sorumluluk faaliyetleri değerlendirmeye alınmıştır. Veriler metin haline getirilmiş ve içerik analizine tabi tutulmuştur.

Bulgular

Çalışma kapsamında toplam 94 adet kurumsal sosyal sorumluluk faaliyeti değerlendirilmiştir. Analiz sonucu elde edilen kodlar kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin hedef kitlesi,

kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin konusu, faaliyetin türü ve faaliyetin gerçekleştirildiği yer olmak üzere dört ana tema altında toplanmıştır. Tablo 1 meydana gelen temalar ve altında yer alan kodları göstermektedir.

Tablo 1. Temalar, kodlar ve frekanslar

TEMALAR	Kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin konusu	Kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin hedef kitlesi	Faaliyetin gerçekleştirildiği yer	Faaliyetin türü
KODLAR	Kanser farkındalığı (f=14)	Hastanelerin kendi hastaları (f=52)	Hastane bünyesi (f=51)	Seminer/eğitim (f= 48)
	Sağlıklı yaşam farkındalığı (f=14)	Yetişkinler (f=17)	Sahil, park gibi açık alanlar (f=17)	Stant etkinliği (f=13)
	Organ bağıışı farkındalığı (f=12)	Öğrenci ve öğretmenler (f=13)	Okullar (f=11)	Spor etkinliği (f=10)
	Gebelik, bebek bakımı(f=11)	Tüm vatandaşlar (f=12)	Alışveriş merkezi, kültür sanat merkezi (f=10)	Ücretsiz uygulama (f=7)
	Kadın hastalıklarına yönelik farkındalık (f=10)		Spor tesisleri (f=3)	El hijyeni eğitimi (f=5)
	Bağımlılıkla mücadele (f=10)			Sosyal yardım (f=3)
	Obezite (f=9)			Piknik etkinliği (f=3)
	Diyabet (f=9)			Tiyatro gösterisi (f=2)
	Ağız ve diş sağlığı (f=6)			Kahvaltı organizasyonu (f=2)
				Eğitime destek (f=1)

Kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin konusu isimli tema altında hastanelerin sosyal sorumluluk adına gerçekleştirdiği faaliyetlerin konularına yönelik ifadelerden oluşan kodlar yer almaktadır. Buna göre en yüksek frekansa sahip kodlar kanser farkındalığı (f=14) ve sağlıklı yaşam farkındalığı(f=14)'dır. Bunları organ bağışı farkındalığı (f=12) izlemektedir. Frekansı bakımından 4. Sırada yer alan gebelik, bebek bakımı (f=11) kodu altında özel hastanelerin gebelere ve bebek bakımına yönelik olarak düzenledikleri faaliyetler yer almaktadır. Kadın hastalıklarına yönelik farkındalık (f=10) kodu jinekolojik hastalıklarla ve menopoza ilgili yapılan tarama çalışmaları ve bilgilendirme eğitimleri gibi faaliyetleri konu almaktadır. Bağımlılıkla mücadele (f=10) kodu altında ise tütün, alkol, sosyal medya, gibi bağımlılıklara yönelik gerçekleştirilen faaliyetler toplanmıştır.

İkinci tema “kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin hedef kitlesi” olup altında oluşan kodlar Tablo 1’de sunulmuştur. Bu tema altında toplanan kodlar gerçekleştirilen kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin kimleri konu aldığına ve kimlere hitap ettiğine yöneliktir. Buna göre hastanelerin kendi hastaları (f=52) faaliyetlerin hedef kitlesinin büyük bir kısmını meydana getirmektedir. Tüm topluma yönelik faaliyetler en düşük kod frekansına sahip olan tüm vatandaşlar (f=12) kodu altında yer almaktadır.

Üçüncü tema olan “faaliyetin gerçekleştirildiği yer” sosyal sorumluluk faaliyetlerinin hangi mekanlarda hayata geçirildiği ile ilgili ifadelerden yola çıkılarak elde edilen kodları barındırmaktadır. Buna göre hastaneler sosyal sorumluluk faaliyetlerini sıklıkla hastane bünyesinde (f=51) gerçekleştirmektedir. Sahil, park gibi açık alanlar (f=17), okullar (f=11), alışveriş merkezi, kültür sanat merkezi (f=10) ve spor tesisleri (f=3) ise faaliyetlerin gerçekleştirildiği diğer mekanlardır.

Dördüncü tema olan “faaliyetin türü” teması altında 9 adet kod meydana gelmiştir. Bunlardan frekansı en yüksek olan kod seminer/eğitim(f=48)’dir. Bu kod altında özel hastanelerin sosyal sorumluluk faaliyeti olarak gerçekleştirdiği seminerler ve bilgilendirici eğitimler yer almaktadır. En yüksek ikinci kod frekansına sahip olan kod stant etkinliği (f=13)’dir. Burada özel hastanelerin toplumda farkındalık yaratmak amacıyla gerçekleştirdikleri, stantlar kurarak görevli personel eşliğinde hedef kitleye ulaştıkları etkinlikler yer almaktadır. Üçüncü en yüksek kod frekansı spor etkinliği (f=10) kodundadır. Burada koşu, yürüyüş etkinliği, yoga etkinliği gibi spor aktiviteleri yer almaktadır. Ücretsiz uygulama (f=7) kodu altında toplanan ifadeler ise özel hastanelerin hedef kitleye yönelik gerçekleştirdikleri ücretsiz check-up ve çeşitli hastalıklara dair tarama faaliyetlerini kapsamaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık sektöründe rekabet oldukça yoğundur ve sektör hem teknolojinin hızlı gelişimi hem de müşterilerin değişen talepleriyle karşı karşıya olup dinamik bir zeminde faaliyet göstermektedir. Bu tür zorluklar özellikle özel sağlık kuruluşlarının iş dünyasında hayatta kalmak için rekabet etmesini zorunlu kılmaktadır. Günümüzün modern dünyasında hastalar daha eğitilmiş, daha deneyimli, almak istediği hizmetle ilgili daha bilinçlidir. Hastaların bir hastane markasına ilişkin görüşlerini şekillendirmede, topluma ve hastalara yönelik kurumsal sosyal sorumluluk eylemleri önemli rol oynamaktadır.

Kurumsal sosyal sorumluluk (KSS), kurumların katkıları ile toplum refahını iyileştirmeyi amaçlayan bir kavramdır. Değişen makro çevre ve dijital dönüşüm nedeniyle, kurumsal faaliyetler sosyal çevreyi etkilemektedir, bu da işletmelerin sorumluluğunu artırmakta ve sağlık sektöründe kurumsal sosyal sorumluluğun öneminin artmasına yol açmaktadır. Dünyada hal böyleyken

Türkiye’de mevcut durumda kurumsal sosyal sorumluluk felsefesi ne derece benimsenmektedir? Bu çalışmada özel hastane sektöründeki kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetlerinin incelenmesi üzerinden konuyla ilgili genel bir kanıya varılması amaçlanmıştır. Özel sağlık kuruluşları hangi türde ve hangi paydaşlara yönelik sosyal sorumluluk faaliyetleri gerçekleştirmektedir? Bu faaliyetler nerelerde yürütülmektedir? Bu sorulara cevap aramak için gerçekleştirilen bu araştırmanın bulguları göstermektedir ki;

- Özel hastanelerin en sık gerçekleştirdiği kurumsal sosyal sorumluluk projelerinin hedef kitlesinde hastanelerin kendi hastaları yer almaktadır. Tüm toplumu kapsayacak faaliyetlere çok daha az sıklıkta yer verilmektedir.
- Düzenlenen faaliyetlerde en sık kullanılan temalar kanser farkındalığı ve sağlıklı yaşam farkındalığıdır.
- Hastaneler en sık kendi bünyelerinde sosyal sorumluluk faaliyetleri düzenlemektedir.
- En sık gerçekleştirilen faaliyet türü seminer/eğitim, stant ve spor faaliyetleridir.

Konu ile ilgili öneriler şu şekilde sıralanabilir;

- Özel hastaneler için; tüm topluma, özellikle sağlık hizmetlerinde erişim engeli bulunan öncelikli gruplara yönelik faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, gözardı edilen konulara yönelik farkındalık çalışmalarına ağırlık verilmesi ve faaliyetlerin sayısının artırılarak sosyal sorumluluğun bir felsefe olarak benimsenmesi önerilmektedir.
- Topluma ve hastalara yönelik kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri, hastaların sağlık kurumlarına ilişkin algılarını şekillendirmede esastır. Hastaneler,

topluma yönelik sosyal sorumlulukların ve sürdürülebilir büyümenin önemini vurgulamalı ve kurumsal sosyal sorumluluğu başarının ve toplumsal bir değer yaratmanın yolu olarak görmelidir.

- Kurumsal sosyal sorumluluk programları, sağlık kuruluşlarının bütün paydaşlarının haklarına, ihtiyaçlarına ve yararına odaklanmalıdır.
- Özel hastanelerin gerçekleştireceği kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleri çevreyi koruma, temiz içme suyu temini, hava kirliliğinin önlenmesi, yoksullukla mücadele, çocuk haklarının korunması gibi daha global hedeflere hizmet eden konulara yönelmelidir.
- Bu konuda ileride tasarlanacak araştırmalar daha fazla sayıda özel hastaneyi kapsamalı, hasta memnuniyeti ve hastane seçimi gibi değişkenlerin Türkiye'deki özel hastanelerin kurumsal sosyal sorumluluk faaliyetleriyle ilişkisini araştıran çalışmalar planlanmalıdır.

Kaynakça

Abdelkareem, R. S., Mady, K., Lebda, S. E., & Elmantawy, E. S. (2024). The effect of green competencies and values on carbon footprint on sustainable performance in healthcare sector. *Cleaner and Responsible Consumption*, 12, 100179.

Ahmad, N., Ullah, Z., Ryu, H. B., Ariza-Montes, A., & Han, H. (2023). From Corporate Social Responsibility to Employee Well-Being: Navigating the Pathway to Sustainable Healthcare. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 1079–1095. Doi:10.2147/PRBM.S398586

Aksoy, A. S. (2023). Kurumsal Sosyal Sorumluluk Kavramı ve Türkiye’deki Gelişimi. *İktisadi ve İdari Yaklaşımlar Dergisi*, 5(2), 147-161. Doi: 10.47138/jeaa.1389216

Alptekin, Z. M. (2020). Dijitalleşme ve Dijital Sosyal sorumluluk İletişimi. *MEDIAJ*. 3 (2), 136-155.

Brandão, C., Rego, G., Duarte, I., Nunes, R.(2013). Social responsibility: a new paradigm of hospital governance? *Health Care Anal.* 21(4), 390-402. Doi 10.1007/s10728-012-0206-3

Carroll, A. B. (1991). The pyramid of corporate Social Responsibility: Toward the Moral Management of Organizational Stakeholders. *Business Horizons*, 34 (4), 39-48.

Creixans-Tenas, J., Gallardo-Vázquez, D., & Arimany-Serrat, N. (2020). Social responsibility, communication and financial data of hospitals: a structural modelling approach in a sustainability scope. *Sustainability*, 12(12), 4857.

Çerçi, Ü. Ö. (2024). Sağlık kuruluşlarının sponsorluk ve sosyal sorumluluk tercihleri üzerine bir araştırma. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 13 (3), 1310-1332.

Çil Koçyiğit, S. & Atmaca, B. (2024). Ankara'daki sağlık sektörü çalışanlarının kurumsal sosyal sorumluluk (KSS) algıları: Kamu-Özel sektör örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 27 (1), 244-257.

Gedikçi Öndoğan, A. (2021). Paydaş yönetimi yaklaşımı doğrultusunda kurumsal sosyal sorumluluk (KSS) ve halkla ilişkilerin rolü. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 24(2), 528-539.
Doi:10.29249/selcuksbmyd.949761

Gedük, E. A. (2017). Hastanelerde kurumsal sosyal sorumluluğun önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 136-141.

Hernández, J. P. S. I., Yañez-Araque, B., & Moreno-García, J. (2020). Moderating effect of firm size on the influence of corporate social responsibility in the economic performance of micro-, small- and medium-sized enterprises. *Technological Forecasting and Social Change*, 151, 119774.

Jain, P., Jain, B. & Dee, E.C. (2024). Corporate social responsibility framework: An Innovative Solution to Social Determinants of Health in the USA. *J. Racial and Ethnic Health Disparities* 11, 7–22
Doi:10.1007/s40615-022-01493-2

Karwowski, M., & Raulinajtys-Grzybek, M. (2021). The application of corporate social responsibility (CSR) actions for mitigation of environmental, social, corporate governance (ESG) and reputational risk in integrated reports. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 28(4), 1270-1284.

Kaya, İ., & Mutlu Bayraktar, D. (2021). Türkiye’de yapılan dijital ebeveynlik araştırmalarına yönelik bir içerik analizi çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(2), 1046-1082.
Doi:10.17679/inuefd.928805

Koca, G. Ş. & Uğurluoğlu, Ö. (2021). Sağlık sektöründe kurumsal sosyal sorumluluk: Sistemik bir derleme çalışması. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(3), 784-799. Doi:10.25287/ohuiibf.774255

Koç Başaran, Y. (2017) Sosyal bilimlerde örnekleme kuramı. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(47), 480-495.

Layman, C. V., Sasmoko, Hamsal, M., & Sanny, L. (2022). A portrait of socially responsible hospitals in Indonesia. *Sustainability*, 14(6), 3437.

Li, J. Y., Tian, S., Carter, J., & Wen, J. (2020). More than the bottom line: Exploring social responsibility practices in hospital settings in the United States. *Health Marketing Quarterly*, 38(4), 297–314. Doi:10.1080/07359683.2020.1814616

Limbu, Y.B.; Long, P.; Manveer, M. (2019). Corporate social responsibility and hospital brand advocacy. *Int. J. Pharm. Healthc. Mark.* 14, 159–174.

Macuda, M. (2016). Corporate social responsibility: A new trend in hospital accounting? *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 284: 76–86.

Mason, A., Spencer, E., Barnett, K., & Bouchie, J. (2023). Examining the prominence and congruence of organizational corporate social responsibility (CSR) communication in medical tourism provider websites. *Journal of Hospitality and Tourism Insights*, 6(1), 1-17.

