

Sağlığı Geliştirme Programlarının İşte Var Olamama (Presenteeism) Üzerindeki Etkisine Yönelik Alanyazın İncelemesi

The Impact of Health Promotion Programs on Presenteeism: A Review of the Literature

Dilek ŞAHİN¹

ÖZ

İşte var olamama (presenteeism) genelde verimliliğin düşmesine neden olabilecek hastalık, yaralanma, anksiyete vb. durumlara rağmen çalışmak için işe gelinmesi olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalar bu durumun devamsızlıktan daha fazla verimlilik kayıplarına yol açtığını saptamıştır. Sağlığı geliştirme programı ise bir işyerinin sunduğu sağlık, güvenlik ve sağlıklı yaşam etkinliklerinin tamamıdır. Bu makalenin amacı, sağlık nedenlerine bağlı ortaya çıkan işte var olamamanın önlenmesine yönelik sürdürülmüş olan sağlığı geliştirme programlarının etkililiğinin incelenmesidir. Bu çalışma alanyazın taramasına dayalı olarak hazırlanmıştır. Elektronik veri tabanlarında yapılan tarama sonucunda, araştırmanın amaç ve kriterlerine uygun 16 araştırmaya ulaşılmıştır. Elde edilen bulgularda işte var olamama durumuna bağlı verimsizliğin sağlığı geliştirme programları ile azaltılabileceğine ve bu programlara yapılan yatırımların çalışanların verimliliğini artırarak kuruma maddi getiri sağladığına dair bulgulara ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İşte Var Olamama, Sağlığı Geliştirme Programı

ABSTRACT

Presenteeism is defined as, the practice of coming to work despite illness, injury, anxiety, etc. often resulting in reduced productivity. Health promotion programs are all health, safety and wellness activities offered by a workplace. The aim of this research is to examine the effectiveness of health promotion programs that have been carried out to prevent sickness presenteeism. This study was based on the scanning of the literature. Sixteen studies have been reached for the purpose of research in electronic databases. Findings show that the inefficiency associated with presenteeism can be reduced by health promotion programs, and that investments in these programs increase the productivity of employees and provide financial return to the institution.

Keywords: Health Promotion Program, Presenteeism

Geliş Tarihi/Received: 04.09.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 15.01.2019

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ORCID: 0000-0003-0865-7763

Sorumlu yazar /correspondence: Dilek ŞAHİN, Dr. Öğr. Üyesi Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Konuralp Yerleşkesi, Merkez/Düzce, Turkey, dileksahin@duzce.edu.tr

2. Uluslararası Sosyal Bilimler Sempozyumu'nda sözel olarak sunulmuş bildirinin genişletilmiş halidir, 18-20 Mayıs 2017.

Giriş

İş hayatında emeklilik yaşının uzamasıyla birlikte işyerlerinde daha yaşlı bir işgücü nüfusunun oluşması, artan rekabet koşullarıyla çalışanların verimliliğinin daha fazla sorgulanması, kronik hastalıkların yaygınlaşması, modern yaşamın getirdiği stres ve buna bağlı hastalıkların artması gibi nedenlerle çalışanların sağlığı gün geçtikçe daha çok önemsenmektedir. İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin tedbirlerin alınması yanında toplumsal ve örgütsel bir öncelik olarak çalışan sağlığının geliştirilmesi ve buna bağlı verimlilik artışları önemli hale gelmektedir. Bu kapsamda iş yerlerindeki sağlığı geliştirme programları ve bunların hastalığa bağlı işte var olamama (presenteeism) durumları üzerindeki etkisi ele alınacaktır.

İşte Var Olamama (Presenteeism) ve Sonuçları

İşte var olamama insan kaynaklarının verimliliğini arttırmada önemli bir olgu olarak daha sık tartışılmaya başlamıştır. Araştırmalar işte var olamamanın yaygınlığının tahminlerden fazla olduğuna işaret etmektedir (1). İşte var olamamaya ilişkin alan yazında geniş bir tanım önerisi bulunmaktadır. En yaygın kullanımı ise genellikle düşük verimlilik ile sonuçlanan hastalık, yaralanma, anksiyete gibi bir takım durumlara sahip olunmasına rağmen çalışmak için işe gelmesidir (2).

Sağlık sorunu bulunan kişilerin hiç ara vermeden çalışmaya devam etmeleri nedeniyle karşılaşılan sorunlar her geçen gün daha fazla ortaya çıkmaktadır. Umann ve Guido (2012) bir araştırmalarında işte var olamamadan dolayı hemşirelerin %75'nin verimlilik kaybı indeksini %4.84'ün üzerinde belirlemiştir (3). Davis ve Collins (2005) çalışmasında Amerika Birleşik Devletlerindeki çalışanların sağlık problemlerine rağmen işe gittiklerini ortaya koymuştur (4). Benzer bir başka araştırma Warren ve White-Means (2011) tarafından yapılmıştır (5). Bu araştırmada, hemşireler ve eczacıların işte var olamamadan kaynaklı verimlikte ortalama %13,2'lik bir kayıp yaşadığı ve işte var olamama oranının %52,65 olduğu belirlenmiştir.

