



CURRENT HEALTHCARE MANAGAMENT

CİLT 3/ SAYI 1

30.06.2025



CURRENT
HEALTHCARE MANAGMENT

*Güncel Sağlık
Yönetimi Dergisi
2025
Cilt:3 Sayı:1*

CHM

Current Healthcare Managment
Güncel Sağlık Yönetimi Dergisi

Ordu Üniversitesi / Ordu University

i

Cilt/Volume : 3
Sayı/Issue : 1
Yıl/Year :2025

Kurucu Sahip/Founder

Prof. Dr. Orhan BAŞ

İmtiyaz Sahibi / Owner

Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

Editör / Editor

Prof. Dr. Taşkın KILIÇ

Editör Yardımcıları / Assoc. Editors

Doç. Dr. İsmail KABAN

Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ,

Doç. Dr. Mustafa AMARAT

Mizanpaj Editörü / Layout Editor

Arş. Gör. Berna KIRIKOĞLU

Ars. Gör. Deniz GÜNES



Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Taşkın KILIÇ
Doç. Dr. Mustafa AMARAT

Güncel Sağlık
Yönetimi Dergisi
2025
Cilt:3 Sayı:1

Sekreteryä / Secreteria

Arş. Gör. Deniz GÜNEŞ

Dergimize yayınlanmak üzere gönderilen makalelerin yazımında etik ilkelere uyulduğu ve yazarların ilgili etik kurulundan gerekli yasal onayları aldığı varsayılmaktadır. Bu konuda sorumluluk tamamen yazarlara aittir. Güncel Sağlık Yönetimi Dergisi'nde yer alan makalelerin bilimsel sorumluluğu yazara aittir. Yayınlanmış eserlerden kaynak gösterilmek suretiyle alıntı yapılabilir.

Hakemler/ Reviewers

Doç. Dr. Ayhan Durmuş	Yozgat Bozok Üniversitesi
Doç. Dr. Dilruba İzgüden	Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Ergin Temel	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Doç. Dr. Hilal Kuşcu Karatepe	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Doç. Dr. Turgut Şahinöz	Ordu Üniversitesi
Doç .Dr. İsmail Kaban	Ordu Üniversitesi
Doç. Dr. Yasemin Aslan	Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Abdurrahman Yunus Sarıyıldız	Samsun Üniversitesi/
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Çidem	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Mesut Ardiç	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Merve KİŞİ	Süleyman Demirel Üniversitesi



Değerli Bilim İnsanları,

Güncel Sağlık yönetimi 2023 yılında başlayan dergimiz 3. Sayısı 1. Ciltine 4 araştırma makalesi ve 1 adet derleme makale ile devam etmektedir. Bu sayıda İskandinav Ülkelerinde Uzun Vadeli Bakım Hizmetleri ve Finansmanına Bakış ile sağlık çalışanlarının yapay zekaya yönelik tutum ve kaygılarını, yine sağlık çalışanlarının şiddet görme korkusu ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkileri, hasta bina sendromunu ve son olarak demokratik liderlik ile sağlık çalışanlarının verimliliği arasındaki ilişkinin incelenmesi konulara yer verilmiştir. Sayının yayımlanmasında emeği geçen kıymetli danışma kurulumuz, hakemlerimiz ve yazarlarımıza teşekkür ederiz.

Saygılarımızla...

*Prof. Dr. Taşkın KILIÇ
Editör*

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

Yıl (Year) 2025 Cilt (Vol.) 3 Sayı (No) 1

Araştırma Makaleleri/Research Articles

İskandinav Ülkelerinde Uzun Vadeli Bakım Hizmetlerinin Sunumuna ve Finansmanına Bakış <i>An Overview of the Provision and Financing of Long-Term Care Services in Nordic Countries</i> Yasemin YILDIRIM	1-10
Sağlık Çalışanlarında Şiddet Görme Korkusu ile Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi <i>Investigation of the Relationship Between Fear of Violence and Burnout in Healthcare Workers</i> Binnur KAMBUR	12-23
Demokratik Liderle Çalışan Sağlık Çalışanlarının Verimliliklerinin İncelenmesi <i>Examining The Productivity Of Health Workers Working With Democratic Leaders</i> Muhammet Ali ÖZATA	24-34
Sağlık Çalışanlarında Hasta Bina Sendromu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki <i>The Relationship Between Sick Building Syndrome and Burnout Level Among Healthcare Workers</i> Hazal CAN	35-49
Sağlık Çalışanlarının Yapay Zekâya Yönelik Tutum ve Kaygıları <i>Attitudes and Concerns of Healthcare Workers Towards Artificial Intelligence</i> Ertan ENGİNYURT	50-65

İskandinav Ülkelerinde Uzun Vadeli Bakım Hizmetlerinin Sunumuna ve Finansmanına Bakış

An Overview of the Provision and Financing of Long-Term Care Services in Nordic Countries

ÖZET

Bugün dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerinde nüfusun yaşlanması durumu sosyoekonomik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum ülkelerin ekonomik yapısını da tehdit ettiği için bir takım yapısal düzenlemeler gerektirmektedir. Nüfusun yaşlanmasıyla artan bakım ihtiyacı, kimi zaman resmi kimi zaman gayri resmi olarak sağlanmaktadır. Bazı ülkelerde bu hizmetler devlet ve özel kesim tarafından daha sistemli olarak gerçekleştirilmektedir. Uzun vadeli bakım hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında özellikle İskandinav ülkelerinde devletin önemli bir rolü olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada İskandinav ülkelerinden İsveç, Danimarka, Norveç ve Finlandiya’da yaşlı nüfus için sağlanan uzun vadeli bakım hizmetlerinin ana çerçevesi ve finansmanı ele alınmıştır. Bu ülkelerin ortak özelliği, uzun vadeli bakım hizmetlerinde devletin özellikle belediyeler aracılığıyla sorumluluğu bizzat üstlenmesi ve organizasyonunun devletin gözetimi altında gerçekleştirilmesidir.

Yasemin YILDIRIM

Ordu Üniversitesi,

Dr. Öğr. Üyesi

yaseminyenigun@odu.edu.tr

ORCID: 0000-0002-7219-6597

Gönderilme Tarihi

19 Şubat 2025

Kabul Tarihi

13 Haziran 2025

Yayınlanma Tarihi

28 Haziran 2025

Anahtar Kelimeler

Sağlık Harcamaları, Uzun Vadeli Bakım, Uzun Vadeli Bakımın Finansmanı, İskandinav Ülkeleri

ABSTRACT

Today, the aging of the population in developed and developing countries of the world is a socioeconomic problem. Since this situation also threatens the economic structure of the countries, it requires some structural arrangements. The increasing need for care with the aging of the population is sometimes provided officially and sometimes unofficially. In some countries, these services are provided more systematically by the state and the private sector. It is seen that the state has an important role in the provision and financing of long-term care services, especially in the Scandinavian countries. This study examines the main framework and financing of long-term care services provided for the elderly population in the Scandinavian countries of Sweden, Denmark, Norway and Finland. The common feature of these countries is that the state assumes responsibility for long-term care services, especially through municipalities, and that their organization is carried out under the supervision of the state.