Öksüz, S., & Erkıılıç, E. (2022). İş yaşam kalitesi ve kurumsal sosyal sorumluluk algısının işe adanmışlık üzerindeki etkisinin incelenmesi: Zincir otel işletmeleri üzerine bir araştırma. *Business & Management Studies: An International Journal*, 10(4), 1492-1511.

Özkaya, Ş. & Tayfun, A. (2023). Kurumsal sosyal sorumluluk algılamalarının örgütsel özdeşleşme ve sanal kaytarma davranışına etkisi: Otel İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 15(4), 3121-3140.

Seyitoğulları, O., & Bilen, A. (2020). Kurumsal sosyal sorumluluk üzerine bir literatür taraması. *Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 3(2), 195-205. Doi:10.38004/sobad.785251

Siripipatthanakul S., SixlDaniell K. (2021) A review article branding dental clinic through corporate social responsibility (CSR). *International Journal of Trend in Scientific Research and Development* 5(5): 866-876

Sönmez, S., & Ugurluoğlu, Ö. (2017). Sağlık kurumlarında paydaş analizi. *Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi*, 13(1), 223-245. Doi:10.17130/ijmeh.20173126271

Sucu, İ. (2022). Kurumsal sosyal sorumluluk kampanyalarının marka imajına etkisi: Turkcell Markası Örneği. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(21), 127-134.

Tutar, H. (2023), Nitel araştırma deseni belirleme ölçütleri ve gerekçelendirilmesi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 25(1), 334-355.

Vuong, T. K., & Bui, H. M. (2023). The role of corporate social responsibility activities in employees' perception of brand reputation and brand equity. *Case Studies in Chemical and Environmental Engineering*, 7, 100313.

Waniak-Michalak, H., Macuda M. and Krasodomska J. (2016) Corporate social responsibility and accounting in Poland: A literature review, *Journal of Accounting and Management Information Systems*, 15 (2), 255-303.

Wilmot, S. (2004). Foundation trusts and the problem of legitimacy. *Health Care Analysis*, 12(2), 157–169.

Wirba, A.V. (2023) Corporate Social Responsibility (CSR): The role of government in promoting CSR. *Journal of the Knowledge Economy* 15:7428–7454 Doi:10.1007/s13132-023-01185-0

Yıldırım, M., & Dinçer, M. A. M. (2020). How the process of the CSR activities works on private hospitals and pharmaceutical firms: Multiple case study from strategic perspective. *Journal of religion and health*, 59(2), 961-985.

BÖLÜM 4

ROOT CAUSES OF HUMAN RISKS IN OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY PRACTICES OF LOCAL GOVERNMENTS

MUSTAFA ERDEM¹

Introduction

The services provided by local governments are the most widespread services that directly affect human life. It is seen that the same services provided by municipalities are also provided by special administrations and that special administrations among public administration institutions have the same legal personality as municipalities (Oktay, 2010:80). While services such as drinking water, irrigation, zoning and road works, sewage, cemetery works, park and landscaping works, garbage collection and disposal works are provided by municipalities within the adjacent areas in cities, the same services are provided by provincial special administrations in rural areas such as villages and hamlets. It is also possible that some problems will be experienced in terms of fulfilling these services. (Erdem, 2024:12). Therefore, while local governments are fulfilling these duties, it is inevitable that sector

¹ Doktor, Bingöl İl Özel İdaresi, İş Sağlığı ve Güvenliği, Orcid: 0000-0002-2746-0571

employees will be exposed to work accidents or occupational diseases.

This study aims to investigate the existing hazards and possible risks in terms of health and work safety of all local government employees and to propose a root cause model for human-related risks in occupational health and safety practices.

When the general structure of local governments is examined, it is known that they employ many personnel in different business lines. After the Occupational Health and Safety Law No. 6331 came into force, sector managers have shown more interest in occupational health and safety compared to the past in order not to face penal sanctions. For this reason, it has become mandatory to include occupational health and safety (OHS) in the daily routine of local government personnel services. Various variable factors such as the breadth of local governments' work volume, very different hazard classes and the large number of employees reveal the importance of the research.

Developments in the field of OHS in technical terms should focus on the relationship between effective engineering practices, ergonomic, medical and psycho-social activities for the tools to be designed and used, and the employees' characteristics and social contexts. Thus, many hazards and risk factors that may occur in the work environment will be eliminated and the amount or severity of injuries will be reduced (Ricci et al., 2016:355). According to scientific studies, 98% of work accidents are caused by dangerous situations and dangerous movements (Demir and Öz, 2018:189). Based on the fact that the main element that creates dangerous situations and dangerous behaviors is human, it is possible for employees to develop safe behavior skills, create a safe working environment, and protect themselves from work accidents through effective learning and effective training methods.

In line with the purpose of occupational health and safety, it is important to maximize the health and safety status of employees and to direct employees to activities that are appropriate for their physical and psychological conditions in order to prevent negative situations in the work environment (Telman et al. 2015:12). This study aims to examine the factors related to human-centered risks in the occupational health and safety practices of provincial special administrations and municipalities, which are the main components of local governments and have an important position among public institutions. The examination of the existing dangers and the risks that all employees of local governments may face in terms of health and safety reveals the purpose of the study.

Activities carried out in unhealthy and unsafe work environments can have negative effects on public health as well as the health of employees. Great efforts are being made all over the world to correct such negative conditions. This effort has been clearly observed in Türkiye in recent years. The concept of occupational health and safety is generally defined as a branch of science in developed countries, and the concept of OSH also reveals the importance of public health (Gerek, 2006:58).

While local governments provide these services, employees in this sector may be exposed to work accidents or occupational diseases. In order to protect sector employees from various risks, the human factor at the center of gravity of the hazards should be examined in a multi-faceted manner, the main causes of the risks should be revealed and solution proposals should be developed in line with scientific data. In this study, the importance of occupational health and safety (OHS) in the provincial special administrations and municipalities, which are the main components of local governments, work accidents, the causes of work accidents, and the measures that can be taken to prevent accidents are discussed. In the study, the OSH management practices scale was

used primarily to determine the level of OSH practices of local governments. The OSH management practices scale was created by adapting the article by Christopher et al. (2012:1044) and the safety climate survey by Glendon and Litherland (2001:157). The scale consists of 5 sub-dimensions. It was scored with a 5-point Likert (1: Strongly disagree, 5: Strongly agree) system. The study was conducted with 372 adult local government employees. The data were analyzed after being loaded into the SPSS 26.0 program. In the study, the Mann Whitney Test was used to determine whether there was a significant difference in the categorical variables and their sub-dimensions (dependent variable) according to the independent variables of age, gender, work accident status, work experience, knowledge about OHS and near-miss incident status; Kruskal Wallis H-Test was used in the comparison of the parameters between groups in the case of more than two groups. Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) criterion was examined and since the significance of the test was found significant, it was deemed appropriate to conduct factor analysis. The Bartlett test significance level value was found to be $p = 0.000 < 0.001$ and the Bartlett sphericity test ($\chi^2 = 7756.035$; $P < 0.001$) was found to be significant.

Approaches to the causes of work accidents in local administrations

İş yerlerinde mal veya hizmet üretimi yapılırken meydana gelebilecek sağlık veya güvenlik sorunlarını açıklamak için yapılan araştırmalara göre iş kazaları; çalışanların asli kusurlarından, kullanılan alet veya materyalden, iş yeri ortam şartlarından dolayı meydana gelmektedir. Bundan ötürü iş yerlerinde yapılan faaliyetlerden dolayı meydana gelen kazaların nedenleri "bireye özgü" ve "fiziki ve mekanik koşullara özgü nedenler" şeklinde incelenmesi gerekmektedir (Dizdar, 2001:26).

The Human Factor Analysis and Classification System (HFACS) was developed and modeled to meet the need for a data base in work accidents, and it is seen that human errors are mostly addressed in 4 categories (unsafe acts, conditions that create unsafe acts, unsafe management and organizational factors) in HFACS (Wiegmann and Shappell 2001:61). It is seen that the studies indicate that the Human Factors Analysis and Classification System (HFACS) is the most frequently used method in detecting human errors (Harris and Li 2011:108).

When the causes of occupational accidents and diseases are examined, it is observed that almost all negativities are caused by unsafe situations and unsafe actions and that the reasons that cause these situations are human-based. In order to eliminate or minimize human errors, it is important to consider the human factor at the focal point of the job in detail. The importance of OHS training in developing people's awareness of safe behavior cannot be denied. For this reason, it is very important to provide people with training to develop safe behavior awareness starting from pre-school. Including compulsory OHS courses in the curriculum in primary, secondary and higher education institutions will contribute to the formation of a safety culture in society.

Virtual reality-based OHS trainings, which are widely used today and are thought to be of similar benefit to practical training, are thought to have permanent and positive effects Gök (2022:106). If the health and safety conditions of the work environment are ignored, the probability of occupational accidents and occupational diseases will increase. Accidents and occupational diseases caused by the work environment negatively affect employees and create physical and mental problems in employees and their environment. Individuals who are exposed to work accidents cannot produce, and the treatment costs paid to the individual and the disruptions in production cause serious economic losses in institutions,

organizations and countries. For this reason, local governments need to create and develop safety procedures within the scope of the OHS Law No. 6331, which covers workplace health and safety rules, along with the routine activities they carry out.

Method

In this study, OSH management practices measure was used to determine the status of OSH practices of local governments. The OSH management practice scale was implemented by utilizing the article by Christopher et al. (2012:1044) and the safety climate survey study by Glendon and Litherland (2001:157). The scale of the application consists of 5 sub-dimensions and scores are given according to a 5-point Likert (1: Strongly disagree, 5: Strongly agree) system. While the universe of the study consists of 11,463 employees working in local governments, the sample group consists of 372 employees and a survey study was conducted with 372 people. The obtained survey results were uploaded to the SPSS 26.0 program and then the results were analyzed. In the study, whether there is a significant difference in the absolute variables and sub-dimensions (dependent variable) according to the independent variables of age, gender, knowledge about OSH, years of service, near-miss incident and occupational accident experience is used with the Mann Whitney Test; Kruskal Wallis H-Test was used to compare parameters between groups in more than two groups.

In the examination of the differences within the groups, the Mann Whitney U Test was applied because the variables did not come from a normal distribution. Since the number of units was more than 20, standard p values were used for the Mann Whitney U Test. If the p significance value obtained from the Mann Whitney U (Wilcoxon) test used in the comparison of 2 independent groups is greater than 0.05, it is accepted that the parameter does not have an

effect on the formation of the investigated features, if the p value is less than 0.05, the hypothesis is rejected and it is accepted that the parameter has a significant effect on the formation of the investigated features. Root cause analysis is the research conducted to determine the main reasons. Therefore, in this study, root cause analysis was performed and a model proposal was created regarding the risks originating from people.

Findings

Descriptive statistics are presented in Table 1.1.

Table 1.1 Faktor analysis of the study

		Average	Standard deviation	N
GPRM1	When changes are made to the division of labor in local governments, employees are notified.	3,433	1,309	372
GPRM2	Possible risks and consequences are defined in local governments.	3,513	1,241	372
GPRM3	In local governments, written business procedures are consistent with what is done in practice.	3,363	1,202	372
GPRM4	Those working in local governments can easily recognize the relevant business rules of each job.	3,427	1,210	372
GPRM5	Local governments have enough employees to do the necessary work.	3,078	1,523	372
GPRM6	Workload in local governments is reasonable and balanced	2,774	1,312	372
SHR7	Sufficient rest and appropriate work schedules are provided in local governments.	3,548	1,287	372
SHR8	Safety rules in local governments are always useful.	3,301	1,222	372
SHR9	In local governments, safety rules are followed even during busy times.	3,196	1,283	372
SHR10	In local governments, health examinations are carried out before	3,941	1,082	372

	starting work.			
SHR11	Periodic health examinations are carried out regularly in local governments.	3,917	1,094	372
SHR12	Conditions that pose a threat to health and safety in local governments are eliminated to a reasonable extent.	3,527	1,152	372
SHR13	The situation of groups requiring special policies (elderly / disabled, etc.) is specifically addressed in the risk assessment of local governments.	3,522	1,171	372
FAT14	In case of accidents in local governments, emergency treatment can be provided to the victim.	2,997	1,349	372
FAT15	In local governments, employees are provided training regarding possible health risks.	3,919	1,181	372
FAT16	Health and health information training is provided to employees working in local governments.	3,583	1,362	372
FAT17	Basic first aid training is provided in local governments.	3,844	1,251	372
OAC18	Those working in hazardous and very hazardous jobs in local governments use masks, helmets, glasses, boots, overalls, gloves and protective shoes, etc.	3,594	1,313	372
OAC19	Only those who are adequately equipped and specifically assigned can enter hazardous and very hazardous workplaces in local governments.	3,414	1,248	372
OAC20	In local governments, internal audits are conducted periodically to check whether employees working in hazardous and very hazardous workplaces comply with the rules set for occupational health and safety.	3,331	1,278	372
OAC21	Deficiencies and deficiencies identified as a result of internal audits conducted on safety and health issues in local governments are monitored and eliminated.	3,255	1,245	372
OAC22	Appropriate lay-out and adequate lighting are provided in the work area.	3,642	1,232	372

OAC23	Adequate and effective waste disposal operations are carried out in the work section.	3,613	1,231	372
OAC24	There are health and safety tools in the workplace.	3,288	1,257	372
OSS25	Timely and adequate medical services are provided at the workplace.	3,102	1,346	372
OSS26	Timely and adequate medical treatment is provided at the workplace.	3,884	1,137	372
OSS27	Timely and adequate medical treatment is provided at the workplace.	3,683	1,129	372
OSS28	OHS regulations are implemented in local administrations.	3,581	1,216	372
OSS29	Care is taken not to disclose the private medical records of employees working at the workplace.	3,774	1,249	372

Examining the suitability of factor analysis

In examining the suitability of factor analysis, firstly correlation matrix was created. Then, the examination was made according to Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) criterion, which compares the correlation coefficient sizes and partial correlation coefficient sizes, and since the significance of the test was found to be significant according to this scale, it was deemed appropriate to perform factor analysis. In summary, since $KMO = 0.952 > 0.60$, it is a good fit. In addition, the sample size is sufficient. Approximate chi-square = 7756.035 and $p < 0.001$. As a result, the sample size is deemed sufficient in this study. Bartlett test significance level value is $p = 0.000 < 0.001$. For this reason, the hypothesis is rejected. In other words, Bartlett Sphericity test was found to be significant ($\chi^2=7756.035$; $p < 0.001$). These statistical data show that the suitability of the data set for factor analysis is at a very good level. As a result, there are high correlations between the variables. In addition, the data is suitable for multiple normal distribution. In other words, the data set in this study can be applied for factor analysis.