Tennessee Üniversitesi Tıp Fakültesi ile bir ilaç firması, migren hastalığı ile ilgili olarak 509 kişi üzerinde bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu araştırmada yoğun migren ağrısına maruz kalan

çalışanların %62'sinin verimliliklerinde %25 oranında azalma olmasına rağmen çalışmaya devam ettikleri bulunmuştur (6). Ayrıca, işte var olamama işyeri güvenliğini de tehdit etmekte, olası hata oranlarını da arttırabilmektedir (7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her bir çalışanın 1 günü sağlık koşulları nedeniyle devamsız, işteki 2.4 günü performans kaybından (işte var olamamadan) dolayı verimsiz olarak belirlenmiştir (5). Örgütsel bakış açısıyla, Hemp 2004 yılındaki çalışmasında sadece Amerika Birleşik Devletlerinde 150 milyar dolar olarak tahmin edilen işte var olamama ile mücadelenin, rekabet avantajında önemli bir kaynak olduğunu ifade etmektedir (8).

Rankin'e (2010) göre depresyonun maliyeti, Amerika Birleşik Devletlerinde bir yılda 83 milyar dolardır. Bunun yaklaşık üçte ikisi düşük verimlilik ve devamsızlıktan kaynaklanmaktadır. Depresyona maruz kalan kişiler, işlerini yapmakta ve odaklanmakta zorluk yaşadıklarını belirtmektedir. Bu kaçınılmaz olarak işverenler için yüksek maliyetlere dönüşmektedir. İşverenler ise depresyon tarama programlarını yatırım karlılığından emin olmadıkları için onaylamamaktadır (6).

Duke Üniversitesindeki araştırmacıların 2006 ve 2008 yıllarını kapsayan araştırma sonuçlarına göre obezlikten zarar gören çalışanların örgüte yaklaşık maliyeti kadınlar için 16.900 dolar ve erkekler için 15.500 dolar olarak belirlenmiştir. Ek olarak, tam zamanlı çalışan obezlerde, işte var olamama işverenler için 73,1 milyar dolar üzerinde önemli bir maliyete neden olmuştur. Çalışanlar bir hastalıktan dolayı kendilerini kötü hissettiklerinde işte olmayı tercih etme eğilimi ortaya koymaktadır. Bu durum ise sağlıklı çalışanlar için de risk oluşturmaktadır. Sağlığını yitirmiş bir çalışan diğerlerine de hastalığı bulaştırarak işletmede kar kaybına sebep olabilmektedir (6).

İşte var olamama için fazla kilo, kötü beslenme, egzersiz yapmama, yüksek stres, yönetici ve çalışma arkadaşlarıyla olumsuz ilişkilerin potansiyel risk faktörü oluşturduğu ve bu risk faktörleri ve işte var olamama için işyeri sağlığı geliştirme programlarının olumlu etki yapabileceği belirlenmiştir (9). İşyerlerinde sağlığı

geliştirme için yapılan faaliyetlerin çalışanların sağlığına olumlu etkisinin bulunduğu böylelikle de işte var olamamanın azalacağı ve kişilerin kendilerini daha iyi hissedebilecekleri düşünülebilir.

İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları

Sağlığı koruma ve geliştirme, sağlık açısından olumlu yaşam biçimlerinin ve toplumsal, ekonomik, çevresel ve kişisel faktörlerin geliştirilmesini kapsayan geniş bir kavramdır (10). Sağlığı geliştirme programları fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştirmek, sağlık risklerini azaltmak ve işyeri sağlığını arttırmak için tasarlanmaktadır (11, 12). Sağlığı geliştirme programları üç aşamada ele alınmaktadır. Birinci aşama, bireyin davranışının farkında olmasını sağlama; ikinci aşama, davranış değişimi ve üçüncü aşama kazanılan davranışın sürdürülebileceği destekleyici çevrenin oluşturulmasıdır (12). Sağlığı geliştirme programları planlanırken önemli paydaşların katılımı sağlanmalı, zaman, para ve diğer kaynaklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte programlara ilişkin veri toplama ve yorumlama, sağlığı geliştirme ile ilgili yaklaşımlar, teoriler ve modeller dikkate alınarak karar verilmeli ve planlama araçları kullanılmalıdır (11).