Received*19 February 2025****Accepted****13 June 2025****Published Online****28 June 2025****Key Words****Healthcare Spending, Long-Term Care, Financing of Long Term Care, Scandinavian Countries*

GİRİŞ

Nüfusun yaşlanması, bir ülkenin demografik dağılımında yaşlı insanların payının artmasını ifade eden, yirmi birinci yüzyılda birçok sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkan bir olgudur. Toplumların dünya çapında yaşlanması, aile yapılarındaki değişiklikler, uzun ömürlülükte artış, doğurganlık ve ölüm oranlarında düşüş gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır. Nüfusun giderek yaşlanması ise ekonomik büyüme ve üretkenlik üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Ayrıca bu durum sosyal güvenlik, sağlık ve tıbbi bakım sistemlerine giderek daha fazla yük bindirmekte ve ilgili ülkelerin işgücü piyasasının bozulmasına neden olmaktadır.

Dünya genelinde %2,3 olan toplam doğurganlık hızı gelişmiş ülkelerde %1,5 iken en az gelişmiş ülkelere %3,8 olarak tespit edilmiştir (unfpa.org). Ülkeler açısından nüfusun yaşlanmasına paralel olarak yaşlı bağımlılık oranlarında da artış gözlenmektedir. Yaşlı bağımlılık oranı, yaşlı sayısının 100 ile çarpılarak çalışma çağındakilerin sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır (Yılmaz, 2023: 49). İskandinav ülkeleri de yüksek yaşlı bağımlılık oranlarıyla dikkat çekmektedir (Eser ve Küçük Aksu, 2021: 544).

Özellikle gelişmiş ülkeler açısından nüfusun yaşlanması, ülkelerin ekonomik ve sosyal yönden politikalar geliştirmelerini zorunlu kılmaktadır. Birçok gelişmiş ülke emekliliğin başladığı 65 yaşı genellikle yaşlılığın başladığı yaş olarak kabul etse de, genel olarak yaşlıların bağımlılık dönemi 75 yaş itibarıyla başlamaktadır (Sınmaz ve Erbey, 2019: 566). Yaşlılıkla beraber bağımlılığın da artmasıyla, yaşlıların uzun vadeli bakımı için ülkeden ülkeye değişebilen politikalar uygulanmaktadır.

Bu çalışmada İskandinav ülkelerinden olan İsveç, Danimarka, Norveç ve Finlandiya'da sosyal bakım hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan uzun vadeli bakıma yönelik gerçekleştirilen hizmetler ve bu hizmetlerin finansmanında rol alan tarafların incelenmesi amaçlanmıştır.

Uzun Vadeli Bakım

Dünya Sağlık Örgütü uzun vadeli bakımı "*zihinsel veya fiziksel hastalık ve engellilik nedeniyle içsel kapasitelerini önemli ölçüde kaybeden veya kaybetme riski altında olan kişilerin temel hakları ve insan onuruyla tutarlı bir işlevsel yetenek düzeyini koruyabilmelerini sağlayan geniş bir yelpazede kişisel, sosyal ve tıbbi hizmetler ve destek*" olarak tanımlamıştır. Kaynaklarda uzun süreli bakım (USB) veya uzun dönemli bakım (UDB) olarak da geçen bu sistem genellikle sağlık sistemleri ile sosyal refah sistemleri arasında yer alır. USB'de, Sosyal refah sistemleri bakım kullanıcılarına ve bakıcılara nakit yardımı gibi hizmetler sağlarken, sağlık hizmetleri sistemleri hastalık yönetimi ve bakım koordinasyon hizmetlerini üstlenmektedir. Sistem geleneksel olarak aile üyeleri ve özellikle kadınlar tarafından sağlanmıştır. Ancak gelişmiş refah devletlerinde devlet ve piyasanın dahil olduğu politikalar uygulanmaktadır. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri ile sosyal refah sistemlerine yönelik kamu harcamalarının sürekli olarak artacağı öngörülmektedir (Lussi vd., 2024: 2).

İsminden de anlaşılacağı üzere uzun vadeli bakımın (UVB) iki temel bileşeninden birisi bakımın uzun bir zaman dilimi boyunca devam etmesidir. Dolayısıyla esas olarak günlük yaşamın temel faaliyetlerindeki (yeme, banyo yapma, temel hareketlilik vs.) destekle ilgilidir. Diğer ise hizmetin çeşitli

bileşenler (mekânsal veya araç kullanımı) arasında entegre bir program olarak sağlanmasıdır. Hizmetler kurumsal, konut veya evde bakım dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda sağlanabilir. Evde sağlanan hizmetler kişinin özel evinde uzun süreli olarak sağlanan hizmetleri içerir. Ayrıca, bu hizmetlere günlük vaka bazında veya kurumlarda kısa süreli kalışlar şeklinde, dinlenme bakımı olarak alınan hizmetler de dahildir. Kurumlardaki hizmetler, özel olarak tasarlanmış kurumlarda veya baskın hizmet bileşeninin uzun süreli bakım olduğu hastane benzeri bir ortamda (genellikle altı ay veya daha uzun süre) kalıcı olarak veya uzun bir süre (genellikle altı ay veya daha uzun) yaşayan orta derecede ve şiddetli işlevsel kısıtlamaları olan kişilere sağlanan hizmetleri içerir. Avrupa Komisyonu'na (2015) göre, UVB gayri resmi olarak (aileler ve arkadaşlar tarafından) ve resmi olarak (bir tür istihdam sözleşmesi kapsamında ücret alan bakım yardımcıları tarafından) sağlanır. Resmi bakım evde veya bir kurumda (bakım merkezleri ve huzurevleri gibi) verilir. Nakit yardımlar, evde veya bir kurumda resmi bakım satın almak için kullanılabilen veya gayri resmi bakıcılara gelir desteği olarak yapılan ödemelerdir (Halásková vd., 2017: 160).

Gümüş Ekonomi Kavramı

Yaşlı bakımı sözde gümüş ekonomi olarak adlandırılan ekonomik çevrenin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. Gümüş ekonomi; 1970'lerde Japonya'da hükümetin yaşlılara sunulan tesis sayısını artırmak için yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır. Terim olarak Oxford Üniversitesi'ndeki araştırmacılar tarafından bu haliyle adlandırılmaya başlanmıştır. Başlangıçta elli yaş ve üzeri insanlarla bağlantılı tüm ekonomik faaliyetleri tanımlayan bu terim, 2009'dan sonra şirketler, hükümetler ve medya tarafından sıklıkla ve yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Gümüş Ekonomi şu anda "yaşlılara artan sosyal katılım, iyileştirilmiş yaşam kalitesi ve konforu, özerklik

kaybının azalması ve artan yaşam beklentisi açısından fayda sağlayan bir dizi ekonomik ve endüstriyel faaliyet" olarak tanımlanmaktadır (Gschwendtner, 2020: 67). Bu anlamda gerek resmi gerekse gayri resmi olarak yapılan tüm bakım harcamaları da bu ekonomik yapının bir parçasını oluşturmaktadır.