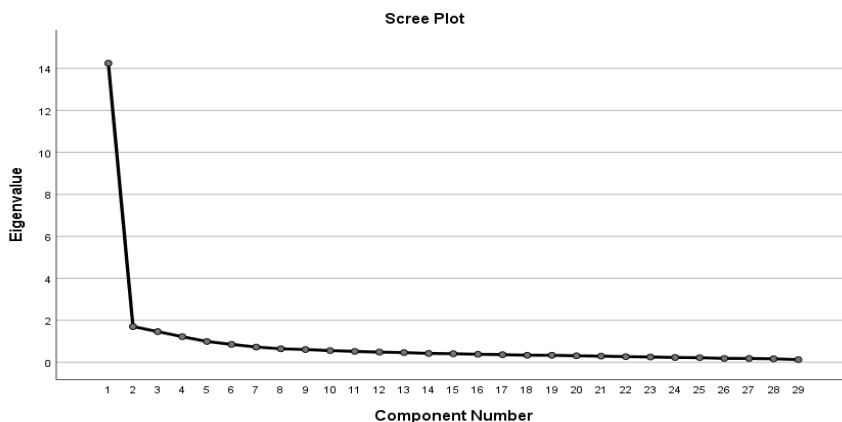
Determining the number of faktors

A number of criteria have been developed to find the number of factors. These criteria are; variance participation (Kaiser, eigenvalue), variance percentage, predetermination of the number of factors to be derived, scree test and analysis of errors. The eigenvalue of the factor as a result of the derivation is; 1.222. According to the explained variance percentage criterion, the cumulative total variance explained by 4 factors is 64.259% according to the principal components method. Similarly, according to the scree test criterion, the most effective break occurred after the fourth factor.

Selection of appropriate factor rotation method

Factor rotation was used to simplify the interpretation of the factor matrix. There is no superiority among factor rotation methods from an analytical perspective. Depending on the subject of the study, either oblique or orthogonal rotation methods can be used. If factor analysis offers flexibility in terms of dimensionality reduction and independence of derived factors, orthogonal rotation methods may be the ideal method (Hair et al., 1998:72).

Figure 1.1: Representation of Eigenvalues with Scree Graph



In the scatter diagram in Figure 1.1, 4 factors with eigenvalues greater than 1 ($\lambda > 1$) were determined. According to Figure 1.1, 64.259% of the total variance is explained by 4 factors instead of the initial 29 variables. Factor rotation was performed to interpret the factors. The Varimax method was preferred in factor rotation (Albayrak, 2006:500).

Factor 1 explains 23.733% of the total variance, factor 2 explains 17.899%, factor 3 explains 12.390% and factor 4 explains 10.238%. The cumulative amount of variance explained by eigenvalues explains 64.259% of the total variance.

Naming factors

The main axis factor weights matrix in Table 1.2 contains important conceptual content. The transformed factor matrix loadings both give the weights of the parameters in the factors and determine the direction of these loadings within the factor. If the factor loading is negative, the parameter in question has an inversely proportional interaction with other parameters within the factor; if it has a positive value, it has a directly proportional interaction. The rotated factor loadings matrix is shown in Table 1.2.

Table 1.2: Rotated factor loadings matrix

	Component			
	1	2	3	4
OAC24	0,741	0,201	0,134	0,091
OAC21	0,714	0,345	0,130	0,234
OSS25	0,707	0,306	0,111	0,101
OAC19	0,700	0,310	0,253	0,220
OAC20	0,693	0,291	0,209	0,249
OAC23	0,662	0,181	0,332	0,166
OAC22	0,656	0,165	0,253	0,251

OSS29	0,638	0,248	0,469	0,097
OAC18	0,619	0,109	0,367	0,324
OAC28	0,619	0,420	0,347	0,139
FAT14	0,616	0,399	-0,023	0,106
OSS27	0,529	0,341	0,475	0,124
SHR13	0,511	0,397	0,340	0,129
GPRM6	0,281	0,716	0,110	0,056
GPRM3	0,247	0,714	0,192	0,266
SHR9	0,445	0,702	0,094	0,082
SHR8	0,442	0,665	0,247	0,167
GPRM4	0,211	0,624	0,334	0,279
GPRM2	0,209	0,612	0,243	0,306
GPRM1	0,178	0,543	0,298	0,211
SHR12	0,451	0,527	0,335	0,108
GPRM5	0,224	0,436	0,289	0,144
SHR11	0,214	0,228	0,763	0,218
SHR10	0,191	0,296	0,680	0,240
OSS26	0,468	0,158	0,651	0,079
SHR7	0,183	0,468	0,579	0,031
FAT17	0,190	0,211	0,125	0,857
FAT15	0,227	0,159	0,169	0,846
FAT16	0,250	0,279	0,157	0,773

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation converged in 7 iterations.

According to Table 1.2; In the trial consisting of 29 items, all items were included in the analysis and a 4-dimensional factor was created.

The first factor is shown in **yellow** and consists of 13 items with the highest explanation rate of 23.733%. The first factor items are; OAC 24, OAC 21, OSS 25 (Organizational Security Support), OAC19, OAC 20, OAC 23, OAC 22, OSS 29, OAC 18, OAC 28, IDE 14, OSS 27 and SHR 13. Generally, the majority of them are

factors that fall into the OAC group classified as Prevention of Work Accidents (OAC). In other words, the first factor is called the "prevention of work accidents" factor.

The second factor is shown in **green**; It is generally located in the Security Procedures and Risk Management (GPRM) group within the items GPRM 6, GPRM 3, SHR 9, SHR 8, GPRM 4, GPRM 2, GPRM 1, SHR 12 and GPRM 5. The second factor has 9 variables.

The 3rd factor is shown in **blue** and is the factor called Safety and Health Rules (SHR) factor, which is generally included in the Safety and Health Rules (SHR) group within the articles SHR 11, SHR 10, OSS 26 and SHR 7.

The 4th factor **orange** color file opens; It consists of the sections FAT 17, FAT 15 and FAT 16. Therefore, the 4th factor; First Aid Support and Education (FAT) factor is grouped.

Common variance (Community); is the amount of variance that a parameter shares with other parameters in the analysis. During the analysis, it was deemed appropriate to analyze the parameters with a factor loading value of 0.45 or more (Balçı, 1995:111). In this analysis, the only item with a factor weight value less than 0.45 was Security Procedures and Risk Management / GPRM5 (There are enough employees in local governments to do the necessary work) (0.345). In addition, the factor weight value of all items other than this item was higher than 0.45. Therefore, factor analysis was performed without ignoring all items.

Spearman rank correlation coefficient: Correlation analysis is a statistical analysis method used to determine the direction and degree of interactions between parameters. If the data obtained in statistical analysis applications have a quantitative or ordinal scale, Spearman correlation analysis should be applied. Spearman

correlation analysis is a very flexible method since it does not require a normal distribution (İstmer, 2013).

Spearman rank correlation coefficient is calculated with the following formula (Gamgam and Altunkaynak, 2013:3).

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum_{i=1}^n D_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

D_i : The difference between the sequence numbers of the X and Y parameters.

n : Number of observations.

The Spearman rank correlation coefficient takes values between -1 and 1, in the same way as the Pearson correlation coefficient. If $-1 \leq \rho < 0$, it indicates an inverse relationship, if $0 < \rho \leq 1$, it indicates a similar relationship, and if $\rho = 0$, it indicates no relationship between the parameters.

In the Mann-Whitney Test results: p value was found to be statistically significant ($p < 0.05$) in the dimension of GPRM 2, SHR 9, SHR 12, FAT 15, FAT 16, FAT 17, OAC 21, OAC 23, OAC 28 and OSS 29 parameters. The mean values of the significant parameters were found to be 211.51, 213.80, 213.87, 209.36, 211.59, 220.32, 215.20, 220.36, 214.73 and 214.82 in females, respectively, while these values were; 181.30, 180.83, 180.81, 181.75, 181.29, 179.47, 180.54, 179.46, 180.63. and 180.62 were obtained.

In comparing the ages of the employees, a statistically significant relationship was found in terms of GSK 8 (Safety rules are always useful in local governments) and OAC 20 (In local governments, whether employees in hazardous and very hazardous workplaces comply with the rules determined for occupational health and safety is periodically inspected through internal audits) ($p < 0.05$). The Kruskal-Wallis test statistics calculated for these

parameters were 9.949 and 15.003, respectively. However, no statistically significant relationship was found between the ages of the employees and other suggestions in the OHS practices of local governments.

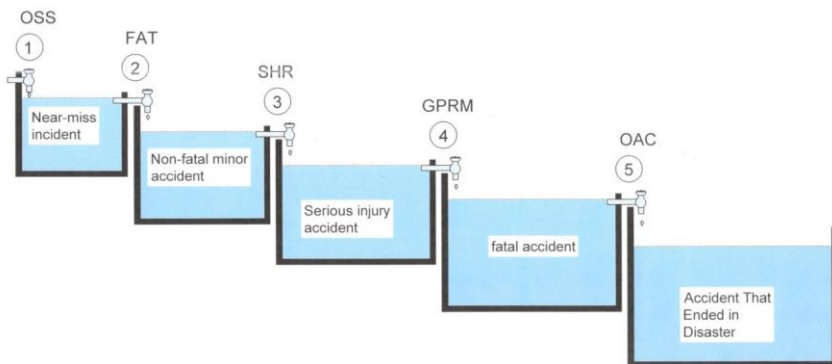
A statistically significant relationship was found between the education levels of employees in terms of GPRM 6 (Workload is reasonable and balanced in local governments) ($p < 0.01$). The Kruskal-Wallis test statistic calculated for the parameters in question was 16.787. However, no statistically significant relationship was found between the education levels of employees and other recommendations in OHS practices of local governments. A statistically significant relationship was found between the service periods of employees in terms of GPRM 1 (When a division of labor is made in local governments, employees are informed), FAT 17 (Basic first aid training is provided in local governments) and OAC 21 (Deficiencies and faults determined as a result of internal audits conducted on safety and health issues in local governments are monitored and corrected) ($p < 0.05$).

The Kruskal-Wallis test statistics calculated for these parameters were 8.463, 9.553 and 8.063, respectively. However, no statistically significant relationship was found between the length of service of employees and other recommendations in the OHS practices of local governments. As a result of the Mann Whitney U test, since the p value was found to be higher than 0.05, in other words, $p > 0.05$, for all parameters, depending on whether local government personnel had previously had an accident, the opinions of employees for each parameter did not vary depending on whether employees had previously had an occupational accident in local governments.

According to the Mann Whitney U test, according to whether local government employees have had a near-miss incident in the past; the differences between the opinions and thoughts of

employees in the parameters of GPRM 3 (Written work procedures in local governments are compatible with what is done in practice), SHR 7 (Adequate rest and appropriate work schedules are provided in local governments), SHR 8 (Safety rules are always useful in local governments), SHR 9 (Safety rules are followed in local governments even during busy times), FAT 15 (Employees are trained on possible health risks in local governments), OAC 20 (Whether employees in hazardous and very hazardous workplaces comply with the rules determined for occupational health and safety is periodically inspected through internal audits in local governments) and OSS 28 (OHS regulations are implemented in local governments) were found to be statistically significant ($p < 0.05$).

Figure 1.2: Life Taps



As seen in the Life Taps Model (Figure 1.2), each tap represents the OSH factor groups and the pools filled with water flowing from each tap represent the work accident incidents. When all taps are open, disasters that may result in disaster may occur. Keeping a tap that seems important under control can prevent work accidents that may cause disasters. These life taps may appear, disappear or change in their power depending on the physical and/or functional status of businesses or institutions. Although it

seems that visible errors cause work accident incidents, invisible errors that can extend to institutional factors are also the cause of work accident incidents (Erdem, 2024:164).

Discussion and conclusion

In business life, the inclusion of machines in production along with people and technological innovations require people to work under difficult conditions. The developing and changing working conditions related to business life create significant risks for both employees and societies. Even if it is not possible to completely eliminate these risks, their effects can be minimized. However, technological developments and different production techniques make it necessary to develop and sustain safety and health issues in workplaces.

Health needs are the most important need for people. OSH practices ensure that the working environment and the lives of employees are maintained safely and the right to life, which is the main element of basic human rights. The protection of business world employees is important in terms of working in safe and healthy conditions, state policies and the duty of social states. The primary purpose of the research is to determine the perception level of OSH practices of local governments. Determining the perception level of occupational health and safety practices in local governments, developing OSH training and increasing its impact will make positive contributions to the formation of a safety culture and the reduction of human-related risks.

In this study, no statistically significant relationship was found between the ages, education levels, service periods and occupational accidents experienced by employees and other recommendations in OHS practices of local governments ($p>0.05$). The differences between the opinions and thoughts of local government employees in terms of whether they have had a near-

miss incident in the past and in terms of gender parameters were found to be statistically significant ($p<0.05$). In examining the causes of occupational accidents in Turkey and the world, studies should be conducted to investigate human-induced risks and to establish a safety culture that leaves a permanent impact on people. Making occupational health and training compulsory at family, pre-school, primary, secondary and higher education levels will have significant effects on the formation of OHS culture for future generations.

References

Albayrak, A.S. (2006). *Applied multivariate statistical techniques*, Asil Publications, Ankara, 500p.

Balcı, A. (1995). *Research in social sciences: Methods, techniques and principles*, Ankara, 72 TDFO Computer Publishing Industry Trade LTD. Co.