İş yerlerinde sağlığı geliştirme faaliyetleri özellikle sağlıklı olmak için uygun davranış biçimlerini geliştirme ve sürdürmeyi hedefleyerek tıbbi maliyetleri önlemeyi ve verimliliği arttırmayı hedeflemektedir (13-15). İşyerinde sağlığı geliştirme programları; işe ilişkin sağlık tehlikelerinden korunma yolları, kaza ve yaralanmaların önlenmesi, fiziksel egzersiz, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, tütün, alkol ve madde kullanımının önlenmesi, stresle baş etme yolları, şiddetin önlenmesi gibi farklı özelliklere sahip bir takım konuları kapsayabilir. Programların temel amacı; çalışanların işyeri ortamında sağlıklarını olumsuz olarak etkileyen biyolojik, fiziksel ve sosyal etkenleri ortadan kaldırmak, çalışanları sağlıklarını nasıl koruyacakları konusunda eğitmek ve onları olumlu sağlık davranışlarına yönlendirmektir (10).

Kronik hastalıklardaki artış, yaşlanmakta olan iş gücü, çalışanların sağlıklı çalışma hayatını uzatmanın toplumsal ve örgütsel bir öncelik olması sağlığı geliştirme aktivitelerini önemli kılmaktadır (15). İşyerlerinde çalışanların

organize bir topluluk olması, çalışanlara ulaşma kolaylığı, çalışan kişilerin günün önemli bir bölümünü işte geçirmesi, aynı işyerinde çalışan kişilerin akran özellikleri ve grup dinamiklerinin daha kolay oluşturulabilmesi gibi özellikler, işyerlerini sağlığı geliştirme etkinlikleri açısından elverişli kılmaktadır (10). Uygulandığı işyerlerinde ise üretkenliğin ve çalışan memnuniyetinin arttığı, sağlık bakım giderlerinin azaldığını gösteren sonuçlar elde edilmiştir (12, 16, 17). Öte yandan, iş yeri sağlığı geliştirme programları dünyada hızla ve az miktarda kamu sektörü yatırımlıyla gelişen nispeten genç bir alan olduğu dolayısıyla, programların farklı boyutlarının uzun dönemli etkililiği ile ilgili yeterli veriye sahip olunmadığı yönünde eleştiriler de getirilmektedir (17, 18).

İşte var olamama, gün geçtikçe işletmeler açısından önemi anlaşılan ve verimlilik kayıpları ile gündeme gelen bir konu olmuştur. Sağlığı geliştirme programlarının ise işte var olamamaya bağlı ortaya çıkan verimliliği azaltmada önemli bir rol oynadığına ilişkin bir takım araştırma sonuçları mevcuttur. Bu araştırmanın amacı, sağlık nedenlerine bağlı ortaya çıkan işte var olmamanın önlenmesine yönelik sürdürülmüş olan sağlığı geliştirme programlarının etkililiğinin incelenmesidir. Bu genel amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

1. Sağlığı geliştirme programları işte var olamamayı azaltmada etkili midir?
2. İşte var olmamayı önleme ve azaltma çalışmalarında ne tür sağlığı geliştirme programları kullanılmaktadır?
3. İşte var olmamayı önleme ve azaltmada etkisi bulunmayan sağlığı geliştirme programları bulunmakta mıdır?

Yöntem

İşte var olamama iş ikliminin değişmesiyle ampirik olarak yazında 1990'lar ve sonrasında ortaya çıkmaya başlamıştır (19). Bu sebepten dolayı konuya ilişkin tarama, 1990-2018 yılları arasındaki alanyazın araştırmasına dayalı olarak hazırlanmıştır. Araştırma 2018 Ağustos ayı içerisinde SobiAt Atif Dizini, Wiley Online, İdealonline Süreli Yayın, Cochrane Library, Clinical Key, Türkiye Klinikleri, EBSCOHOST, MEDLINE, ASOS INDEX veri tabanları

taranarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Ulusal Tez Merkezi ve Google Akademik arama motoru da taranmıştır. Anahtar kelimeler olarak “İşte var olamamama (preseenteism), sağlığı geliştirme programı (health promotion programme), verimlilik (productivity)” kullanılmıştır. Tarama, İngilizce ve Türkçe olarak ayrı ayrı yapılmıştır. Ancak alan yazında sağlığı geliştirme programlarının işte var olamamaya etkisine ilişkin Türkçe yapılan çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmada ilk önce, sağlığı geliştirme programını içeren tüm makaleler değerlendirmeye alınmıştır. Bu kategoriye hem müdahale hem de gözlemsel çalışmalar dahil edilmiştir. Daha sonra uygulanan sağlığı geliştirme programlarına yönelik işte var olamama ve sağlığa bağlı iş yeri verimliliğini içeren çalışmalar seçilmiştir. Ölçütlere uyan toplam 16 çalışmanın araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Her bir araştırmaya ilişkin araştırmanın yapıldığı ülke, katılımcıları, sağlığı geliştirme programı, süresi, işte var olamamaya ilişkin veri toplama aracı ve uygulamanın sonuçları hakkında bilgi toplanmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Tarama ölçütleri sonucunda ulaşılan araştırmaların detayları Tablo 1’de sunulmuştur (20-35). Tabloda araştırmalar tarih sırasına göre sıralanmıştır. İşte var olamamaya ilişkin alan yazın 1990 yılından sonra ortaya çıkmaya başlamış (19) ve sağlığı geliştirme programları ile ilişkilendirilmesi 2000’li yılları bulduğu gözlemlenmiştir.