Uzun Vadeli Bakımının Finansmanı

UVB'nin finansmanının çeşitli OECD ülkelerinde üç farklı şekilde sağlandığı görülmektedir. Bunlardan birincisi evrensel olarak tek bir programın uygulandığı sistemdir. Bu sistemde vergi tabanlı modeller, kamusal UVB sigortası modelleri, kişisel bakım ve sağlık sistemi aracılığıyla hemşirelik hizmetleri yer almaktadır. İkincisi gelir testinin uygulandığı programlardır. Bu programlarda UVB hizmetleri gelir testleri sonucunda bakım masraflarını kendileri karşılayamayan kişilere belli koşullar dahilinde uygulanır. Başka bir ifadeyle kişiler söz konusu test sonrası kamusal UVB hizmetlerine erişimde hak sahibi olabilmektedir. Bu modelin en iyi örneğini ise İngiltere ve ABD temsil etmektedir (Bal, 2016: 187). Bir diğer finansman sistemi ise bu iki uygulamayı da içeren karma sistemlerden oluşmaktadır.

Avrupa ülkelerinde sağlık hizmeti, nüfusun genelini kapsayan evrensel sağlık sigortasıyla sağlanır. Öte yandan, sosyal bakım hizmetleri vergi gelirleri ve kullanıcıların yapmış olduğu ödemelerle finanse edilir, kullanıcının ve ailenin sosyal imkânlarını dikkate alan gelir testleri uygulanır (Halásková vd., 2017: 162). OECD ülkelerinde UVB için finansman sistemleri vergi tabanlı, sosyal sigorta tabanlı ve özel sigorta tabanlı modeller şeklinde sınıflandırılabilir. UVB için karma modellerin daha yaygın olarak uygulandığı görülmektedir. Ülkelerin çoğunluğu vergi tabanlı bir UVB sistemi işletmektedir. Örneğin, İsveç, Danimarka, Norveç ve Finlandiya gibi İskandinav ülkeleri; Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Polonya, Slovakya ve Slovenya gibi Doğu Avrupa

ülkeleri; Portekiz ve İspanya gibi Güney Avrupa ülkeleri ve İngiltere, İrlanda, Fransa gibi Batı Avrupa ülkeleri vergi tabanlı bir UVB sistemi işletmektedir. Ancak, Almanya, Kore Cumhuriyeti, Japonya, Lüksemburg ve Hollanda gibi sosyal sigorta sistemlerine sahip ülkeler de UVB sigortası sunmaktadır. Bu, insanların emeklilik gibi düzenli olarak prim ödediği bir sistemdir (Lee vd., 2023: 2).

İskandinav ülkelerinde yaşlılara yönelik sağlık ve sosyal bakım büyük ölçüde vergilerle finanse edilmektedir. Hizmetlerin sağlanması ve organizasyonu da kamu tarafından gerçekleştirilmektedir. Ülkelerin yaşlı bakımı politikalarının temel ilkesi, ekonomik durum ve aile kaynaklarına bakılmaksızın bakıma ihtiyaç duyan her yaşlıya hizmetlerin sunulmasını sağlamaktır. İskandinav ülkelerinin evrensel bakım sistemleri genellikle birbirine çok benzer kabul edilir (Agerholm vd., 2024: 119). 1990'lara kadar, yerel belediyeler veya bölgesel yönetimler büyük ölçüde hem evde bakım hem de konut bakımını üretip sağlıyordu. Kâr amacı gütmeyen üçüncü sektör kuruluşları da, özellikle Finlandiya'da, konut bakımının sağlanmasında önemli bir rol oynamıştır. Bununla birlikte, son yıllarda, piyasa rasyonelitesi doğrultusunda kâr amacı güden hizmet sağlayıcıların da bakım sektörüne girdiği görülmektedir (Kröger, 2019; Hjelmars ve Rostgaard, 2020; Moberg, 2017).

İskandinav Ülkelerinde Uzun Vadeli Bakım Hizmetleri

Ariaans ve arkadaşları, ülkelerin son dönemde yaptıkları UVB reformlarını dikkate alarak bir kümeleme analizi gerçekleştirmişlerdir. Bu analiz sonucunda en sağlam sistem türü Kuzey Avrupa sistemi olarak da nitelenen İsveç, Norveç ve Danimarka'nın öncülük ettiği kamu tedarik sistemi olmuştur. Bazı çalışmalarda bu ülkelere ilaveten Finlandiya ve sıklıkla Hollanda da dahil edilmiştir (Ariaans vd., 2021: 610).

Prensip olarak, İskandinav ülkeleri mesleki takdir yetkisi ve ihtiyaç değerlendirmesine göre herkese UVB dahil olmak üzere vergiyle finanse edilen sosyal ve sağlık hizmetleri sunmaktadır (Kildal ve Kuhnle, 2005; Szebehely ve Meagher, 2018). Hizmet kullanıcıları değişen tutarda kullanıcı ücretleri öderler, ancak hizmetler ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilir. Evrensel refah modeli ve kapsamlı kamu hizmetleri, özellikle sağlık hizmetlerinde ve çocuk, engelli ve yaşlı bakımında kadınları istihdam eden geniş kamu sektörüne dayanmaktadır. İskandinav'da kamusal sosyal bakım sektörünün genişlemesi, kadınlara iş piyasasına bir giriş kapısı sağlamanın yanı sıra sosyal bakımı aileden devlete aktarma fırsatı da sağlamıştır. İskandinav ülkeleri sosyal hizmet devletleri (Anttonen, 1990) ve bakım devletleri (Daly, 2001; Leira, 1994) olarak adlandırılmıştır çünkü sosyal bakım para transferleri temelinde değil, kamu hizmeti olarak sağlanmaktadır. Aynı hizmetlerin yaygınlığı İskandinav ülkelerini diğer refah devletlerinden farklı kılmaktadır (Van Aerschoot, 2022: 334).

UVB sisteminin tanıtılmasından bu yana, düşük doğum oranları ve yaşlanmanın neden olduğu finansal yük kötüleştiğçe UVB sisteminin sürdürülebilirliğine olan ilgi artmıştır. İskandinav ülkelerindeki sosyal ve sağlık hizmeti sektörü, demografik değişimin neden olduğu zorluklarla karşı karşıyadır. Çünkü büyük sayıda yaşlı çalışan işgücü piyasasını terk etmektedir. Aynı zamanda, yaşlanan nüfus, UVB hizmetlerine olan talebin artması beklentilerine yol açmıştır (Van Aerschoot, 2022: 333).