Christopher, P., Xin, H., Marimuthu, A., & Linic, S. (2012). Singular characteristics and unique chemical bond activation mechanisms of photocatalytic reactions on plasmonic nanostructures, *Nature Materials*, 11(12), 1044-1050.

Demir, A. & Oz, A. (2018). Examining work accidents from a theological perspective, *European Journal of Science and Technology*, Issue: 14, pp: 189-197.

Dizdar, E. N., Sağlık, T. M., & Dergisi, G. (2001). Accident causation approaches, *Occupational Health and Safety Journal*, 7, 26-31.

Erdem, M. (2024). *Root cause model proposal for human-induced risks in occupational health and safety practices of provincial special administrations*, (doctoral thesis), Istanbul Gedik University Graduate Education Institute, Istanbul.

Gamgam, H. and Altunkaynak, B. (2013). *SPSS applied nonparametric method*, Ankara, Sekin Publishing Inc.

Glendon, A. I., & Litherland, D. K. (2001). Safety climate factors, group differences and safety behaviour in road construction, *Safety Science*, 39(3), 157-188.

Gerek, N. (2006). *Occupational health and safety (1st Edition)*, Eskişehir, Anadolu University Publications.

Gök, Y. (2022). *Investigation of the effects of virtual reality applications in occupational health and safety training*, (master's thesis), Selçuk University, Institute of Science, Konya.

Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., Black, & W.C. (1998). *Multivariate data analysis*, Prentice Hall, New Jersey.

Harris, D. and Li, W., (2011). An extension of the Human Factors Analysis and Classification System for use in open systems, *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 108-128,

İstmer (Statistical Analysis Centre). (2013). *Spearman sorrelation analysis and its fundamental problems*, <https://www.istmer.com/spearman-korelasyon-analizi-ve-sosyal-problems/> (Access date: 04.04.2024).

Oktay, T. (2010). Provincial Special Administrations After Local Government Reform, *Istanbul*: Hayat Publishing Group, 80-90.

F. Ricci, A. Chiesi, C. Bisio, C. Panari and A. Pelosi, (2016). “Effectiveness of occupational health and safety training,” *Journal of Workplace Learning*, vol. 28, no. 6, pp: 355-377,

Telman, N., Önen, L. and Özgeldi, M. (2015). Occupational health and safety in psychology (1st ed.), *Ankara: Nobel Academic Publishing*, pp:58-167.

Wiegmann, D. and Shappell, S. (2001). Applying The human factors analysis and classification system (HFACS) to the analysis of commercial aviation accident data, *11th International Symposium on Aviation Psychology*, Columbus, OH. pp: 61-87.

BÖLÜM 5

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELEN ŞİDDETİN PSİKO-DİJİTAL ANATOMİSİ: SİBERKONDRI, SOSYOTELİZME MARUZ KALMA VE SAĞLIK KAYGISI ÜZERİNE BİR İNCELEME

Fatma Nuray KUŞCU ŞAHİN¹
Mehmet YORULMAZ²

Giriş

Arapça'dan dilimize katılmış olan “şiddet” sözcüğünün “sertlik, peklik” gibi anlamlarının yanı sıra bir şeyin yapım tarzını anlatmak için cebir, zorluk, sertlik, zarar vermek, incitmek, acıtmak niyeti ile yapılan herhangi bir durumu açıklamak için kullanılmaktadır (Dursun, 2011). İlerleyen yüzyıl ve yaşanan her türlü gelişmeler ışığında şiddetin azalması umut edilse de yaşanan

¹ Öğr. Gör. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Hizmetleri MYO, Orcid: 0000-0003-2657-6174

² Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi ABD, Orcid:0000-0001-6670-165X

*Bu çalışma, birinci yazarın ikinci yazar danışmanlığında hazırladığı, “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Tutum ve Davranışı Etkileyen Faktörler: Siberkondri, Sağlık Kaygısı, Sosyotelizme Maruz Kalma” başlıklı doktora tezinden üretilmiştir.

vakaların sıklık ve yoğunluğu zaman geçtikçe artmaktadır. Bu nedenle Dünya'nın her yerinde ve tüm toplumlarda halen görülmesi münasebeti ile şiddet olayı evrenseldir denilebilmektedir. Bu özelliği itibari ile de sağlık, psikoloji, sosyoloji, siyaset ve hukuk gibi pek çok bilim dalının kesişim noktasında bulunmaktadır (Özerkmen & Gölbaşı, 2012).

Toplumsal manada pek çok sorunun göstergesi olarak kabul edilen şiddet olayları yaş, cinsiyet, din, dil, ırk, eğitim seviyesi gibi demografik farklılıklar gösterse de nihayetinde herkes bir gün şiddete maruz kalabilmektedir. Alan yazınında şiddetin sebepleri pek çok nedene bağlanmış durumdadır. Örneğin, Krug & ark. (2002) savunduğu ekolojik model, sebepleri kategorize eden modellerden bir tanesidir. Bu modele göre şiddetin neden meydana geldiğini açıklamak için tek bir açıdan incelemek yetersizdir. Bu nedenle şiddet kişisel, ilişkisel, topluluk ve toplumsal seviye olarak incelenebilecek dört kategoride incelenmelidir.

Eğitim seviyesinin düşük olması, dürtüsel yaklaşımlar, madde kullanımı, madde bağımlılığı, geçmişte saldırganlık veya istismarın olması ekolojik modelin bireysel seviyesini oluşturmaktadır. Akraba, aile fertleri, eş veya sevgililer, arkadaşlar gibi sosyal ilişkide bulunan bireylerle arada yaşanan şiddet ise ilişkisel seviyeye girmektedir. Mahalle, okul, iş yeri gibi şiddetin yaşandığı yerde mağdur ya da fail ile ilgili özelliklerin incelendiği şiddet türü topluluksal seviye kapsamındadır. Şiddetin olağan kabul edilmesi, erkek egemenliğinin yüksek olması, emniyet güçlerinin sivil halk üzerindeki güç uygulaması, intiharın normal karşılanması, yüksek suça karışma ve işleme düzeyi, yaygın silah kullanımı ise toplumsal düzey için verilebilecek bölge algısını ifade eden şiddetin nedenlerindendir (Yılmaz Gökyaka, 2024).

Sağlık dünyası 7/24 kesintisiz hizmetin sunulması gerektiği, farklı uzmanlık dallarının omuz omuza çalıştığı aynı zamanda da şiddet olaylarının en sık yaşandığı meslek dallarının başında yer

almaktadır. Acil servisten giriş yapmakla durumunun acil olduğuna inanan ve asıl acil olanları göz ardı ederek hemen kendisine müdahale edilmesini isteyen hasta ve yakınları şiddet faillerinin başında gelmektedir. Korunmasız şekilde herkese yardım etmeye çalışan sağlık çalışanı ise savunmasız şekilde işini yapmaya çalışırken şiddete maruz kalabilmektedir. Personel ve hasta arasında bilginin asimetrik olması, ölmekten korkmak, hasta olmanın verdiği sıkıntılılık hali ile sağlık personeline yöneltilmiş darp, tehdit, aşağılama, vurma, hakaret etme gibi istenmeyen davranışlar sağlık personeline yönelik şiddet kapsamındaki davranışlardır (Uğurlu & ark., 2015; Shafran-Tikva & ark., 2017).

Sağlıkta şiddetin nedenlerinden olabileceği düşünülen ve çalışmanın konusunu oluşturan kavramlardan bir tanesi siberkondridir. Siberkondri; kişinin kendisinde olduğunu var sandığı rahatsızlıklar hakkında internette sebep, sonuç, bilgi, tedavi araştırması ve sonrasında da kendi tanısını koyma hatta bazen tedavisini dahi gerçekleştirme gayretidir. Bir kereye mahsus olmayan bu durum karşısında bireyler ola ki fark etmediğim bir detayı kaçırdı isem diye defalarca, günlerce ve hatta gecelerce tekrarlayan bilgi arama davranışında bulunarak bu durumun bağımlısı haline gelmekte ve kaygı bozukluğu yaşamaktadırlar. Kaygı bozukluğunun yansıması olarak internetten edindikleri bilgiler doğrultusunda kendi muayene ve tedavi şekline karar verme arzuları olabilmekte ve bu nedenle de sağlık personeli ile aralarında şiddetin ayak sesleri olan anlaşmazlıklar yaşanabilmektedir (Tarhan & ark., 2021a).

Sağlıkta şiddetin nedenlerinden olabileceği düşünülen ve çalışmanın konusunu oluşturan kavramlardan bir diğeri sağlık kaygısıdır. Bu kaygı kişinin bir takım bedensel işaretleri doğru yorumlamamasının sebep olduğu önemli ve zor bir hastalığının olduğuna dair inancı ve korkusu olarak tanımlanmaktadır. Hafif seviyede olduğunda bireye tehlikeli durumlardan uzak kalma gibi bir

takım faydalar sağlıyor olmasının yanı sıra seviye yükseldikçe kaygı artış göstermekte ve kişinin psikolojisini kötü bir şekilde etkilemektedir. Bazen o kadar kontrolden çıkmaktadır ki kişi günlük aktivitelerini yerine getirmekte bile zorlanmaktadır (Gençarslan & ark., 2024).

Sağlıkta şiddetin nedenlerinden olabileceği düşünülen ve çalışmanın konusunu oluşturan son kavram sosyotelizmdir. Telefon ve yok sayma sözcüklerinin birleşiminden oluşan kavram telefon nedeni ile kişinin etrafındaki kişileri yok sayması, görmezden gelmesidir. Sosyal ortamda, buluşmalarda, toplantılarda, aile ve arkadaş toplanmalarında kısacası sosyal ve belki de resmi ortamlarda kişinin telefonu ile ilgilenmesi sosyal medyada gezinmesi nedeni ile kendi halinde ve tavrında ortamdan kopuk şekilde bedenlen ortamda ama ruhen çok başka yerlerde olması durumudur (Aykaç & Yıldırım, 2021).

Kitabın bu bölümünde sağlıkta şiddete sebep olabilecek psiko-dijital sebeplerden üçünün bu konu ile bağlantısının açıklanması tercih edilmiştir.

SAĞLIKTA ŞİDDET

Hasta, sunulmakta olan sağlık hizmetlerinden yararlanan ya da yararlanma ihtimali olan, herhangi bir sağlık çalışanı tarafından sağlığı açısından değerlendirilen bireydir. Sağlık çalışanı, sağlığın değerlendirilmesinde, korunmasında, iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde yetkili olan kimsedir. Sağlık iş yerinde şiddet ise, hasta ve yakınları veya diğer bir kimseden sağlık çalışanına yönelen, riskli durum oluşturan, tehdit, hakaret, sözlü, fiziksel ya da cinsel saldırıdan oluşan istenmeyen durum şeklinde tanımlanmıştır (Çınarlı & Yücel, 2014; Duğan, 2015).

Günümüzde özellikle teknoloji alanında yaşanan gelişmeler, internet kullanımının yaygınlaşması ve her an bulunabilirliği hasta-

sağlık çalışanı iletişiminin boyutu ve kapsamını büyük oranda değiştirmiş durumdadır. Artan hasta talepleri karşısında azalan sağlık çalışanı sayısı taleplerin karşılanmasında yetersiz kalınmasına ve yeni sorunların türemesine neden olmaktadır. Böylece bazen hastadan, bazen hastaneden bazen ise sağlık çalışanından kaynaklanan istenmeyen durumlar sağlıklı iletişim gelişmesini sekteye uğratmaktadır. Engele uğrayan iletişimin sonraki evresi, çatışma, kriz ya da şiddetin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Hastadan sağlık çalışanına ya da çalışandan hastaya yönü fark etmeksizin oluşan sağlıkta şiddet vakalarını günümüzün kanayan yaralarından bir tanesidir (Çınarlı & Yücel, 2014).

Alanyazını incelendiğinde sağlık iş yerinde şiddet hakkında yerli ve yabancı pek çok araştırmaya rastlanılmıştır. Çalışmaların ortak bulgusu, sağlıkta şiddetin diğer türlere göre çok daha fazla gerçekleşmesi ancak çoğunun kaydının tutulmamasıdır. Çalışmalarda sağlık iş yerinde şiddete maruz kalma ihtimali diğer işyerlerine göre 16 kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Hatta sağlıkla ilgili bir işle meşgul olmakla birlikte gelen şiddete maruz kalma ihtimali, bütün olası şiddet vakalarının 4'te 1'ini oluşturmaktadır. Şiddete maruz kalma olasılığı göz önünde bulundurulduğunda sağlık çalışanlarını tüm meslek dalları içerisinde ikinci sıradadır (Adaş & ark., 2008).

World Health Organization (2021) raporunda sağlık çalışanlarının %8 ila %38'inin fiziki şiddete uğradığı, daha yüksek oranda da sözel saldırıya uğradıkları ve tehdit aldıkları bildirilmiştir. Ek olarak raporda şiddet olaylarının pek çoğu ziyaretçi ve hastalar tarafından gerçekleştirildiğine yer verilmiştir. Sağlık kurumu içerisindeki güvenlik önlemlerinin azlığı, yasal boşlukların olması, iş yükünün fazlalığı, personel eksikliği, gergin hasta yakınları, tedavi beklentisinin karşılanamaması, uzayan bekleme süreleri, hastaları müşteri olarak görmek, uzayan nöbet sürelerine bağlı olarak azalan

iş performansı sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma ihtimalini arttıran nedenlerden yalnızca bazılarıdır (Yiğitbaş & Deveci, 2011).

Şiddetin nedenlerini sıralayan bir başka uygulamada, İstanbul'da Tabipler Odası kaydı bulunan yaklaşık 13 bin doktordan tüm sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerinin önemine göre sıralanması istenmiştir. Öne çıkan ilk on sebep şöyledir (Duğan, 2015):

1. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi,
2. Muhtemel hasta ve yakınlarının eğitim seviyesinin düşüklüğü,
3. İletişim becerilerine hâkim olmamak veya bilmemek,
4. Medyanın sağlık çalışanlarını korumaması, haklarında yapılan olumsuz haberler,
5. Sağlık personeli sayısının azlığı,
6. İş yükünün kaldırılamaz boyutlara ulaşması, tükenmişliğin artması,
7. Toplumda şiddet eğiliminin artması ve bunun kınanmaması,
8. Yetersiz yasal düzenlemeler,
9. Güvenlik zafiyetlerinin olması,
10. Çalışma ortamında mimari yapının uygunsuzluğu.