Araştırmalar farklı ülkelerde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların 7’si (%43,75) Amerika Birleşik Devletlerinde, 6’sı (%37,75) Avrupa Birliği ülkelerinde (Finlandiya, Birleşik Krallık, İsveç, Danimarka), 2’si (%12,15) Kanada’da ve 1’i (%6,25) Japonya’da yapılmıştır.

Çalışmalarda araştırma grupları, evde yaşlı ve hasta bakım çalışanları (kadın çalışanlar), çamaşırhane çalışanları (kadın çalışanlar), finans sektörü çalışanları, gıda, ev ve kişisel bakım çalışanları, kamu sektöründeki kadın çalışanlar, tanılan ruh sağlığı sorunu olan çalışanlar, ameliyathane personeli, otel çalışanları, sağlığı geliştirme programlarına katılanlar, 2009-2010 Kanada Halk Sağlık Araştırmasına dahil edilenler, diyabetli çalışanlar, Virginia’daki 28 farklı iş yeri, iletişim sektörü ve sağlık çalışanları olarak

belirlenmiştir. Araştırma gruplarının daha çok hizmet sektöründe çalışanlar arasından seçildiği gözlemlenmektedir. İşte var olamama birçok meslek için var olmasına rağmen, hizmet sektöründe özellikle eğitim, sosyal yardım ve sağlık sektöründe daha yüksek bulunmaktadır. İnsanların temel ihtiyaçlarıyla ilgili bakım sağlayan mesleklerde, işte olmayla ilgili daha güçlü bir gereklilik hissedilmektedir (1).

Araştırma grupları özellikle kadın çalışanlardan oluşmaktadır. Kadın çalışanlar daha az egzersize vakit ayırmaktadır ve kadınların fiziksel iş gereklerinin yüksek olduğu işlerde kas gücüne dayalı yeterlilikleri daha düşüktür (33). Dolayısıyla söz konusu alanlarda iş yapabilirliklerinin düşük olması (32), işte var olamamanın yaygın görülmesini artırmaktadır (19, 36). Migren ve depresyon gibi işte var olamamayı arttıran hastalıklar da kadın çalışanlarda daha sık görülmektedir (8). Buna bağlı olarak da söz konusu araştırmalar ağırlıklı olarak kadın çalışanlar üzerinde sürdürülmüş olabilir.

Çalışmada ortaya çıkan bir diğer sonuç, sık rastlanan ve verimlilik kaybına neden olan aşırı kilo, kronik ağrı, uyku bozukluğu, depresyon ve diyabete ilişkin sorun yaşayan personelin belirlenip daha çok bunlara yönelik programların oluşturulmasıdır. Bununla birlikte geniş örneklem gruplarını (ulusal sağlık taramalarına ve tüm sağlığı geliştirme programlarına katılanları) içeren araştırmalar da mevcuttur ve bu araştırmalarda sadece sağlık sorunu yaşayan değil tüm çalışanlar araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmalarda, sağlığı geliştirme programları ile ilgili stres yönetimi, uyku düzenini iyileştirme, kas ağrılarını giderme, dengeli beslenme, diyabet, kilo kontrolü, ruh sağlığının ve fiziksel aktivitenin geliştirilmesi ile ilgili müdahalelerin gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Müdahalelerde fiziksel aktivitenin geliştirilmesi, kilo kontrolü ve ruh sağlığına iyileştirmesine yönelik müdahaleler en sık başvurulan uygulamalardır.

Psikolojik hastalıkların iş verimliliğine etkisi son dönemlerde artan bir ivme ile tartışılmaktadır. Devamsızlık ve işte var olamamaya ilişkin kayıplar farklı araştırmalarda hesaplanmaktadır. Psikolojik hastalıklar arasında sık görülen depresyon ve bipolar rahatsızlıklar ise

Tablo 1. Sağlık Geliştirme Programlarının İşte Var Olamama (Presenteeism) Üzerindeki Etkisine Yönelik Araştırmalar