İsveç

İsveç'te UVB'nin sağlanması ve finansmanı belediyelerin sorumluluğundadır. Ulusal hükümet, ulusal standartları belirlemek için düzenleyici bir rol üstlenir. 1992'den beri UVB'nin sağlanması ve finansmanı neredeyse tamamen yerel yönetimlerin sorumluluğundadır. Sağlık hizmeti ve

rehabilitasyon 21 bölge tarafından organize edilir ve vergilendirilir. Evde sağlık hizmetinin bölge tarafından sağlandığı Stockholm Bölgesi hariç, sosyal bakım ve evde sağlık hizmeti 290 belediye tarafından yerel olarak organize edilir. Sosyal bakım ihtiyaçları, belediyelerin sosyal bakım yöneticileri tarafından talep üzerine değerlendirilir ve yaşlı kişiye, kendi evlerinde, kendi seçtikleri özel veya kamu sağlayıcısı tarafından sağlanan uygun hizmetler sunulmaktadır (Agerholm, 2024: 121).

UVB maliyetleri genellikle gelir vergisinden finanse edilir; çoğu yerel gelir vergileridir. Ancak ulusal hükümet ayrıca yaşlılar için UVB'ye yönelik bazı kaynakları aktarır. Bu yönüyle finansman sorumluluğu kısmen merkezi ve yerel olarak iki şekilde paylaşılmaktadır. Bölgesel farklılıkları telafi etmek için, gelirleri yerel yönetimler arasında yeniden dağıtan bir risk ayarlama sistemi vardır.

Yerel otorite, ihtiyaç sahibi tüm sakinlere uygun bakımı sunmak zorundadır. Ayrıca, yasa, yerel yönetimlerin yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını aktif olarak araştırmasını şart koşmaktadır. Sağlanan hizmetler esas olarak evde bakım ve kurumsal bakımdır. Ancak belediyeler arasında ihtiyaç değerlendirme prosedürleri ve belirli koşullar için sağlanan bakım konusunda büyük farklılıklar bulunmaktadır. Bakım kısmen yerel olarak belirlenen gelir ile hizmet alan bireylerin yapmış olduğu ödemelerle finanse edilir. Yaşlıların yoksullaşma riskini azaltmak için, merkezi hükümet yakın zamanda kişisel ihtiyaç ödenekleri için ulusal standartlar geliştirmiş ve cepten ödemelere sınırlamalar getirmiştir. Son yıllarda, bakımı en ciddi vakalara yoğunlaştırma yönünde devam eden bir eğilim olmuştur (Karlsson, 2007: 111). Devletin, belediyeler ve bölgelere yönelik uyguladığı politika ve finansal desteklerle, kitlesel sağlık artırılabilen ve yaşlıların yoksullaşma riski önlenmektedir. Devlet, genellikle politika hedeflerine ve

direktiflerine mevzuat ve mali teşvikler yoluyla karar verir. Örneğin, bakım evleri büyük ölçüde evde sağlık hizmeti ve sosyal bakımla değiştirilmiştir (Agerholm, 2024: 121).

Danimarka

Danimarka'da uzun dönemli bakım, aile ve arkadaşlar tarafından gayri resmi bakım olarak veya büyük kısmı belediyeler tarafından sağlanan ve finanse edilen resmi bakım olarak sağlanmaktadır.

Danimarka'da 125 yıldan uzun süredir kamu tarafından sübvans edilen UVB'nin bir biçimi uygulanmaktadır. O dönemden önce, 19. yüzyılın başlarında ve ortalarında Danimarka'da, kendi bakımlarını finanse edecek maddi imkâna sahip olmayan yoksul yaşlılar yoksul evlerine gönderilmekteydi. Zenginler için özel vakıflar yaşlı bakım evleri işletmekteydi. Nisan 1891'de, Yaşlılık Desteği Yasası son 10 yıldır herhangi bir yoksulluk yardımı almamış, bakıma muhtaç 60 yaş üstü yaşlılara kamu desteği hakkını garanti altına almıştır. Sonraki yıllarda sektör gelişmiş ve yaklaşık 1000 belediye evi ve 400 özel ev kurulmuştur (Gørtz, vd., 2023: 8).

Danimarka'da resmi bakım olarak, sağlık hizmetleri sorumlulukları devlet, beş bölge ve 98 belediye arasında bölünmüştür. Belediyeler sosyal bakımdan sorumludur. Devlet genel politikayı belirlerken, bakım kalitesini ve sağlık hizmetleri sisteminin genel organizasyonunu değerlendirirken, bölgeler ve belediyeler hizmetlerin sunulmasından sorumludur.

Bölgeler hastanelere sahip olup onları işletmektedir. Ayrıca birincil sağlık hizmetlerinden sorumlu genel pratisyenlere ve kendi özel muayenahanelerini işleten tıp uzmanlarına fon tahsis etmektedir. Bölgeler bunun için vergi tahsilatı yapmamakta ancak özellikle devletten ve ayrıca bölgedeki sakinlerin tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanmalarına göre belediyelerden fon almaktadır.

Belediyeler, evde bakım (sağlık ve sosyal bakım), evde hemşirelik ve bakım evleri dahil olmak üzere yaşlılar için sağlık teşviki, rehabilitasyon ve sosyal bakım sorumluluğuna sahiptir. Belediyeler, önleyici ev ziyaretlerinin başlatılması ve yaşlı sakinlerin mümkün olduğunca uzun süre bağımsız yaşamalarına yardımcı olma konusunda yasal olarak yükümlüdür. 65-81 yaş aralığındaki tıbbi ve sosyal açıdan savunmasız vatandaşlar, ihtiyaca göre önleyici ev ziyaretleri alırken, sağlıklı yaşlılar 82 yaşına kadar beş yılda bir önleyici ziyaretler alırlar ve bu yaştan sonra ziyaretler yıllık hale gelir (Agerholm, 2024: 120).

Belediyeler, bekleme listesi ve ihtiyaç değerlendirme sistemine göre huzurevleri ve huzurevlerinde yer tahsis etmekten sorumludur. Bir dizi reform getiren Sosyal Hizmet Yasası'na göre, artık kendi evlerinde bağımsız olarak yaşayamayan tüm yaşlı sakinler, kamu huzurevi, korumalı konut, korumalı konut birimi veya ortak konut planında bir yer için uygundur. Uygunluk, bireyin ikamet ettiği belediyede, bireyin kendisi veya belediye tarafından başlatılan ziyaretten sonra belirlenir. Uygunluk sağlandıktan sonra, belediye meclisinin iki aylık bir süre içinde bir yer sunması yasa gereği zorunludur. Ayrıca, belediyeler yaşlılara resmi ev bakımı sağlamak ve finanse etmek zorundadır. Bu bakım, kişisel bakım ve pratik yardımın (temizlik, alışveriş ve hafif bir yemek hazırlama) birleşiminden oluşur. Danimarka'daki tüm bireyler, olası özel emeklilik planlarından bağımsız olarak, belirli bir yaştan itibaren yaşlılık maaşı almaya hak kazanır. Dahası, herkes bazı istisnalar haricinde kamu tarafından sağlanan ücretsiz sağlık hizmetlerine erişebilir. Danimarka'da UVB için özel sağlık sigortası çok nadirdir. Şöyle ki 65 yaş üstü nüfusun %0,9'u UVB için özel sigortaları olduğunu belirtmiştir (Gørtz, vd., 2023: 10).