Konu alan yazınında araştırıldığında birbirinden farklı pek çok sonuca rastlanılmaktadır. Örneğin Ayrancı & ark., (2006) araştırmasında sağlık çalışanlarının yaklaşık %50'si şiddete uğradığını, bunların genel olarak meslekte yılı az olan çalışanlara yönelik, hasta ve yakınları tarafından fazla sıra beklemek gerekçesi ile olduğu bilgisi verilmiştir. Lafta & Falah, (2019) araştırmasında, sağlık çalışanlarının %85'inden daha çoğunun şiddete uğradığı, yine

meslekte deneyimi daha az olan çalışanların daha fazla maruz kaldığı ve genel olarak fazla sıra beklemek, donanım yetersizliği ve hizmet kalitesinin düşük olması nedeni ile yaşandığı bildirilmiştir. Torun (2020) araştırmasında ise sağlıkta şiddet olaylarının gün içerisinde en sık 10.00/14.00 arasında, acil serviste, hasta ve yakınları tarafından, ağırlıklı olarak sözel şekilde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Polat & Çırak (2019) araştırmasında şiddet olayının daha çok acil servislerde, sözlü şekilde ve genel olarak kadın çalışanlara uygulandığını bildirmişlerdir.

Sağlık çalışanına karşı gerçekleştirilen şiddet vakalarının, sosyo-kültürel faktörlerin etkisinde kaldığından genel olarak bildirilmediği bilinmektedir (Lafta & Falah, 2019). Konu üzerine yapılan bir araştırma verilerine bakıldığında sağlıkçıların yaklaşık %85'i iş kazası bildiriminde bulunmamakta, yine yaklaşık %85'i emniyet güçlerine haber vermemekte, %92 kadarı da şiddeti uygulayanlara karşı dava açmamışlardır (Ayrancı & ark., 2006). Çoğu sağlık çalışanı şiddeti bu mesleğin normal bir parçası olarak kabul etmekte, kimisi duygudaşlık kurarak hasta oluşu, acı çekişine bağlamakta bu nedenle bildirimde bulunmamaktadır. Dolayısı ile sağlıkta şiddet hakkındaki araştırma verileri tam olarak gerçeği yansıtamamaktadır (Berlanda & ark., 2019).

“Beyaz Kod” Sağlık Bakanlığı’nın şiddeti önlemek amacı ile 2012 senesinde başlattığı bir uygulamadır. Bu uygulama ile sağlık kurumunda potansiyel bir taciz, kavga, tehdit olduğunda, olayın yaşandığı yere en kısa zamanda ulaşabilecek güvenlik elemanları gelmekte, olayın çözüme kavuşması için önlemler almakta ve tutanak altına almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Ek olarak Beyaz Kod ile yaşanan şiddet olayı sonrası sağlık personeline ücretsiz yasal yardım sağlanmaktadır. Fakat uygulamaya bakıldığında beyaz kod uygulamasının şiddete engel olması konusunda hiçbir caydırıcılığı bulunmamaktadır ve uygulama olay yaşandıktan sonra mağdura hukuki desteğin sağlanmasından öteye gidememiş durumdadır.

Şikâyetin savcılığa yapılmasına karşın uzun süren dava süreçleri çalışanın daha çok yıpranmasına neden olmakta, yaptırım uygulanmayan şahıs tarafından yeni bir şiddet planı veya tehdidi ile karşı karşıya kalabilmekte yani kısacası süreç yine sağlık çalışanının aleyhine ilerlemektedir. Bunun böyle olduğu bilen sağlık çalışanları olaylar karşısında sessiz kalmayı tercih etmektedir (Özcan & Yavuz, 2017).

Son dönemlerde yükselişe geçen sağlıkta şiddet vakaları sağlık çalışanlarına olan saygınlığın ve güvenin zedelenmesine neden olmaktadır. Toplum içerisinde kıymetli bir yeri olan sağlık çalışanı olmanın, şiddete uğrama potansiyeli ve korkusu nedeni ile cazibesi ve tercih edilirliliği de azalmaktadır. Topluma şifa dağıtma arzusu içerisinde olan sağlık çalışanı bu vakalar nedeni ile kendi sağlığı açısından kaygıya kapılmaktadır. Bu nedenle gerekli olan tanı ya da tedavinin uygulanması mı kendi sağlığı için doğru yoksa hastanın arzu ettiği yöntemleri uygulamak mı doğru bu noktada oldukça büyük sıkıntı yaşamaktadırlar (Grassi & ark., 2021).

Sağlık işyerinde şiddet hem mesleki yaşam hem de kişisel yaşamı etkisi altına alabilmektedir. Şiddet gören ya da şahit olan sağlık çalışanında mesleki doyumun, performansın, motivasyonun, insana olan sevgi ve anlayışın azalması, ihtiyaç olmayan tetkik istemi, risk ve sorumluluk almak istememe, defansif tıp uygulamalarında artış ve istifa etmeleri şiddet olayı sonrası sıklıkla görülen bazı sağlık çalışanı davranışları olarak karşımıza çıkmaktadır (Keser Özcan & Bilgin, 2011; Al & ark., 2012; Levinson & ark., 2000).

Sağlık çalışanlarında bunlara ek olarak yaşanması muhtemel diğer bazı şikayetler ise şöyle sıralanabilmektedir: Kaygı ve stres bozukluğu, obsesyon, depresyon, tükenmişlik sendromu gibi ruhsal problemler, işe devamsızlık, odaklanamama, takip edildiğini düşünme, tetikte davranışlar, uyku bozukluğu, insanlardan

uzaklaşma, kilo kaybı, maddeye başlama, duygu durum bozukluğu, intihar (Annagür, 2010; Lever & ark., 2019; Ay, 2024).

Sağlık işyerinde yaşanan şiddet olaylarının olumsuz etkisi yalnızca fail ve mağdura değildir. Aynı zamanda sağlık sistemi de olumsuz olarak etkilenmektedir. Sağlık personelinin sıklıkla şiddete uğraması hasta-sağlık çalışanı arasındaki ilişkilerin dengesini bozmakta, hastalar ve sağlıkçılar diye eskiden aynı tarafta olan iki grup artan bu olaylar sonrasında karşıt grubun üyeleri olma yolundadırlar. Öyle ki sağlık çalışanı hastayı mümkün mertebe az göreceği ya da hastanın olabildiğince az iletişime katılabileceği radyoloji, yoğun bakım gibi bölümleri tercih eder hale gelmişlerdir. Sağlık personelinin üretkenliği azalmakta, motivasyonu düşmekte, işyerine isteyerek gelmemekte, insanlara sağlık vermek yerine enerjileri korku ve tedirginlikle harcanmaktadır. Dolayısı ile hasta ile duyarlı şekilde ilgilenecek enerji kalmamaktadır (Yılmaz & ark., 2023).

Kurumlarından ve toplumlarından yeteri kadar destek görememeleri, herhangi bir yaptırımının olmaması, psikolojik destek ve izin gibi opsiyonların oldukça kısıtlı olması, kurum yetkililerinin de bu durumu olağan kabul etmesi bildirimlerin kısır kalma sebeplerinden bazılarıdır (Hoşgör & Türkmen, 2021). Tüm eksikler giderildiğinde sonuçlar gerçeğe daha yakın olacaktır. Örneğin çalışanın yöneticiler tarafından desteklenmesi, yalnız bırakılmaması, raporlama ve bildirim konusunda desteklenmesi, yasal açıkların kapatılması, caydırıcı yaptırımların uygulanması, profesyonel psikolojik desteğin sağlanması, kriz yönetim eğitiminin verilmesi, bildirimin yapılmamasının cezalandırılması, hassasiyetle işleyen beyaz kod sistemi, hasta ve yakınlarının hakları ve yasakları konusunda eğitilmesi, sağlık çalışanının değerinin düşürecek her türlü uygulamadan kaçınılması, bu konuda alınabilecek önlemlerden bazılarıdır (Alsalem & ark., 2018).

SİBERKONDRI

Bireyler, teknolojik cihazların ve internetin uçsuz bucaksız gelişimi sayesinde merak ettikleri her bilgiyi ilk olarak internette aratmaktadır. Aratılan bu bilgiler arasında sağlık bilgisi de bulunmaktadır. Bu aramalar ise sağlık hizmetlerine taleplerde artış yaşanarak, “Siberkondri” kavramının hayattaki yerini bulmasını sağlamıştır (Starcević, 2017). Siberkondri, bir noktada hipokondri (hastalık hastalığı) demektir ve bedensel değişikliklerin veya hissedilenlerin internetteki bilgiler kanalı ile hatalı yorumlanmasından kaynaklanan korku ve kaygı ile karakterize edilmektedir. Kısaca siberkondri, kişinin sağlığı söz konusu olduğunda hissettiği korku ve kaygı sebebi ile aşırılaşan veya tekrarlayan aramalar olarak tanımlanmaktadır (Y. Demir & ark., 2024).

Bireylerin internet ortamında hastalıklar ve sağlık hakkında bilgi araştırması, gördüklerine dayanarak ciddi bir hastalık sahibi olduğuna inanarak aşırı kaygılanması ve sonrasında da kendi kendini tanılaması, kendince tedavi etme gayretine girmesi ama asla tatmin olmaması, daha da kaygılanarak sağlık kuruluşuna başvurarak tedavi arayışında bulunmasına siberkondri davranışdır (McElroy & Shevlin, 2014). Bu kısır döngüye giren birey, sağlığı hakkında bir şikâyeti olduğunda ilk önce internetten bilgi araştırıp doktor önerisine gerek duymaksızın ilaca başlama ya da tetkik ve tedavi uygulatma gibi olumsuz davranışlarda bulunabilmektedir. Bu davranışlar zamanla rutin haline gelmektedir. Bu da bireyin gününün büyük bir vaktini aldığından ve psikolojisini yorduğundan gündelik hayatında pek çok sorumluluğunu ihmal ederek problemler yaşamasına neden olmaktadır (Tarhan & ark., 2021b; Uzun & Zencir, 2022).

Şekil 1.1: Siberkondri Döngüsü



(Tekin, 2024)

İnternette sağlık bilgisi aramanın kaygıyı artırma biçimi şöyle gerçekleşmektedir. Google, yahoo gibi sık kullanılan arama motorlarında tıklanma miktarı arama yaptığımızda karşımıza çıkacak sonuçlar sayfasını, muhtemel sonuçların sayfadaki sıralamasını etkilemektedir. Yani ilgi çekici, dikkat uyandırıcı ve uç durumlar daha çok tıklandıkça sonuç sayfasında ilk sıralarda yer almaktadır. Örneğin baş ağrısının sebepleri diye arama yapıldığında beyin kanaması geçiriyor olmak gibi uç sonuçların üst sırada yer alması inandırıcılığını ve arama yapan kişinin zihninde o hastalığa gerçekten sahipmiş gibi algılama ihtimalini arttırmaktadır. Bu durum da daha fazla arama yapılmasını, daha fazla lüzumsuz sağlık hizmeti talebinde bulunulmasına neden olmaktadır (Bagarić & Begić, 2019).

Teknolojinin bu kadar gelişmiş olmasına rağmen neden olduğu siberkondrinin tedavisi ya da nasıl elimine edileceğine dair çözümler henüz çok da gelişmiş durumda değildir. Örneğin bunun

için oluşturulmuş bir ilaçla tedavi planı henüz bulunmamaktadır. Nitekim ortada fizyolojik bir durumun olmaması, psikoloji kaynaklı olması da ilaçla tedavisinin olmamasının nedenlerinden biridir. Ancak tedavisi mümkün olmayan bir sağlık sorunu da değildir. Örneğin psikoeğitim yaklaşımı başvurulacak tedavi yöntemlerinden bir tanesidir (Erdoğan & Hocaoglu, 2020).

Hastalar doğrudan siberkondri nedeni ile kliniklere başvuruda bulunmak yerine kaygı bozukluğu, obsesyon, internet bağımlılığı gibi nedenlerle yardım aramaktadır. Oysa Siberkondri artık yaygınlığı artmış ve eğer bir şekilde engellenmezse daha da artacak olan bir halk sağlığı problemidir. Bu nedenle endişe kaynağı olan potansiyel bu artışı engellemek ya da kontrol altına alabilmek adına tedavi planları geliştirilmelidir. Siberkondrik bireyin normal hayatına dönebilmesi için profesyonel yardım almasının yanı sıra yoga, pilates, meditasyon gibi rahatlama tekniklerini öğrenmeli, yeni hobiler edinmeli, yeteri kadar uyku, dengeli beslenme, spor yapma gibi aktivitelerle ruhunu ve bedenini iyileştirmelidir (Thakur & Guleria, 2022).

Siberkondrinin önlenmesi özünde en başında kaynağının bulunması ile sağlanmalıdır. İnternetin her şeye çözüm olduğuna dair inanç yıkılmalı, akıl ve mantığın devreye girmesi gerekmektedir. En nihayetinde eğer internet sanıldığı gibi her şeye çözüm olsa sağlık kurumlarına ve orada çalışanlara gerek duyulmazdı mantığı ile düşünmek ve sakinliği seçmek gerekmektedir. Arama motoruna yazılan hastalık ya da şikâyetle ilgili üst sıralarda yer alan sonuçların gerçekleşme ihtimali ile değil tıklanma sayısı ile alakalı olduğunun bilincine varılmalıdır. Bilgisayar ve internet kullanım saatlerinde kısıtlamaya gidilmelidir (Starcevıç, 2017).