Yazar/Yıl/Yer	Katılımcı Sayısı	Örneklem/ Çalışma Grubu	Cinsiyet	Müdahale Programı	Süre	İşte Var Olamamada Veri Toplama Aracı	İşte Var Olamamaya Etkisi
Pohjonen ve Ranta (2001)-Finlandiya	Müdahale Grubu: 50 Kontrol Grubu: 37	Evde yaşlı ve hasta bakım çalışanları	Kadın	Fiziksel aktivitenin geliştirilmesi (Haftada iki kez 9 ay boyunca)	1 yıl 5 yıl	İş kabiliyeti indeksi	Etkili (5 yıllık periyotta kontrol grubunun çalışma kabiliyeti müdahale grubuna göre yaklaşık üç kat azaldı)
Nurminen vd. (2002)-Finlandiya	Müdahale Grubu: 133 Kontrol Grubu: 127	Çamaşırhane çalışanları	Kadın	Fiziksel aktivitenin geliştirilmesi (Haftada 1 kez 8 ay boyunca)	3 ay 8 ay 12 ay ve 15 ay	İkili iş kabiliyeti indeksi	Etkili (12 aylık sürede “iyi” ve “mükemmel” iş kabiliyeti, 8 aylık sürede iş kabiliyetindeki sağlıklı ilişkili prognozlar müdahale grubunda daha iyi olarak değerlendirildi)
Burton vd. (2005)-ABD	Fitness Merkezini Kullananlar: 854 Fitness Merkezini Kullanmayanlar:4543	Finans sektörü çalışanları	Karma	Fiziksel aktivitenin geliştirilmesi	-	Çalışma Kısıtlılığı Anketi (Work Limitations Questionnaire-WLQ)	Etkili
Mills vd. (2007)-Birleşik Krallık	Müdahale grubu=266 Kontrol grubu= 1242	Gıda, ev ve kişisel bakım çalışanları	Karma	Çok bileşenli sağlık geliştirme programı (stres yönetimi, uyku düzenini iyileştirme, dengeli beslenme, fiziksel aktivite)	12 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği (Health and Productivity Questionnaire-HPQ)	Etkili
Larsson vd (2008) - İsveç	Öz-yerliliğe ilişkin müdahale grubu=21 Ergonomik eğitim müdahale grubu=21	Kamu sektöründeki çalışanlar	Kadın	Kas Ağrısı Müdahale Programı	10 hafta 9 ay	Araştırma ekibince geliştirilen ölçme aracı.	Her iki grup için etkili
Hargrave vd (2008) - ABD	155	Tanılanmış ruh sağlığı sorunu olan çalışanlar	Karma	Çalışan Destek Programı-Ruh Sağlığı	10 hafta	Araştırma ekibince geliştirilen ölçme aracı.	Etkili (1 haftada verimlilikte 6.36 saatlik artış-Program için harcanan 1 dolar için 5.17 ile 6.47 \$ geri dönüş)

Loeppke vd. (2008)- ABD	543	Sağlık risk değerlendirmesi düşük, orta ve yüksek olanlar DIRECTV çalışanları (iletişim sektörü)	Karma	Yaşam tarzı yönetim programı	24 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği	Etkili
Watson vd. (2009)- Kanada	26	Ameliyathane personeli	Karma	İş yeri stresinin azaltılması	12 ay	Stanford Presenteeism Ölçeği (SPS-6)	Etkili (1 yıl öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı değişim, p = 0.35)
Meenan vd. (2010) - ABD	1. Yıl katılımcı= 3612 2. Yıl katılımcı= 3346	Otel çalışanları	Karma	Kilo Kontrolü	12 ay 24 ay	Araştırma ekibince geliştirilen ölçme aracı.	Etkili (ikinci yıl daha yüksek maliyet ve verimlilik etkisi)
Silberman vd. (2011)- ABD	43 035	Sağlığı geliştirme programlarına katılanlar	Karma	Aşırı kilo, kronik ağrı, uyku bozukluğu ve depresyona ilişkin programlar	1 ay 3 ay 6 ay	İş Verimliliği ve Fiziksel Yetersizlik Anketi (Work Productivity and Activity Impairment questionnaire-WPAI)	Etkili (1. aydan itibaren dört alan-aşırı kilo, kronik ağrı, uyku bozukluğu ve depresyon- için etkili)
Furukawa vd. (2012)- Japonya	118 (depresyon riski bulunan çalışan)	Depresyon riski bulunan imalat sektörü çalışanları	Karma	Ruh Sağlığı	4 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği	Etkisiz
Bustillos ve Trigoso (2013) - Kanada	1 615	2009-2010 Kanada Halk Sağlık Araştırması'nın alt örneği	Karma	İşyerinde Var Olan Sağlık Geliştirme Programları	12 ay	Araştırma ekibince geliştirilen ölçme aracı.	Etkisiz
Bevis, (2014)- ABD	73	Diyabetli çalışanlar	Karma	Diyabet hastalığının seyrinin takibi ve hasta eğitimleri	12 ay	Stanford Presenteeism Ölçeği (SPS-6)	Etkili
Harden vd. (2015)- ABD	1 030	Virginia'daki 28 iş yeri	Karma	Kilo Kontrolü	12 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği	Etkisiz
Johnson vd. (2015)- ABD	40	Sağlık çalışanları	Karma	Ruh Sağlığı (Direnc Eğitimi)- Var olan veya tekrarlayan depresyon	2 ay	İş Verimliliği ve Fiziksel Yetersizlik Anketi	Etkili
Christensen vd. (2016)- Danimarka	348	Yaşlı bakım çalışanları	Kadın	Mesleki Kas Ağrısını Azaltma Müdahalesi	12 ay	Sağlık ve İş Performansı Ölçeği ve İşin Miktarı ve Kalitesi Ölçeği	Etkili