Norveç

Literatür taramasına göre Norveç, yaşlanan nüfusu, engelli nüfusu ve kronik ve uzun vadeli hastalıkları artan yüksek gelirli ülkeler arasındadır. 65 yaş üstü nüfus genel nüfusun %15'ni oluşturmaktadır ve bu oranın artması beklenmektedir (Deraas vd., 2011: 2). Ek olarak, 24 saat bakım hizmetlerini (kurumsal veya ev tabanlı) kullanan nüfusun önümüzdeki otuz yılda iki katına çıkması ve aynı zamanda onlara bakan sakinlerin sayısında azalma olması beklenmektedir. Uzun dönemli bakım tesisleri, uzmanlaşmış sağlık hizmeti sağlayıcıları ile optimum ve yetkin bakım gerektirir ve bakıma olan talebin artmasıyla birlikte, lisanssız veya niteliksiz kişiler doğrudan hasta bakımı sağlamaya başlamıştır (Kumar, 2023: 17).

Norveç'te, makro, mezo ve mikro düzeylerdeki öncelikler ve olanaklar UVB hizmeti sunumunu ve tahsisini belirler. Belediyelere, belediye sağlık ve bakım hizmetlerinin bir parçası olarak UVB hizmetlerinin sorumluluğu verilmekte, ancak genel bakım politikası hükümet tarafından oluşturulmaktadır. Kaynak tahsisi büyük ölçüde ulusal olarak kontrol edilmektedir. Norveç belediyelerindeki UVB çoğunlukla her belediyenin serbestçe yönetebileceği vergi gelirleri ve hükümet hibelerinden oluşan "sınırlandırılmamış gelirler" ile ücretler ve kullanıcı ödemeleri yoluyla finanse edilir. Belediyeler, kaynakların planlanması ve bütçelenmesi yoluyla ulusal çerçeve içinde sağlık ve bakım hizmetlerine öncelik vermek zorunda bırakılır. Bireyler UVB hizmetlerine ihtiyaç duyduklarında, belediyeye bir başvuruda bulunurlar ve başvurunun kabul edilmesi durumunda kaynak tahsisinden yararlanabilmektedirler (Burrell, 2023: 2).

Norveç'te UVB klinik sonuçlarını bildirmek için bölgesel ve ulusal sistemler yoktur. Belediyeler ise ulusal veri tabanındaki maliyet, üretim, personel mevcudiyeti ve yapısal veriler hakkında yalnızca yıllık rapor verir. Norveç'in belediye düzeyindeki UVB hizmetleri

sosyoekonomik ve demografik nedenlerden dolayı değişiklik gösterir ancak nihayetinde karşılaştırılabilir tıbbi ve işlevsel ihtiyaçları olan UVB hastalarına hitap eder. Norveç'in tüm belediyelerindeki UVB sistemi, ihtiyaç duyulan bakıma bağlı olarak katkı payı temelinde hizmetler sunulan kamu tarafından finanse edilen sağlık sistemi altındadır (Kumar, 2023: 18).

UVB'nin temel taşları ise huzurevleri, bakıma muhtaç kişilerin bağımsız bir şekilde yaşayabileceği korumalı konutlar ve evde sağlanan hizmetlerdir. Norveç'te UVB hizmetleri hükümet tarafından zorunlu tutulduğu için bütün belediyelerde bu merkezler bulunmaktadır (Burrell, 2023: 3).

Finlandiya

Finlandiya'daki belediyeler sakinlerine, belediye ve eyalet vergileri ile katkı paylarıyla finanse edilen sağlık ve sosyal bakım sağlamaktan sorumludur. Devlet, bakım sistemini mevzuat ve bilgilendirici rehberlik yoluyla yönlendirmektedir. Yasaya göre belediyeler, talep üzerine yaşlı insanların bakım ihtiyaçlarını değerlendirip, bakım hizmetlerini sunmak zorundadır. Tıbbi ve güvenlik gibi nedenler yoksa UVB öncelikle kişinin evinde sağlanır. UVB, katılımcı belediyelerin federasyonları tarafından sahip olunan ve finanse edilen hastane bölgeleri tarafından sağlanmaktadır. Sağlık ve sosyal bakım sorumluluğu 2023 yılından itibaren 21 yeni bölgesel kuruluş tarafından organize edilmektedir. Helsinki şehri ise sağlık ve sosyal hizmetlerini herhangi bir bölgenin

parçası olmadan kendi alanı içinde organize etmektedir. Ayrıca birincil sağlık hizmeti, uzman bakımı, rehabilitasyon ve sosyal bakım (evde bakım, yaşlılar için 24 saat hizmet konutu) refah hizmetlerinin ilçeler tarafından sunumu geliştirilme aşamasındadır. Birincil sağlık hizmetinin beş üniversite hastanesi tarafından sunulması planlanırken, ilçeler ikincil ve üçüncül sağlık teşvikinden sorumlu olacaktır. Belediyelerin ise yine birincil sağlık teşvikinden sorumlu olmaya devam etmesi planlanmaktadır (Agerholm, 2024: 121).

Finlandiya'nın yaşlı bakımı için sunduğu çeşitli çözümler bulunmaktadır. Yaş ilerledikçe ve ihtiyaçlar değiştikçe hizmet alımında da farklılıklara gidilebilmektedir. Bunlardan biri yaşlılar evi (Senioritalot) olarak bilinen bitişik ev grupları veya apartman gruplarıdır. Bu daireler genellikle 55 yaş ve üzeri kişilere satılmakta veya kiralanmaktadır. Bağımsız yaşamın yanı sıra hizmet de sağlayan konut çözümleri ise hizmet evi (Palvelutalot) olarak geçmektedir. Tüm daireler yaşlılara kiralanırken; temizlik, yemek, bakım gibi hizmetler de ihtiyaç duyulduğunda sunulmaktadır. Bunların dışında bir de huzurevleri (Hoivakodit) bulunmaktadır. Huzurevleri, örneğin hafıza bozuklukları durumunda, günün her saati yardıma ihtiyaç duyan yaşlı insanlar için hizmet vermektedir. Bu evlerde genellikle, banyolu bağımsız odalar ve tüm müşterilerin birlikte vakit geçirmesi için ortak alanlar bulunmaktadır (Failla, 2024: 20).

SONUÇ

Günümüzde özellikle Avrupa ve İskandinav ülkelerinin nüfusunun çeşitli sebeplerden dolayı, giderek artan oranlarda yaşlanma eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu durumun ekonomik büyüme ve üretkenliğe olumsuz etkileri olabileceği gibi sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinde de farklı bir planlamayı gerekli kılmaktadır. Bu anlamda birçok ülkede atılan ve halen geliştirilmeye devam edilen adımlar bulunmaktadır.