Okullarda bilgisayar derslerinde siberkondri kavramı işlenmeli ve korunmak için neler yapılması gerektiği anlatılmalıdır. Akılcı bilgisayar kullanımına değinilmelidir (Erdoğan & Hocaoglu,

2020). Çevrimiçi bilgi arayışının bir diğer nedeni sağlık çalışanlarına, doktorlara duyulan güvensizliktir. Hastanın güvenini zedeleyecek her ne davranışta bulunuluyor ise dikkat edilmeli ve tekrarlanmamalıdır. Göz teması kurmamak, dinlemediğini hissettirmek ya da telefon veya mesaj sesi ile hasta-hekim iletişiminin baltalanması güvenin zedelenmesine neden olan davranışlardan bazılarıdır. Hasta nazarında zedelenen bu güvenin tekrar kazanılması için bazı girişimlerde bulunulmalıdır iletişim becerileri konusunda sağlık çalışanları da düzenli olarak eğitim almalıdır (Starcevic & Berle, 2013).

Arama davranışlarına yaş ve bant kısıtlaması gibi bazı devlet müdahalelerinde bulunmak gerekmektedir. Sağlık portalları ve sayfalarda yer alan bilgiler sürekli olarak sağlık ekiplerince değerlendirilmeli, geçerli ve güvenilir olamayanların kaldırılması sağlanmalıdır. Sağlık kaygısının oluşmasını sağlayabilecek içerikler engellenmeli bunu sağlayabilecek yazılımlar geliştirilmelidir (Bagarić & Begić, 2019). Son olarak okuryazar olan herkeste primer düzeyde de olsa sağlık okuryazarlığı geliştirilmeli bunun için bilgilendirmeler yapılmalıdır. Arama sonucu karşılaşılan tüm ihtimallere inanılmaması gerektiği, bunun sadece tıklanma sayısı ile ilgili olduğu ve gerçek bir araştırmanın hangi kanallar zerinden ne miktarda yapılmasının sağlıklı ve kabul edilebilir olduğu konusunda bireyler eğitilmelidir (Tekin, 2024).

SAĞLIK KAYGISI

Kaygı, dünya çapında en sık karşılaşılan ruhsal problemdir (Chellappa & Aeschbach, 2022). Korkudan daha sık rastlanılan kaygı, yaşayan kişide huzursuzluk, depresyon, obsesyon gibi duyguları içine almaktadır. Altı aydan fazla sürece yaşandığında kaygı bozukluğu denilen yoğun endişe ve korku bireyin rutin hayatında aksaklıklar yaşatan önemli bir aksaklıktır. Bu bozukluk yaşanmaya başladığında müdahale edilmezse bir sonraki evresi

kaygı bozukluğunun kronik bir hal alması ve bireysel ve sosyal anlamda verebileceği zarar miktarının artmasıdır (Stein & Sareen, 2015).

Her şeyin başının sağlık olduğu inancı ile yaşadığımız göz önünde tutulduğunda bireylerin ihtiyaç veya şikâyetleri olduğunda sağlık hizmeti alması, biraz kaygı duyması ve sağlıkları hakkında özenli davranmaları oldukça normaldir. Fakat gerektiren bir durum olmadıkça, sadece sağlığı düşünecek ve hatta bu konuda paranoyak hale gelmek, olağan hayat akışının bu nedenle sekteye uğratılması patolojiktir. İnsanın biyopsikososyal bir varlık olduğu gözetildiğinde bu özelliği aşırı sağlık kaygısı nedeni ile bozulabilmektedir (Kalmaz & Temel, 2024).

Bireylerin fiziki olarak bedenlerinde hissettikleri ya da gözlemledikleri en ufak bir değişikliği bir hastalık belirtisi olarak yanlış yorumlamaları ve hatta daha ileriye giderek bunun tüm vücudu etkisi altına alan geçici olmayan bir hastalık olduğuna ya da olacağına inanmalarına sağlık anksiyetesi denilmektedir (Jones & ark., 2014). Anksiyetik bir birey şüphelerinden dolayı sağlık hizmetlerine başvursa ve bir takım tıbbi incelemelerin ardından sağlığının yerinde olduğu ispat edilmiş bile olsa kaygı devam etmektedir. Sonrasında daha fazla hastaneye başvuru, daha fazla tetkik talebi, daha fazla gereksiz uygulama, farklı doktor arayışı, il il ve belki ülke ülke tedavi arayışına girilmektedir. Bu durum da kaynakların israfına, kısıtlı iş gücü sarfiyatına ve daha önemlisi asıl ihtiyacı olan hasta insanların tedaviden yeteri kadar yararlanamaması anlamına gelmektedir (Jeffers & ark., 2015).

Sağlık kaygısı hakkında literatür incelendiğinde genellikle hipokondriyazis ve somatoform bozukluklar ile ilişkilendirilmiştir (Karapıçak & ark., 2012). Bu kavramları açıklamak gerekir ise somatoform bozukluklar tanılanamayan, tıbbi manada açıklaması olmayan fiziksel semptomlara sebep olan psikiyatrik bir sorundur (Oyama & ark., 2007). Bu bozukluk bireyin gerçekte olmayıp

yalnızca kafasında yaşadıklarının bedenini hastalandırmasıdır. Yani hastanın bedeninde bir sorun varmış gibi görüntü verse de özünde tıbbi bir dayanağı olmayan ve yalnızca zihindekilerden ibaret olan bozukluktur. Bu bozuklukta bireyin psikolojisinin bozulma oranı arttıkça bedeninde hissettiği ama tıbbi açıklaması olmayan ağrı ve acı miktarı da artmaktadır (Öter & Karaaziz, 2024). Hipokondriyazis ise en kısa hali ile “hastalık hastalığı”dır. Bireyin tıbbi olarak gerçek olmadığı ispatlanmasına karşın ufacık bir ağrı veya acısı olduğunda bunun önemli bir hastalığın semptomu olduğuna inandığı ve korkuya kapıldığı kaygı bozukluğu türüdür (Hocaoğlu, 2015).

Alanyazınında sağlık kaygısı bilişsel-davranışçı (inançlar) ve kişiler arası (güvensizlik, bağlanma) olarak iki modelde ele alınmaktadır (Alberts & Hadjistavropoulos, 2014). Bilişsel-davranışçı modelde problemlere ve kaygıya sebep olan inanca yoğunlaşmaktadır. Modelin çekirdeğinde olumlu olmayan önyargıların oluşturduğu bilginin işlenmesi süreci gerçekleşmektedir. Bu süreçte birey zihnindekilerin ya da bedenindeki en ufak ağrı veya acının neredeyse tedavisi mümkün olmayan bir hastalığın işareti olduğuna inanmaktadır. Yaşamın her döneminde oluşabileceği gibi kazanılan tecrübelerle değişikliğe uğrayabilmekte ve hatırlatıcı en ufak bir anda tekrar inançlar canlanmaya başlamaktadır. Bu yeniden uyanış ile tekrardan kaygılanma ve her şeyin hastalığın işareti olduğuna inanma sirkülasyonu başlamaktadır (Deale, 2007).

Kişiler arası (güvensizlik, bağlanma) modelde, sağlık kaygısını oluşturan ögenin aile üyelerinin eylemleri olduğu savunulmaktadır. Modele göre çocuğun büyütülme biçimi, istismar, şiddete maruziyet, kötü anne baba davranışı gibi çocukluk travmaları sağlık kaygısının oluşmasına neden olmaktadır. Bu travmalar yetişkinlikte hastalık hastalığı, somatizasyon gibi kaygı bozuklukları olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda bu travmalar çocukluk ya da yetişkinlik dönemi olsun bireyin tüm yaşamı boyunca başka

kişilere güvenmemesi, başkaları tarafından her davranış ve düşünce sonrası onay arayışına girmesine kısacası özgüveninin zedelenmesine neden olmaktadır (Spitzer & ark., 2008;Alberts & Hadjistavropoulos, 2014).

Sağlık kaygısı yaşayan bireyler kontrol, kaçınma, güvence arama ve bilgi araştırma gibi bazı tipik davranışlarda bulunabilirler. Bahsi geçen kontrol davranışında birey sürekli olarak bir şeyleri kontrol etmektedir böylece hafızasına güven duymamaya başlamakta böylece kaygı seviyesi gittikçe yükselmektedir. Kaçınma davranışında birey hastalık durumunu bir tehdit olarak algılamasına karşın doğruluğunu ya da yanlışlığını ortaya çıkarmak için gayret etmemektedir. Örneğin hastaneye giderek doktora muayene olmaktan veya tetkik yaptırmaktan kaçmaktadır. Güvence ve bilgi arama ise kaçınma davranışının aksine defalarca hastaneye, doktora gitme, tetkikleri tekrarlatma, internetten daha fazla bilgi araştırma şeklinde kendini göstermektedir. Bu davranışların hiç biri ise özünde sağlık kaygısı yaşayan kişinin düşüncelerini kontrol etmesi noktasında yarar sağlamamaktadır (Radomsky & ark., 2001).

Sağlık kaygısı bireyin yaşamını ipotek altına alabilecek, başka hiçbir aktivitede bulunamayacak seviyelere gelmesi sağlayabilecek ruhsal bir bozukluktur. Bu nedenle bundan kurtulabilmek adına yapılabilecekler şöyle sıralanabilir (Asmundson & ark., 2010; R. Demir, 2021; Taylor & Asmundson, 2004; Wilhelmse, 2017):

- Öncelikle psikoeğitim alınmalı ve baş etme yöntemlerinin öğrenilmelidir
- Meditasyon, yoga, nefes egzersizi gibi rahatlama yöntemlerinin öğrenilmelidir.
- Farmakolojik anlamda, obsesyon ve panik bozukluk gibi rahatsızlıkların sağlık kaygısı ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde onların tedavisinde kullanılan ilaçlar

kaygı düzeyini de azaltabilecektir. Antidepresanlar ileri düzeyde yaşanan sağlık kaygısı için hafifletici etki gösterebilir.

- Bir diğer yöntem korkuları ile baş başa anı hayalleterek tepkisinin azaltılmaya çalışılmasıdır. Örneğin, şunda kalp krizi, beyin kanaması geçirdiğini hayal et ve ne yapmak istiyorsan yap şeklinde yönelterek yapılabilir.
- Kaygı ve stres dışının çarklarıdır. Bu nedenle stresin idaresi konusunda eğitim alınması sağlanabilir ise kaygı anında verilen tepki de daha kolay yönetilebilecektir.
- Sağlık kaygısı bedende olmayan ya da çok küçük miktardaki ağrı ve acının yanlış yorumlanması üzerine kurgulanmaktadır. Bu noktada kişinin bedensel semptomlar ile zihnindeki hasta olduğuna dair düşüncelerin yeniden kurgulanması istenip aslında mantık çelişkisi olan noktaların daha net görülmesi sağlanabilir ve bu da bilişsel terapi ile kazanılabilir.

SOSYOTELİZME MARUZ KALMA

Günümüzde dijital cihazların günlük yaşamlara penetre olması ile özellikle akıllı telefonlardan ayrı beş dakika gibi kısa bir zamanı geçirmek bile artık neredeyse imkânsızdır. Özünde bireylerin aile ve tanıdıkları ile iletişim kurmak amacı ile üretilmiş olan bu teknolojik cihazların kullanımının artık etkileşimde bulunmak, bilgi edinmek, gündemi ve anı takip etmek, araştırma yapmak, sosyal medyaya girmek gibi pek çok yan amaçları bulunmaktadır. Alanda yaşanan hızlı gelişmeler sayesinde sağladığı pek çok kolaylığa rağmen bir takım problemleri yanında getirmiş durumdadır (Capilla Garrido & ark., 2021).

Bağımlılık, herhangi bir maddeye, bireye, nesneye karşı hissedilen karşı konulamaz arzu, aslında uzak kalmak istenmesine

karşın vazgeçilemediği, eğer o bir madde ise kullananının ve maruziyetin giderek artırılması ve erişilemediğinde yoksunluğa girilmesine neden olan durumlardır. Bugün yeni teknolojik aygıtların baş döndürücü şekilde gelişmesi ile “bağımlı kişilik” kavramı gündelik hayatta yerini bulmuştur. Yukarıda bahsedilen dijital çağın getirdiği problemlerden biri de dijital aygıtlara olan bağımlılıktır. Bu bağımlılık tıpkı bir maddeye olan bağımlılık gibi dijital aygıtı karşı koyamama, uzak kalamama, aklından çıkaramama, olmadığında sıkıntılı bir ruh haline bürünme, onunla sürekli temasta olma arzusudur (Arslan, 2020; Vangölü & Padır, 2023).

İletişim ve erişim bakımından sundukları birçok fırsat sayesinde akıllı telefonlar yaşamımızın önemli bir parçası haline gelmiştir. Fakat fırsatlarına rağmen bağımlılık oluşturmaları örneğinde olduğu gibi dezavantajları da bulunmaktadır. Örneğin, yüz yüze kurulan iletişim kalitesinde azalmalar meydana getirmeye başlamıştır. Telefonla aynı anda pek çok kişi ile iletişim kurabilir ve sekmeler arasında rahatça gezinebilirken yüz yüze iletişimde bu kadar çok iletişimi aynı anda sağlamak mümkün değildir. Bu da gerçek telefon bağımlıların yüz yüze iletişimden sıkılmasına, yüz yüze olanı daha az tercih etmesine ve görüşmeyi kısa tutma konusunda dürtülerinin olması gibi iletişim sorunlarına neden olmaktadır (Erzen & ark., 2021).

Akıllı telefonların neden olduğu bir diğer iletişim problemi de sosyotelizmdir (“phubbing”). “Telefon” (phone) ile “yok saymak” (snubbing) sözcüklerinin birleşimi ile oluşan bu terim, sosyal ortamlarda telefonun ortamdaki diğer insanlara karşı, onlarla iletişim kurmak yerine, onlara kendilerini değersiz hissettirecek biçimde kötüye kullanılması, ihmal edilmesi, yok sayılması, küçümsenmesi olarak tanımlanmaktadır. Yani kısaca kişinin sosyal ortamda dikkatini karşısındaki bireye değil telefonuna vermesi, vaktini telefonu ile uğraşarak geçirmesidir. Aslında bir nevi sanal iletişimin

yüz yüze olana tercih edilmesidir (Abeele, 2020; Chotpitayasunondh & Douglas, 2016).