işte var olmama ile en fazla ilişkilendirilen hastalıklardandır. Depresif çalışanların diğer çalışanlara göre 4 kat verimlilik kaybı yaşadığı idea edilmektedir (26). Öte yandan, işyerlerinde fiziksel hareketsizlik ve obezite düşük verimlilik, yüksek devamsızlık, işçi ödemeleri ve tıbbi masraflar ile ilişkilendirilmekte ve bu sorunların giderilmesine ilişkin yapılan harcamalar işverenlere pozitif bir yatırım getirisi sağlamaktadır (25, 30). Obezite ve aşırı kilolu olmaya bağlı hastalıklar ve ölüm oranlarının yüksek ve hızla artıyor olması da bu alanda müdahaleleri öncelikli hale getirmektedir. Aynı zamanda düzenli egzersizin sağlığı geliştirme ve korumada etkili olduğu bilinmektedir (21, 32, 33). Bu sebepten dolayı işyerlerinde fiziksel aktivitenin geliştirilmesi, kilo kontrolü ve dengeli beslenmeye ilişkin sağlığı geliştirme programlarına ihtiyaç duyulmasına ve çalışmaların bu alanda yoğunlaşmasına zemin hazırladığı söylenebilir.

Araştırmalarda uygulanan müdahale ve değerlendirme sürelerinin değiştiği görülmektedir. Uygulamaların etkisinin on hafta gibi kısa bir süreyi kapsayan değerlendirmelerle gerçekleştirildiği çalışmalar yanı sıra (26) 5 yıl devam eden çalışmalar (33) da bulunmaktadır. Bununla birlikte 15 ay (32), 9 ay (28), 6 ay (34), 4 ay (24), 2 ay (27) ve 2 yıl (29, 30) süren çalışmalarda mevcuttur. Ancak genel olarak araştırmaların 12 ay civarında olduğu görülmektedir (20, 22, 23, 25, 31, 35). İşte var olamamayı ölçmek için yapılan araştırmaların 5'inde (%31,25) Sağlık ve İş Performansı Ölçeği (Health and Productivity Questionnaire-HPQ), 4'ünde (%25) araştırmacıların kendi geliştirdikleri ölçme aracı, 2'sinde (%12,05) İş kabiliyeti indeksi, 2'sinde (%12,05) Stanford Presenteeism Ölçeği (SPS-6), 2'sinde (%12,05) İş Verimliliği ve Fiziksel Yetersizlik Anketi (Work Productivity and Activity Impairment questionnaire-WPAI) ve 1'inde (%6,25) Çalışma Kısıtlılığı Anketi (Work Limitations Questionnaire-WLQ) kullanılmıştır. İşte var olamamayı belirlemek için araştırmalarda kullanılan ölçme yöntemleri alan yazında da sıkça kullanılmaktadır (37).

Çalışmaya dahil edilen 16 araştırmadan 13'ünde (%81,25) (20, 21, 23, 26-35) sağlığı geliştirme programlarının işte var olamamayı

azaltmada etkili olduğu belirlenmiş, 3 (%14,29) araştırmada (22, 24, 25) ise bu etki belirlenememiştir. İşte var olamama, sağlıkla ve sağlığı geliştirme programları ile ilişkilendirilse de örgütsel faktörler de bu kavram üzerinde etkili olmaktadır. Watson Wyatt Worldwide ve Sağlıktaki Ulusal İş Grubu (The National Business Group on Health) tarafından hazırlanan bir raporda, sağlık ve verimlilik yönetim programlarının sağlık bakım maliyetinin ve devamsızlığın azaltılmasına karşın, birçok işverenin zorunlu uzun çalışma baskısı, iş-hayat dengesindeki eksiklikleri ve işi kaybetme korkusunu hafifletecek süreçleri geliştirmede başarısız olduğunu belirtilmektedir (6).