Genellikle emekliliğin başladığı yaş olan 65 yaşından sonra bireyler farklı büyüklüklerde bakıma muhtaç hale gelebilmektedir. Bu bakım bazen çevrenin yardımıyla gayri resmi olarak yürütülebilse de, sürekli ve kaliteli bir bakımın sağlanması için kısıtlı olan imkânlardan dolayı resmi olarak yürütülebilmesi yolunda kamusal düzenlemeler gerekmektedir. UVB, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından 'günlük yaşamın temel aktivitelerinde yardıma bağımlı kişiler için gereken bir dizi hizmet' olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetlerin sağlanmasında kamusal ve piyasa tabanlı çeşitli çözümlerin uygulandığı görülmektedir. Bakım hizmetlerine olan talebin artacağı düşünüldüğünde kamusal çözümler için daha fazla fon tahsisinin gerekli olacağı aşikârdır.

Dünya genelinde çok çeşitli UVB sistemleri uygulanmaktadır. Bu sistemler

sağlık hizmetleri, kamusal emeklilik sistemleri ve diğer ülkelerde uygulanan modellerden etkilenmiştir. UVB sistemleri belirlenirken politika yapıcılarının dikkate alması gereken belli başlı unsurlar bulunmaktadır. Ülkenin demografik ve mali yapısı, işgücü potansiyeli, hizmetlerin türü, kamu ve özel kuruluşların rolleri ile kamu sübvansiyonunun biçimi bunlardan bazılarıdır.

İskandinav ülkelerinde UVB finansman sistemlerinin genellikle kamu tarafından finanse edildiği, ayrıca belediyeler tarafından yönetilen çeşitli düzeylerdeki ödeme veya katkı paylarıyla oluşturulduğu görülmektedir. Bu ülkelerde belediyeler tüm UVB'yi sosyal bakım olarak tanımlamakta ve sosyal bakımın organizasyonunu ve finansmanını yürütmektedir. Diğer bir deyişle hizmetler; bakımın organizasyonu, sağlanması ve finansmanı için ana sorumluluğun geleneksel olarak kamu sektöründe olduğu, resmi ve profesyonel temelli bir UVB sistemi içinde sağlanır. Bu yönüyle İskandinav ülkeleri 'bakım veren devletler' olarak da bilinmektedir.

Bundan sonraki çalışmalarda İskandinav ülkelerinde uygulanan UVB çalışmaları ve bakımın finansmanı takip edilerek karşılaştırma yoluna gidilebilir veya çalışmaya diğer bölge ülkeleri de eklenerek mukayese yapılabilir.

KAYNAKLAR

- Agerholm, Janne; Pulkki, Jutta; Jensen, Natasja K., Keskimäki, Ilmo; Andersen, Ingelise; Burström, Bo; Jämsen, Esa; Tynkkynen, Liina-Kaisa; Schön, Pär ve Liljas, Ann E.M. (2024). The organisation and responsibility for care for older people in Denmark, Finland and Sweden: outline and comparison of care systems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 52(2), 119-122.
- Anttonen, Anneli. (1990). The feminization of the Scandinavian welfare state. In L. Simonen (Ed.), Finnish debates on women's studies: Women's worlds, realities and choices, University of Tampere, Research Institute for Social Sciences, 3-25.
- Ariaans, Mareike; Linden, Philipp ve Wendt, Claus. (2021). Worlds of long-term care: A typology of OECD countries, *Health Policy*, 125(5), 609-617.
- Bal, Tolga. (2016). OECD ülke uygulamaları doğrultusunda uzun dönemli bakım (UDB) hizmetlerinin finansmanı ve Türkiye için öneriler. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 159-196.
- Burrell, Lisa Victoria; Rostad, Hanne Marie; Wentzel-Larsen, Tore; Skinner Marianne Sundlisæter ve Raknes Sogstad, Maren Kristine. (2023). The influence of individual and municipality characteristics on allocation of long-term care services: a register-based cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23: 801, 1-15.
- Daly, Mary. (2001). Care policies in Western Europe. In M. Daly (Ed.), Care work, the quest for security, International Labour Office, 33-56.
- Deraas, Trygve S.; Berntsen, Gro, R.; Hasvold, Toralf ve Førde, Olav H. (2011). Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. *BMC Health Services Research*, 11:287, 1-11.
- Eser, Burçin ve Küçük Aksu, Saniye. (2021). Yaşlanan nüfus, sorunlar ve politikalar: Türkiye için bir değerlendirme. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(2), 541-556.
- European Commission (2015). The 2015 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060). *European Economy* 3/2015. Brussels: European Commission.
- Failla, Laura. (2024). International elderly care. a tailored solution for the foreign ageing population of Finland. Tampere University of Applied Sciences, Master's Thesis.
- Gschwendtner, Pauline. (2020). Silver economy strategies: A comparative study of Japanese and South Korean governmental measures. *Vienna Journal of East Asian Studies*, 12(1), 62-91.
- Gørtz, Mette; Christensen, Bent Jesper ve Datta Gupta, Nabanita. (2023). Long-Term Care in Denmark. *Nber Working Paper Series, National Bureau of Economic Research*, Cambridge.
- Halásková, Renáta; Bednář, Pavel ve Haláskova, Martina. (2017) Forms of providing and financing long-term care in OECD countries. *Review of Economic Perspectives*, 17(2), 159-178.
- Hjelmar, Ulf ve Rostgaard, Tine. (2020). Supplemental home care and topping-up: A shift from service universalism towards a new and privatised public service model? *International Journal of Social Welfare*, 29(2), 118–128.
- Kildal, Nanna ve Kuhnle, Stein. (2005). Nordic welfare model and the idea of universalism. In Nanna Kildal and Stein Kuhnle (Eds.), Normative foundations of the welfare state: The Nordic experience (pp. 13–33). Routledge.
- Kröger, Teppo. (2019). Looking for the easy way out: Demographic panic and the twists and turns of long-term care policy in Finland. In T.k. Jing, S. Kuhnle, Y. Pan, and S. Chen (Eds.), *Ageing Welfare and Social Policy: China and the Nordic Countries in Comparative Perspective* (pp. 91–104). Springer.
- Kumar, Deepak. (2023). Future change in the number of 80+ years old users using 24 hours long term care in all the municipalities of Norway. Universitetet i Oslo, Economics and Policy Masters Thesis.
- Lee, Seok-Hwan; Chon, Yongho ve Kim, Yun-Young. (2023). Comparative analysis of long-term care in OECD countries: Focusing on long-term care financing type. *Healthcare*, 11 (206), 1-13.
- Leira, Arnlaug. (1994). Concepts of caring, loving, thinking and doing. *Social Service Review*, 2, 187–201.
- Lussi, Clara; Bickenbach, Jerome; Halvorsen, Rune ve Sabariego, Carla. (2024). Trends over the past 15 years in longterm care in Switzerland: a comparison with Germany, Italy, Norway, and the United Kingdom. *BMC Geriatrics*, 24:627, 1-19.
- Sınmaz, Serkan ve Erbey, Seher. (2019). Aktif yaşlanma sürecinin yerel ekonomi ile etkileşimi: Balıkesir üzerine bir araştırma ve sistem önerisi. *Megaron*, 14(4), 567-578.
- Szebehely M. ve Meagher G. (2018). Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker?. *Journal of European Social Policy*, 28(3), 294–308.
- Van Aerschot, Lina; Mathew Puthenparambil, Jiby; Olakivi, Antero ve Kröger, Teppo. (2022). Psychophysical burden and lack of support: Reasons for care workers' intentions to leave their work in the Nordic countries. *International Journal of Social Welfare*, 31(3), 333-346.
- Yılmaz, Murat. (2023). Akdeniz bölgesindeki TR61, TR62 ve TR63 düzey-2 bölgelerinde 2007-2021 yılları arasında nüfusun gelişimi ve demografik yapının değişimi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(63), 29-55.
- <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>