Her türlü sosyal ve resmi ortamda karşılaşılması mümkün olan sosyotelist davranışlar uygulayıcısına göre çeşitlere ayrılmaktadır. Bu çalışmada her ne kadar sağlık çalışanı ve hasta arasındaki sosyotelizm incelenmiş olsa da literatürde partner, ebeveyn, yönetici, arkadaş ve akademik ortamda sosyotelizm olmak üzere çeşitleri bulunmaktadır (Kahraman, 2023).

Partner Sosyotelizmi: İlişkilerde bir arada olmak, bulunmak oldukça önemli bir ihtiyaçtır. Söz konusu romantik bir ilişki olduğunda bir arada olmanın kıymeti artmakta ve insanlar özel bir ilgi ve sevgi beklemektedir. İlişkinin başlama nedeni belki de bu beklentidir. Günümüzde neredeyse bir organımız haline gelmiş olan akıllı telefonlar partnerden daha fazla ilgilenilen, vakit ayrılan şey olmuş durumdadır. Bu yapılan davranışa partner sosyotelizmi ismi verilmektedir (McDaniel & ark., 2021). Çiftlerin birlikte baş başa zaman geçirdiği anların cep telefonu tarafından baltalanması diğer partner tarafından olumsuz karşılanmakta ve ilişkide çatışmalara da neden olmakta ve ilişki memnuniyetini ve kalitesini zedelemektedir. Partner tarafından dışlanma hissi, aldatılma hissi, sevilmediğini düşünme, zamanla kopmalar olduğunu hissetme, uzaklaşmaların başlaması öne çıkan sonuçlardan bazılarıdır (Roberts & David, 2016).

Ebeveyn Sosyotelizmi: Çocuklarının bakımı ile mükellef olan anne ve babaların ya da çocuğa bakım yükümlülüğü olan kişinin çocuğun istek ve gereksinimlerini yok sayarak, çocuğun gözlerinin içine bakmaksızın iletişimde bulunması ve dikkatini çocuktan öte telefonuna vermesi sonucu oluşan davranışa verilen isimdir (Bai & ark., 2020). Sosyotelist anne babalar sırf kendi telefonlarından uzak kalmamak için çocuklarının bakımı için başkalarını görevlendirmeye veya çocukların eline telefon tablet vermeye eğilimlidirler. Böyle bir davranış sonucunda doğal olarak ebeveynler

ile çocukları arasındaki ilişkinin kalitesi düşük seviyelerdedir ve çocuğun anne babaya olan güven ve bağı zedelenmektedir. Ailesinin yanında kendisini yalnız hissetmekte, herhangi bir şey istese bile bunun dikkate alınmayacağını düşünmektedirler. Aile ortamında bile bu duygulara kapılan çocuğun psikolojisi zamanla olumsuz yönde etkilenmektedir. Böylece yarının büyüğü olan çocuklarda depresyon, obsesyon, şiddet eğilimi, güven problemi, otizm ve sosyotelist davranışlar gelişmesi ihtimali artmaktadır (Hong & ark., 2019; Xie & Xie, 2020; Wang & ark., 2021).

Yönetici Sosyotelizmi: Çalışanın yönetici ile iletişim kurduğu esnada yöneticinin telefonuna odaklanası ve çalışana kendisinin dinlenmediği, ihmal edildiği algısının oluştuğu sosyotelizm türüdür (J. Roberts & David, 2017). Sosyotelist patron çalışanın ifade ettiği şey her ne ise ona odaklanmakta sorun yaşamakta ve bu nedenle zamanla yeni sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Özünde yöneticiler de bu durumun yanlış olduğunun bilincindedir. Yapılan bir çalışmada işverenlerin %28'i çalışana sosyotelizm uygulanmasının onunla olan ilişkisine zarar verdiğinin farkındadır. Güven duygusunun zarar görmesi, iş birliğinin azalması, işe bağlılığın azalması, sevilmediğini ve değer verilmediğini hissetme ve en sonunda işten devamsızlık ve ayrılışlarla bile sonuçlanabilmektedir (Özdemir, 2020; David & Roberts, 2020; Xu & ark., 2022).

Arkadaş Sosyotelizmi: Arkadaşlık ilişkisinden beklenen en temel şeyler, onların beraber zaman geçirmesi, bunun için fırsat kollaması, beraber yaşlarına göre çeşitli faaliyetlerde bulunmaları, sohbet etmeleri, etkileşim ve iletişimde olmalarıdır. Ancak akıllı cihazların hayatımıza bu denli girmesi ile artık arkadaşların bile zaman geçirme biçimleri değişikliğe uğramıştır. Bugünün arkadaşları aynı ortamda bulunurken dahil telefonlarını ihmal etmemekte arkadaşlarını yok sayarak telefonları ile uğraşmayı tercih edebilmektedir (Kahraman, 2023).

Akran veya arkadaşlar ile etkileşim ya da iletişimde iken akıllı telefona olan yakınlık, akıllı telefonu kullanma arzusu olarak tanımlanmaktadır. Diğer sosyotelizm türleri gibi arkadaş sosyotelizminin de olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Yalnızlık duygusunun artması, arkadaşlar ile olan iletişimin kalitesinin düşmesi, ilişki memnuniyetinin azalması, psikolojik iyi oluşun azalması, özgüvenin azalması, psikolojik sıkıntıların yaşanması, arkadaş dışlanması sonucu aradığı ilgiyi bulabilmek adına yeni sosyotelistlerin oluşması bu olumsuz durumlara örnek olarak verilebilmektedir (Parus & ark., 2021; Sun & Samp, 2021; Sayiner & Akbağ, 2023).

Akademik Ortamda Sosyotelizm: Akıllı telefonların z kuşağının en çok alakadar olduğu nesneler olduğu düşünüldüğünde sosyotelizmin en çok genç kuşağı etkisi altına aldığı aşikârdır (Sayiner & Akbağ, 2023). Gençlerin bir gün içerisinde kaç saat akıllı telefon kullandığının tespiti üzerine Aygar & ark. (2021) yapılan araştırmaya göre kullanım süresinin 2 ila 5 saat arasında değiştiği ve günde en az 46 kez telefonlarını gözden geçirdiklerini saptamışlardır.

Sosyotelizmin yıllar geçtikçe özellikle üniversitede eğitim almakta olan öğrencilerde dikkat çekici şekilde artış göstermesi beden sağlığı ve psikolojide, kurulan iletişimlerde, akademik başarı üzerinde, kişiler arası ilişkinin kalitesinin düşmesinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Cao & ark., 2018). Bunlara ek olarak nomofobi, fomo, “beğenileri” fazla dikkate alma, zihinsel ve fiziksel anomali, gün içinde diğer yapılması gerekenleri yetiştirememesi, uykusuzluk, baş ağrısı, dikkat dağınıklığı sıklıkla karşılaşılan diğer olumsuz sonuçlardandır (Ivanova & ark., 2020; Aygar & ark., 2021).

Açıklaması yapılan tüm sosyotelizm türlerinde anlatıldığı üzere, uygulayan ya da uygulanan fark etmeksizin, yapan ve maruz kalan kişilerin yaşamında pek çok olumsuz etkisi vardır. İletişimin tam olarak gerçekleşmemesi, kişilerin kendilerini önemsiz

hissetmesi, tekrar görüşmek istememek, dışlanma duygusu, iletişim bağlarının koparılması, kalitesiz vakit geçirilmesi, sosyal ortamdan memnuniyetsiz ayrılış, sosyal ihtiyaçların karşılanamaması, bir an önce görüşmenin sonlandırılması isteği bahsedilen bu olumsuz etkilerden öne çıkanlarıdır (Krasnova & ark., 2016; Uyar & Ayar, 2024). Ayrıca iletişim becerisinde noksanlıklar yaşamaları, konuşulanları yetersiz algılamaları ve onları da çabucak unutmaları, göz teması kurmak ve konuşulanlara kendini vermekte zorlanmalar, dikkatini başka bir şeye verememe, odaklanamama sosyotelistlerin yaşadığı diğer olumsuz deneyimlerden (Tomczyk & Lizde, 2022; Yayan & ark., 2019).

Hastaneler, hasta olduğundan şüphe eden ya da hasta olan kişilerin geldiklerinde, pek çok kişi için rahatsız edici bulunan ortamı ve kokusu nedeni ile hızlıca çıkılmak istenen ortamlardır. Hasta olunması nedeni ile ilgiye, tanı ve tedaviye ihtiyaç duyulduğundan sağlık hizmeti alımı sırasında sağlık çalışanı tarafından sosyotelizme maruz kalmak hastada veya yakınlarında gerginlik oluşmasına neden olabilmektedir. Sosyotelizme uğramak zaten normalde kişiye kendisini değersiz hissettiren bir davranıştır ve sağlık söz konusu olduğunda kişinin ihmal edildiğini hissetmesi, taşıdığı ağrıya ek olarak sinirlerin gerilmesine neden olabilmektedir. Hiçbir insan davranışı ve ilişkide kabul edilemez bir kabalık olarak nitelendirilen sosyotelizm sağlık söz konusu olduğunda mücbir sebepler dışında asla uygulanmamalıdır. Aksi durumda bu ihmal edilme hissi nedeni ile gerilen sinirler şiddet uygulama olarak davranışa dönüşebilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Şiddet içinde bulunduğumuz çağda hiçbir canlıdan canlıya yönelik olarak gerçekleştirilemeyecek kadar acı ve utanılabilir bir durumdur. İnsana bahşedilmiş en ulvi özelliklerin başında akıl sahibi olmak ve konuşabilmek gelmektedir. Bu iki özellik sayesinde

gündelik hayatta karşılaştığımız pek çok sorunu çözmemiz mümkündür. Şiddete başvurmak bir yetersizlik göstergesidir. Teknolojinin, internetin, okuma oranlarının bu kadar geliştiği günümüzde artık şiddet diye bir kavramın bahsinin geçmemesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın ana konusu şiddettir. Çalışmada şiddete neden olabileceği düşünülen sosyotelizm, siberkondri ve sağlık kaygısı kavramları bir araya getirilerek muhtemel etkisi incelenmek istenmiştir. Şiddet dışındaki değişkenleri önlemek adına yapılabilecekler konu başlıklarının altında yer verilmiştir. Aşağıda ise şiddeti önlemek adına bazı tavsiyelere yer verilmiştir:

- Yaşanan şiddet olaylarından sonra sağlık çalışanının itibarı ve saygınlığı bireylerin gözünde zedelenmiş durumdadır. Zedelenen bu itibarı tekrar kazanacak bir tutum sergilenmeli ve sağlıkçıları değersiz hissettirecek en ufak bir uygulama ya da söylemden dahi sakınılmalıdır.
- Sağlık çalışanına karşı en ufak bir şiddet girişiminde bulunulduğunda özel ve devlet kurumlarındaki tüm idareciler benzer sert tepkilerde bulunmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına karşı şiddet girişim ve davranışı gösteren birey yalnızca adli ya da para cezası ile cezalandırılmamalı bir takım hak mahrumiyetleri uygulanmalıdır.
- Devlet büyükleri, kurum yöneticileri, medya organları tüm şiddet olaylarını gündeme taşımalı ve aynı kınayıcı tutumda bulunmalıdır.
- Sağlık işyerinde şiddetin engellenmesinde, sağlık camiasının tüm bileşenleri benzer kınayıcı tutumda ve iş ortaklığında bulunmalıdırlar.

- Beyaz Kod sistemi etkin bir şekilde kullanılmalıdır.
- Girişimde bulunulan şiddet olayının karşı tarafta sebep olduğu etkiler gözetilerek mutlak suretle maddi ya da manevi yaptırımlarda bulunulmalıdır.
- Sağlık personeline böyle bir durum karşısında asla yalnız kalmayacağı, gerekenin yapılacağı ve tüm haklarının korunacağı konusunda teminat sağlanmalıdır.
- Hastaya kendini yeterince ifade edecek ve tatmin olacak kadar ama sistemi de aksatmayacak kadar bir zaman tanınmalıdır.
- Tanı ve tedavide hastanın fikri de alınmalıdır.
- Güvenlik önlemleri ve personelleri arttırılmalıdır. Kör noktalar tespit edilmeli giderilmesi için faaliyette bulunulmalıdır.
- Özellikle akşam saatlerinde ihmal edilen ziyaretçi giriş çıkışlarına dikkat edilmeli, içerde kalma süresi, içeriye alınabilecekler, kişi sayısı hk konulan kurallar aynen uygulanmalıdır.
- Hasta veya refakatçi bileklikleri ya da kartları kullanılarak hastane içerisinde bulunabileceği alanlar kısıtlanmalıdır.
- Sağlık çalışanlarına kriz ve stres yönetimi konusunda eğitim verilmelidir.
- Çalışma saatleri ve iş yükleri makul seviyeye çekilmelidir.
- Hastanın öyküsü ve şikâyetleri hassasiyetle dinlenmelidir dikkat dağıtıcı telefon gibi cihazların sesi azaltılmalıdır.

Kaynakça

- Abeele, M. V. (2020). The social consequences of phubbing. *The Oxford Handbook of Mobile Communication and Society*, 158–174.
- Adaş, E., Elbek, O., & Bakır, K. (2008). *Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı, Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-I*. <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/gaziantepsiddet.pdf>,
- Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gken, C., Yılmaz, D., & Yıldırım, C. (2012). Increased violence towards health care staff. *Journal Of Academic Emergency Medicine*, 11(2), 115–124.
- Alberts, N., & Hadjistavropoulos, H. (2014). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, 27(2), 216–228.
- Alsaleem, S., Alsabaani, A., Alamri, R., Hadi, R., Alkhayri, M., Badawi, K., & Badawi, A. G., Alshehri, A. A., Al-Bishi, A. M. (2018). Violence towards Healthcare Workers: A Study Conducted in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 25(3), 188–193.
- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Current Approaches in Psychiatry*, 2(2), 161–173.
- Arslan, A. (2020). Üniversite öğrencilerinin dijital bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *International E-Journal of Educational Studies*, 4(7), 27–41.