Sonuç ve Öneriler

Araştırmalardan elde edilen kanıtlar işte var olamamanın hem verimlilik hem de maliyetler açısından mücadele edilmesi gereken bir sorun olduğunu göstermektedir. İşletmeler bu sorunun üstesinden gelebilmek ve rekabet avantajı yakalayabilmek için işyeri sağlığı geliştirme programları ile çalışanların sağlığını korumalarına, geliştirmelerine ve tedavilerine katkı sağlamalıdır. Bunun yanında çalışanların sağlığı ve iyiliği ile ilgili olmak örgütlerde pozitif duygu ikliminin oluşturulmasına da katkı sağlayabilmektedir. Bununla birlikte işte var olamama aşırı iş yükü ve iş stresine verilen bir tepki olduğu için çalışanlara aynı zamanda iş ve aile hayatındaki dengeyi sağlayacak bir ortam oluşturulması gerekmektedir. Sadece sağlık hizmeti verilmesi veya sağlığı geliştirme programları sorunun çözümünde yeterli olmayabilmektedir (2).

Sağlık programlarına katılan çalışanlarda kronik hastalıkların önlenilebileceği için uzun vadeli maliyet tasarrufuna sahip oldukları da düşünülmektedir. Araştırmalardan elde edilen bulgulardan bir diğeri ise sağlığı geliştirme programlarına katılanların sağlık risk faktörü puanlarının iyileştiği ve hasta gün sayısının azaldığıdır (14). Araştırma kapsamında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Sağlığı geliştirme programlarının işte var olamama ile ilişkilendirilmesi 2000'li yıllardan sonra ağırlık kazanmaya başlamıştır. Bu alandaki çalışmaların nispeten yeni olduğu söylenebilir.

- Sağlığı geliştirme programlarının işte var olmama ile ilişkisine yönelik araştırmalar en çok Amerika Birleşik Devletlerinde ve Avrupa Birliği ülkelerinde yapılmıştır.
- Araştırmaların çoğu hizmet sektörü çalışanlarına yönelik gerçekleştirilmiştir.
- Ortalama olarak araştırmaların 12 ay civarında olduğu görülmektedir.
- Fiziksel aktivitenin geliştirilmesi, kilo kontrolü ve ruh sağlığına iyileştirmesine yönelik müdahaleler en sık başvurulan uygulamalardır.
- Sağlığı geliştirme programları işte var olamamayı azaltmada etkilidir.

Araştırmanın sınırlılıklarından ilki, tarama için konulan ölçütlere bağlı olarak, çalışmada sadece işte var olamama ile ilişkilendirilen sağlığı geliştirme programlarının ele alınmasıdır. Diğer bir sınırlılık ise araştırmanın ulaşılabilen elektronik veri tabanları üzerinden yapılmasıdır. Ulaşılamayan veri tabanları veya basılı diğer kaynaklarında kullanılması daha fazla araştırmaya erişimi sağlayabilecektir.

Kaynaklar

1. Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Lindh T, Aronsson G, Josephson M. Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *Int Arch Occup Environ Health*. 2009; 82(10): 1179-90.
2. Middaugh DJ. Presenteeism: sick and tired at work. *Dermatology Nursing*. 2007; 19(2): 172.
3. Umann J, Guido Lda, Grazziano EdS. Presenteeism in hospital nurses. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012; 20(1): 159-66.
4. Davis K, Collins SR, Doty MM, Ho A, Holmgren AL. Health and productivity among US workers. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2005; 856: 1-10.
5. Warren CL, White-Means SI, Wicks MN, Chang CF, Gourley D, Rice M. Cost burden of the presenteeism health outcome: diverse workforce of nurses and pharmacists. *J Occup Environ Med*. 2011; 53(1): 90-9.
6. Prater T, Smith K. Underlying factors contributing to presenteeism and absenteeism. *Journal of Business & Economics Research*. 2011; 9(6): 1.
7. Baker-McCleary D, Greasley K, Dale J, Griffith F. Absence management and presenteeism: The pressures on employees to attend work and the impact of attendance on performance. *Hum Resour Manag J*. 2010; 20(3): 311-28.
8. Johns G. Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *J Organ Behav*. 2010; 31(4): 519-42.
9. Cancelliere C, Cassidy JD, Ammendolia C, Côté P. Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BMC Public Health*. 2011; 11(1): 395.
10. Yıldız AN, Karadağ Çaman Ö, Esin N. İşyerinde sağlığı geliştirme programları Ankara: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu; 2012.
11. Fertman CI. Workplace health promotion programs: planning, implementation, and evaluation. United States of America: John Wiley & Sons; 2015.
12. Esin MN, Bulduk S. İşyeri sağlığı geliştirme programları: İş sağlığı hemşireliği uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2004; 13(53): 39-50.
13. Musich S, Hook D, Baaner S, Spooner M, Edington DW. The association of corporate work environment factors, health risks, and medical conditions with presenteeism among Australian employees. *Am J Health Promot*. 2006; 21(2): 127-36.
14. Rhodes S, Collins S. The organizational impact of presenteeism. *Radiol Manage*. 2015; 37(5): 27-32; quiz 33-4.
15. Yamamoto S, Loerbroks A, Terris DD. Measuring the effect of workplace health promotion interventions on "presenteeism": A potential role for biomarkers. *Prev Med*. 2009; 48(5): 471-2.
16. Goetzel RZ, Tabrizi M, Henke RM, Benevent R, Brockbank CvS, Stinson K, et al. Estimating the return on investment from a health risk management program offered to small Colorado-based employers. *J Occup Environ Med*. 2014; 56(5): 554.