Sağlık Çalışanlarında Şiddet Görme Korkusu ile Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*

Investigation of the Relationship Between Fear of Violence and Burnout in Healthcare Workers

Binnur KAMBUR

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

binnurkambur@gmail.com

ORCID: 0009-0000-7979-8614

Gönderilme Tarihi

17 Mart 2025

Kabul Tarihi

30 Mayıs 2025

Yayınlanma Tarihi

30 Haziran 2025

Anahtar Kelimeler

Sağlıkta Şiddet, Şiddet Görme
Korkusu, Tükenmişlik

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarında şiddet görme korkusu ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Çalışma evrenini Kasım-Aralık 2024 tarihleri arasında Samsun'da bir kamu hastanesinde çalışan 434 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Katılımcıların gönüllülüğü esas olduğu için 170 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma, kolayda örnekleme tekniği kullanılarak yüz yüze anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Rogers (1997) tarafından geliştirilen ve Akbolat ve diğerleri (2021) tarafından Türkçeye uyarlanan şiddet korkusu ölçeği ile Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen tükenmişlik ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 16.0 programı ile analiz edilmiştir. Şiddet korkusu ile tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.005$). Cinsiyete göre şiddet korkusunda anlamlı bir fark bulunurken, tükenmişlik düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Mesleklerine göre şiddet görme korkusunda ve tükenmişlik seviyelerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Şiddete maruz kalanlar ile kalmayanlar arasında şiddet korkusu ve tükenmişlik düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının şiddet korkusu ile tükenmişlik seviyeleri arasında bir ilişki vardır. Kadınların şiddet korkusunun erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının daha fazla şiddet korkusu ve tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir.

*Bu araştırma makalesi 10. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresinde özet bildiri olarak sunulmuştur.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the relationship between fear of violence and burnout in healthcare workers. The study population consisted of 434 healthcare workers working in a public hospital in Samsun between November-December 2024. Since the participants were voluntary, 170 people were included in the study. The study was conducted with face-to-face survey method using convenience sampling technique. The fear of violence scale developed by Rogers (1997) and adapted into Turkish by Akbolat et al. (2021) and the burnout scale developed by Maslach and Jackson (1981) were used in the study. The data were analyzed with SPSS 16.0 program. A significant relationship was found between fear of violence and burnout levels ($p<0.005$). While there was a significant difference in fear of violence according to gender, there was no significant difference in burnout levels. No significant difference was found in fear of violence and burnout levels according to occupation. A significant difference was found between those who were exposed to violence and those who were not exposed to violence in terms of fear of violence and burnout levels. In conclusion, there is a relationship between fear of violence and burnout levels of health care workers. It was found that women had a higher fear of violence than men. It was determined that health care workers who were exposed to violence experienced more fear of violence and burnout.

Received

March 17, 2025

Accepted

May 30, 2025

Published Online

June 30, 2025

Key Words

*Violence in Health, Fear of
Violence Burnout*

GİRİŞ

İnsanlık tarihiyle ortaya çıkan şiddet, son yıllarda birçok sektörün olduğu gibi sağlık kurumları içinde büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Bu durum yalnızca sağlık çalışanları için değil hasta ve hasta yakınları içinde tehdit oluşturmaktadır (Yeşilbaş, 2016). Gün geçtikçe artan sağlıkta şiddet olayları, sağlık çalışanlarında yalnızca fiziksel değil öfke, korku, travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok psikolojik soruna da neden olmaktadır (Erişen, 2024). Şiddetin sonuçlarından biri olarak oluşabileceği düşünülen tükenmişlik psikolojik ve fiziksel sağlıkla beraberinde sağlık çalışanlarının iş yerindeki verimini de etkilemektedir (Akbolat ve diğerleri, 2018).

Sağlık kurumları, sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının yoğun olduğu ortamlardır. Böyle bir ortamda şiddetin oluşmasının herkes için olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Şiddete maruz kalan çalışanlarda şiddet görme korkusu ve tükenmişlik oluşabilmektedir. Bu kapsamda bu çalışma, sağlık çalışanlarının şiddet görme korkusunun tükenmişlikleri ile ilişkisini araştırmaktadır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE HİPOTEZLER

Sağlıkta Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti “*Yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, kötü gelişim veya mahrumiyetle sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye veya bir gruba veya topluluğa karşı tehditle veya fiilen fiziksel güç veya kuvvet kullanımı*” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2002). İnsanlık tarihiyle ortaya çıkan, hayatın hemen hemen her yerinde karşılaştığımız şiddet, iş hayatını da oldukça etkilemektedir. İş yerinde şiddet bireylerin işini icra ederken başkaları tarafından istismara veya saldırıya uğraması olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda sağlıkta şiddet, iş başındayken sağlık personeline hasta ve yakınları veya herhangi biri tarafından uygulanan; fiziksel, psikolojik saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan bir durumdur (Ünal ve diğerleri, 2021). Türk

Tabipler Birliği şiddeti sağlık personelinin görevini yerine getirirken yapmaması gereken bir işi yapmasını veya görevini yerine getirmemesini isteyen, hukuka aykırı olarak etkilemeye çalışan kişilerin baskılarını sağlıkta şiddet olarak belirtmiştir (TTB, 2013).