- Asmundson, G., Abramowitz, J., Richter, A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: Current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 12, 306–312.
- Ay, I. (2024). *Bir Üniversite Hastanesinde Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Hekimlerin Mesleki Değer Algısı İle Sağlıkta Şiddete Maruziyet Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Aygar, H., Tozun, M., Ünsal, A., Arslantaş, D., Oktar, D., & Dagtekin, G. (2021). Determination of the prevalence of phubbing and its possible relations with personality characteristics and with the other factors among the students of the faculty of medicine from Western Turkey. *International Research Journal of Social Sciences*, 10(1), 20–27.
- Aykaç, S., & Yıldırım, Ş. (2021). Gelişen Dünyada nomofobi ve sosyotelist olma- sosyotelizme maruz kalmanın etkileri. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 243–256.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Balcı, Y., & Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 276–292.
- Bagarić, B., & Begić, N. (2019). Cyberchondria – Health Anxiety Related to Internet Searching. *Socijalna Psihijatrija*, 47(1), 28–50.
- Bai, Q., Bai, S., Dan, Q., Lei, L., & Wang, P. (2020). Mother phubbing and adolescent academic burnout: The mediating role of mental health and the moderating role of agreeableness and neuroticism. *Personality and Individual Differences*, 155, 109622. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2019.109622>

- Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M., & De Cordova, F. (2019). Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments: The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *BioMed Research International*, 2019(1), 5430870. <https://doi.org/10.1155/2019/5430870>
- Cao, S., Jiang, Y., & Liu, Y. (2018). Analysis of phubbing phenomenon among college students and its recommendations. *Journal of Arts & Humanities*, 7(12), 27–32. <https://doi.org/https://doi.org/10.18533/journal.v7i12.1524>
- Capilla Garrido, E., Issa, T., Gutiérrez Esteban, P., & Cubo Delgado, S. (2021). A descriptive literature review of phubbing behaviors. *Heliyon*, 7(5), e07037. <https://doi.org/10.1016/J.HELIYON.2021.E07037>
- Chellappa, S., & Aeschbach, D. (2022). Sleep and anxiety: From mechanisms to interventions. *Sleep Medicine Reviews*, 61(101583).
- Chotpitayasunondh, V., & Douglas, K. M. (2016). How “phubbing” becomes the norm: The antecedents and consequences of snubbing via smartphone. *Computers in Human Behavior*, 63, 9–18. <https://doi.org/10.1016/J.CHB.2016.05.018>
- Çınarlı, İ., & Yücel, H. (2014). Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye’de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 31–52.
- David, M., & Roberts, J. (2020). Developing and Testing a Scale Designed to Measure Perceived Phubbing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8152.

- Deale, A. (2007). Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 6(6), 240–246. <https://doi.org/10.1016/J.MPPSY.2007.03.005>
- Demir, R. (2021). *Yetişkin Bireylerin Sosyal Destek, Yalnızlık Ve Sağlık Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi: Konya Örneği*. Selçuk Üniversitesi.
- Demir, Y., Dağ, E., & Özpınar, S. (2024). The Relationship of E-health Literacy with Cyberchondria: A Cross-Sectional Study on Pregnant Women. *Journal of Health Literacy*, 9(1), 89–101.
- Duğan, Ö. (2015). *Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansıması*. Selçuk Üniversitesi.
- Dursun, Y. (2011). Şiddetin İzini Sürmek:Şiddet Nedir? *FLSF Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 12, 1–18.
- Erdoğan, A., & Hocaoglu, Ç. (2020). Siberkondria: Bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(4), 435–443.
- Erzen, E., Odaci, H., & Yeniçeri, İ. (2021). Phubbing: Which personality traits are prone to phubbing? *Social Science Computer Review*, 39(1), 56–69.
- Gençarslan, D., Kaplan, S., Açıkgöz, E., & Işıl, Ö. (2024). COVID-19 Pandemisinde Bireylerin Sağlık Kaygısı Düzeyleri ve Başa Çıkma Tutumları. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 17(1), 37–46.
- Grassi, L., McFarland, D., & Riba, M. (2021). Medical Professionalism and Physician Dignity: Are We at Risk of Losing It? *Depression, Burnout and Suicide in Physicians*, 11–25.
- Hocaoglu, Ç. (2015). Farklı Bir Hipokondriyazis: Bir Vaka Sunumu. *Journal of Mood Disorders*, 5(1), 36–39. <https://doi.org/10.5455/jmood.20141119012438>

- Hong, W., Liu, R. De, Ding, Y., Oei, T. P., Zhen, R., & Jiang, S. (2019). Parents' Phubbing and Problematic Mobile Phone Use: The Roles of the Parent-Child Relationship and Children's Self-Esteem. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(12), 779-786. <https://doi.org/10.1089/CYBER.2019.0179>
- Hoşgör, H., & Türkmen, İ. (2021). Bitmeyen Çile: Sağlıkta Şiddet (Medimagazin Haber Portalı Üzerinden Bir Araştırma). *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 4(2), 192-211. <https://doi.org/doi:10.52538/iduhs.975708>
- Ivanova, A., Gorbaniuk, O., Błachnio, A., Przepiórka, A., Mraka, N., Polishchuk, V., & Gorbaniuk, J. (2020). Mobile phone addiction, phubbing, and depression among men and women: A moderated mediation analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(2), 655-668. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11126-020-09723-8>
- Jeffers, A. J., Benotsch, E. G., Green, B. A., Bannerman, D., Darby, M., Kelley, T., & Martin, A. M. (2015). Health anxiety and the non-medical use of prescription drugs in young adults: A cross-sectional study. *Addictive Behaviors*, 50, 74-77. <https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2015.06.012>
- Jones, S., Hadjistavropoulos, H., & Gullickson, K. (2014). Understanding Health Anxiety Following Breast Cancer Diagnosis. *Psychol, Health Med*, 19(5), 525-535.
- Kahraman, N. (2023). *Sosyotelizm İle Dijital Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Anadolu Üniversitesi Örneği*. Anadolu Üniversitesi.
- Kalmaz, A., & Temel, M. (2024). Kronik Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri*

- Karapıçak, Ö., Aslan, S., & Utku, Ç. (2012). Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 43–51.
- Keser Özcan, N., & Bilgin, H. (2011). Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: SistematiK Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1442–1456. <https://doi.org/10.5336/MEDSCI.2010-20795>
- Krasnova, H., Abramova, O., Notter, I., & Bauman, A. (2016). Why Phubbing Is Toxic For Your Relationship: Understanding The Role Of Smartphone Jealousy Among “Generation Y” Users. *AIS Electronic Library (AISEL)*, 109.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. a, Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization. *Organização Mundial Da Saúde*, 380. <https://doi.org/https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>
- Lafta, R., & Falah, N. (2019). Violence Against Health-Care Workers in a Conflict Affected City. *Medicine, Conflict and Survival*, 35(1), 65–79.
- Lever, I., Dyball, D., Greenberg, N., & Stevelink, S. A. M. (2019). Health consequences of bullying in the healthcare workplace: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3195–3209. <https://doi.org/10.1111/JAN.13986>
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., & Lamb, J. (2000). A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and

- Surgical Settings. *JAMA*, 284(8), 1021–1027.
<https://doi.org/10.1001/JAMA.284.8.1021>
- McDaniel, B., Galovan, A., & Drouin, M. (2021). Daily technoference, technology use during couple leisure time, and relationship quality. *Media Psychology*, 24(5), 637–665.
- McDaniel, B. T., Galovan, A. M., & Drouin, M. (2021). Daily technoference, technology use during couple leisure time, and relationship quality. *Media Psychology*, 24(5), 637–665.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 259–265.
<https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2013.12.007>
- Öter, M., & Karaaziz, M. (2024). Somatoform Bozukluğu ve Bilişsel Davranışçı Terapi Üzerine Sistemik Derleme. *Pearson Journal Of Social Sciences & Humanities*, 8(28), 1376–1387.
- Oyama, O., Paltoo, C., & Greengold, J. (2007). Somatoform Disorders. *American Family Physician*, 76, 1333–1338.
- Özcan, F., & Yavuz, E. (2017). Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında. *Jour Turk Fam Phy*, 8(3), 66–74.
<https://doi.org/10.15511/tjtfp.17.00236>.
- Özdemir, S. (2020). Yönetici Sosyotelizmi (Phubbing): Bir Ölçek Uyarlama Çalışması. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(19), 134–145.
- Özerkmen, N., & Gölbaşı, H. (2012). Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet. *Akademik Bakış Dergisi*, 28, 23–37.
- Parus, M., Adu, A., & Kerat, M. (2021). Phubbing Behavior and Quality of Friendship in Faculty of Public Health, Nusa

- Cendana University. *Journal of Health and Behavioral Science*, 3(1), 13–23.
- Polat, Ö., & Çırak, M. (2019). Sağlıkta Şiddetin Beyaz Kod Verileri ile Değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 15, 393–398.
- Radomsky, A., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 813–822.
- Roberts, J. A., & David, M. A. (2016). My life has become a major distraction from my cell phone: Partner phubbing and relationship satisfaction among romantic partners. *Computers in Human Behavior*, 54, 134–141. <https://doi.org/10.1016/J.CHB.2015.07.058>
- Roberts, J., & David, M. (2017). “Put Down Your Phone And Listen To Me: How Boss Phubbing Undermines The Psychological Conditions Necessary For Employee Engagement.” *Computers in Human Behavior*, 75, 206–217.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). *Çalışan Güvenliği Genelgesi*. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sayiner, B., & Akbağ, M. (2023). Sosyotelizm: Farklı Bağlamlarda Bir Değerlendirme. *Akademik Hassasiyetler*, 10(21), 80–115.
- Shafran-Tikva, S., Chinitz, D., Stern, Z., & Feder-Bubis, P. (2017). Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6, 1–12.
- Spitzer, C., Barnow, S., Gau, K., Freyberger, H., & Grabe, H. (2008). Childhood Maltreatment in Patients with Somatization Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(4), 335–341.

- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205–213. <https://doi.org/10.1586/ERN.12.162>
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychother Psychosom*, 86(3), 129–133.
- Stein, M., & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059–2068.
- Sun, J., & Samp, J. (2021). “Phubbing is happening to you”: examining predictors and effects of phubbing behaviour in friendships. *Behaviour and Information Technology*, 41(12), 2691–2704.
- Tarhan, N., Tutgun-Ünal, A., & Ekinçi, Y. (2021a). Yeni kuşak hastalığı siberkondri: Yeni medya çağında kuşakların siberkondri düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı ilişkisi. *OPUS International Journal of Society Researches*, 17(37), 4253–4297.
- Tarhan, N., Tutgun-Ünal, A., & Ekinçi, Y. (2021b). Yeni Kuşak Hastalığı Siberkondri: Yeni Medya Çağında Kuşakların Siberkondri Düzeyleri İle Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(37), 4253–4297. <https://doi.org/10.26466/opus.855959>
- Taylor, S., & Asmundson, G. (2004). *Treating Health Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach*. The Guilford Press.
- Tekin, B. (2024). *Dijital Çağın Hastalığı “Siberkondri” İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

- Thakur, V., & Guleria, S. (2022). Cyberchondria (Compulsive Digital Usage related to health): An Overview. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 12(4), 454–456.
- Tomczyk, Ł., & Lizde, E. (2022). Nomophobia and Phubbing: Wellbeing and new media education in the family among adolescents in Bosnia and Herzegovina. *Children and Youth Services Review*, 137, 106489.
- Torun, N. (2020). Şiddete Yönelik Beyaz Kod Verilerin Değerlendirilmesi. *Cukurova Tıp Dergisi*, 45(3), 977–984.
- Uğurlu, Z., Karahan, A., Ünlü, H., Abbasoğlu, A., Özhan Elbaş, N., Avcı Işık, S., & Tepe, A. (2015). The effects of workload and working conditions on operating room nurses and technicians. *Workplace Health & Safety*, 63(9), 399–407.
- Uyar, P., & Ayar, D. (2024). *Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanımı ve Aile İletişiminin Sosyotelist Olma ve Sosyotelizme Maruz Kalma Durumlarına Etkisi*. 14(1), 83–89. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.33631/sabd.1206855>
- Uzun, S., & Zencir, M. (2022). Cyberchondria and Associated Factors Among University Staff. *ESTUDAM Public Health Journal*, 7(2), 257–268.
- Vangölü, M. S., & Padır, M. A. (2023). *Sosyal Ortamlarda Bir İletişim Bariyeri: Phubbing (Sosyotelizm)*.
- Wang, X., Qiao, Y., Li, W., & Lei, L. (2021). Parental Phubbing and Children's Social Withdrawal and Aggression: A Moderated Mediation Model of Parenting Behaviors and Parents' Gender. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(21–22), NP19395–NP19419. <https://doi.org/10.1177/08862605211042807>
- Wilhelmse, I. (2017). Hypochondriasis or health anxiety. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1(8).

- World Health Organization. (2021). *Preventing Violence Against Health Workers*. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
- Xie, X., & Xie, J. (2020). Parental phubbing accelerates depression in late childhood and adolescence: A two-path model. *Journal of Adolescence*, 78, 43–52. <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2019.12.004>
- Xu, T., Wang, T., & Duan, J. (2022). Leader Phubbing and Employee Job Performance: The Effect of Need for Social Approval. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 2303–2314. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S370409>
- Yayan, E., Dağ, Y., Düken, M., & Ulutaş, A. (2019). Investigation of relationship between smartphone addiction and internet addiction in working children in industry. *Journal of Human Sciences*, 16(1), 143–154.
- Yiğitbaş, Ç., & Deveci, S. (2011). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 42, 23–28.
- Yılmaz Gökyaka, G. (2024). *Flört Şiddeti Tutumlarının Anne Babanın Çocuk Yetiştirme Tutumları ve Transaksiyonel Analiz Ego Durumları İle İlişkisi*. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi.
- Yılmaz, K., Kaya, K., Özese, T., & Hilal, A. (2023). Adana’da Sağlık Çalışanları Arasında Şiddete Maruz Kalma Yaygınlığı ve Sağlıkta Şiddete İlişkin Görüşleri. *Hukuki Tıp Bülteni*, 28(2), 11–159.

SAĞLIK YÖNETİMİNDE ÖZEL GÜNCEL KONULAR