17. Grossmeier J, Terry PE, Cipriotti A, Burtaine JE. Best practices in evaluating worksite health promotion programs. *Am J Health Promot.* 2010; 24(3): TAHP1-9, ii.
18. Goetzel RZ, Schoenman JA, Chapman LS, Anderson DR, Ozminowski RJ, Lindsay GM. Strategies for strengthening the evidence base for employee health promotion programs. *Am J Health Promot.* 2011; 26(1): TAHP1-6, iii.
19. Böckerman P, Laukkanen E. Presenteeism in Finland: Determinants by gender and the sector of economy. *Ege Academic Review.* 2009; 9(3): 1007-1016.
20. Bevis CC, Nogle JM, Forges B, Chen PC, Sievers D, Lucas KR, et al. Diabetes wellness care: a successful employer-endorsed program for employees. *J Occup Environ Med.* 2014; 56(10): 1052-1061.
21. Burton WN, McCalister KT, Chen C-Y, Edington DW. The association of health status, worksite fitness center participation, and two measures of productivity. *J Occup Environ Med.* 2005; 47(4): 343-351.
22. Bustillos AS, Trigoso OO. Access to health programs at the workplace and the reduction of work presenteeism: a population-based cross-sectional study. *J Occup Environ Med.* 2013; 55(11): 1318-22.
23. Christensen JR, Bredahl TVG, Hadrévi J, Sjøgaard G, Sjøgaard K. Background, design and conceptual model of the cluster randomized multiple-component workplace study: FRamed Intervention to Decrease Occupational Muscle pain-“FRIDOM”. *BMC Public Health.* 2016; 16(1): 1116.
24. Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, Kadota M, Sasaki M, Sekiya Y, et al. Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial. *PloS One.* 2012; 7(4): e35330.
25. Harden SM, You W, Almeida FA, Hill JL, Linnan LA, Allen KC, et al. Does successful weight loss in an internet-based worksite weight loss program improve employee presenteeism and absenteeism? *Health Educ Behav.* 2015; 42(6): 769-74.
26. Hargrave GE, Hiatt D, Alexander R, Shaffer IA. EAP treatment impact on presenteeism and absenteeism: Implications for return on investment. *J Workplace Behav Health.* 2008; 23(3): 283-293.
27. Johnson JR, Emmons HC, Rivard RL, Griffin KH, Dusek JA. Resilience training: a pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals. *Explore (NY).* 2015; 11(6): 433-444.
28. Larsson A, Karlqvist L, Gard G. Effects of work ability and health promoting interventions for women with musculoskeletal symptoms: a 9-month prospective study. *BMC musculoskelet Disord.* 2008; 9(1): 105.
29. Loeppke R, Nicholson S, Taitel M, Sweeney M, Haufle V, Kessler RC. The impact of an integrated population health enhancement and disease management program on employee health risk, health conditions, and productivity. *Popul Health Manag.* 2008; 11(6): 287-296.
30. Meenan RT, Vogt TM, Williams AE, Stevens VJ, Albright CL, Nigg C. Economic evaluation of a worksite obesity prevention and intervention trial among hotel workers in Hawaii. *J Occup Environ Med.* 2010; 52 (Suppl 1): 8-13.
31. Mills PR, Kessler RC, Cooper J, Sullivan S. Impact of a health promotion program on employee health risks and work productivity. *Am J Health Promot.* 2007; 22(1): 45-53.
32. Nurminen E, Malmivaara A, Ilmarinen J, Ylöstalo P, Mutanen P, Ahonen G, et al. Effectiveness of a worksite exercise program with respect to perceived work ability and sick leaves among women with physical work. *Scand J Work Environ Health.* 2002; 85-93.
33. Pohjonen T, Ranta R. Effects of worksite physical exercise intervention on physical fitness, perceived health status, and work ability among home care workers: five-year follow-up. *Prev Med.* 2001; 32(6): 465-475.
34. Silberman J, Schwartz S, Giuseffi DL, Wang C, Nevedal D, Bedrosian R. Reductions in employee productivity impairment observed after implementation of Web-based worksite

health promotion programs. *J Occup Environ Med.* 2011; 53(12): 1404-1412.

35. Watson DT, Long WJ, Yen D, Pichora DR. Health promotion program: a resident well-being study. *Iowa Orthop J.* 2009; 83-87.

36. Aronsson G, Gustafsson K. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med.* 2005; 47(9): 958-966.

37. Schultz AB, Edington DW. Employee health and presenteeism: a systematic review. *J Occup Rehabil.* 2007; 17(3): 547-579.