Sağlık kurumlarında şiddet oluş şekline ve kaynağına göre iki gruba ayrılmaktadır. Kaynağına göre şiddet, fail ve iş yeri arasındaki ilişkiyi Tip I, Tip II, Tip III, Tip IV olarak dört grupta sınıflandırmıştır. Tip I, failin kurum ve personellerle hiçbir ilişkisi yoktur. Örneğin, suçu işleme düşüncesi olan bireyin silahlı soygun yapmasıdır. Tip II, burada fail müşteri olabilir, iş yeri veya çalışanların hastasıdır. Örneğin, sarhoş olan hastanın, hemşire yardımcısına yumruk atması. Tip III, kurumda çalışan biri veya eski çalışandır. Örnek olarak kısa süre önce işten çıkarılan personelin eski amirlerine saldırmasıdır. Tip IV, failin iş yerindeki personellerle kişisel bir ilişkisi vardır. Örneğin, iş yerindeki eski kocanın eski karısına saldırmasıdır (Phillips, 2016). Sağlık çalışanları üç şiddet türüne karşı risk altındadır. Örneğin, uyuşturucu arayan kişinin hekimi gasp edip, tıbbi çantasını çalması Tip I şiddetidir. Meslektaşları tarafından ırk ve cinsiyet ayrımı yapılan, iş arkadaşı tarafından zorbalığa uğrayan personel Tip III şiddet mağdurudur. Sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunarken yaşanan ve bildirilen işyeri şiddeti vakalarının birçoğu Tip II sınıflandırmasına girmektedir (Cooper ve Swanson, 2002). Oluş şekline göre şiddet, iki ana gruba ayrılır. Bunlar; fiziksel şiddet ve psikolojik şiddettir. Fiziksel şiddet, kişinin cinsel, psikolojik, fiziksel şekilde zarara uğramasına sebep olarak fiziksel kuvvet uygulanmasıdır. Tekmeleme, tokatlama, ısırma, itme, çekme, sıkımayı içerir. Psikolojik şiddet, fiziksel güç uygulayabileceğini kastederek korkutmak ve fiziksel, ruhsal, sosyal gelişimine zarar verecek şekilde baskı oluşturmaktır. Sözel şiddet, mobbing, cinsel taciz ve tehdidi içerir (Pınar ve Pınar, 2013).

Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmasının nedenlerini doktor, hasta, basın, hukuk, ekonomik ve sosyal sebepleri sıralayabiliriz (Özişli, 2022). Sağlık çalışanlarına göre şiddete maruz kalma nedenleri; Hasta ve hasta yakınlarının sabırsız olması, sağlık çalışanı ile hasta ve hasta yakınının iletişim problemlerinin yaşanması, uzun süre beklemek, kurumda sağlık çalışanı sayısının yeterli olmaması, güvenlik tedbirlerinin yeterli olmaması, sağlık çalışanlarının fazla mesai saatleri nedeniyle hastayla yeterince ilgilenememesi, sağlık çalışanının ilgili olmaması, hasta ve hasta yakınının yeterli bilgilendirilmemesi, hasta sayısının fazla olması, medya ile iletilen yanlış mesajlar (Aydemir ve diğerleri, 2020).

Şiddete maruz kalan çalışanlarda, stres, depresyon, kaygı düzeylerinin yükselmesi, işine konsantre olamama, düşük öz güven ve korku gibi psikolojik problemler ortaya çıkmaktadır. Psikolojik problemlerin beraberinde baş ve bel ağrıları, mide ağrısı, uykusuzluk, kalp rahatsızlıkları, panik atak ve yorgunluk gibi fiziksel problemlere de neden olmaktadır. Ayrıca çalışanların işten ayrılma düşüncelerinin artmasına ve iş kazalarına sebep olmaktadır (Dursun, 2012). İş yerinde şiddet, işte devamsızlığa, iş gücü devrinin artmasına, hastalıklar ve sakatlıklarla beraberinde maliyetlerin artmasına da neden olmaktadır (Nart, 2014). Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında oluşan öfke, korku, kaygı, travma sonrası stres bozukluğu, suçluluk ve utanç, iş tatmininin azalması gibi unsurlar şiddete maruz kalmanın sonuçları olarak belirtilmektedir (Erişen, 2024). Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları, korku ve çaresizlik hissedip “Şiddete karşı yapacak bir şey yok.” düşüncesine kapılabilir. Oluşan bu düşünceler motivasyonlarını düşürmektedir. Şiddete maruz kalan çalışanların ruhsal, fiziksel etkilerinin yanı sıra tükenmişlik sendromuna yakalandıkları görülmektedir (Durmuş, 2019).

Şiddet Görme Korkusu

Şiddet görme korkusu, şiddete maruz kalmanın ani bir sonucu olarak gelecekte şiddet görme riskine karşı verilen bilişsel ve duygusal tepkidir. Korku özellikle şiddet gibi zararlı ve tehdit edici durumlarla bağlantısı olduğu için stres duygusu olarakta düşünülebilir (Portoghese ve diğerleri, 2017). Şiddet görme korkusunun örgütsel açıdan çalışanların verimliliğinin düşmesine neden olan iş yeri stresi olduğu belirtilmiştir. Şiddete maruz kalma arttıkça iş tatmininin azaldığı, stresin arttığı, korkunun bu süreci başlattığı gözlenmiştir (Sağlam, 2022). Sağlık çalışanlarının, şiddet görme korkusunun olumsuz etkilerini yaşamaları için şiddetin birincil mağduru olmalarına gerek yoktur (Uğan ve Akbolat, 2023).

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının sosyal medya platformlarında gündem olması şiddete direkt maruz kalmayan sağlık çalışanlarında da şiddet görme korkusu oluşturabilmektedir. Şiddet görme korkusunun, iş yerinde personeller üzerinde fiziksel ve psikolojik birçok etkisi olduğu bilinmektedir. Aşırı korku, psikolojik sorunları olan personellerin duygularını daha da yoğunlaştırabileceği veya kaygılarını arttıracak için iş tatminini ve işten ayrılma niyetini etkileyebilmektedir (Karademir, 2024).

Tükenmişlik Sendromu

Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Psikiyatrist Herbert Freudenberger tarafından “Çalışanların iş ortamında iş yükünün artması, gereksiz görev yeri değişimleri, ekip ruhunun olmaması, uzun süre iş stresine maruz kalma sonucunda ortaya çıkan strese karşı tepki” olarak tanımlanmaktadır. Freudenberger tükenmişliğin genellikle insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde görüldüğünü belirtmiştir (Freudenberger, 1974). Tükenmişliği Maslach ve Jackson (1981) “Bir tür ‘insan işi’ yapan bireyler arasında meydana gelebilecek duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma sendromu” olarak tanımlamıştır. Maslach ve Leiter (2016) tarafından ise tükenmişlik; işteki kronik kişilerarası stres faktörlerine

karşı uzun süreli tepki olarak oluşan psikolojik sendrom şeklinde tanımlanmaktadır.

Tükenmişlik kavramı, üç alt boyuttan oluşur. Bunlar; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissidir. Freudenberg (1974) bu boyutlardan yalnızca duygusal tükenmişlik boyutunu tanımlarken, Maslach ve Jackson (1981) literatürde tükenmişlik ile ilgili adı geçen üç boyutu ortaya koyan teorisyenler olarak yer almaktadırlar. Duygusal tükenme, Maslach tükenmişlik modelinin ilk aşamasıdır. Kişinin başkalarına vereceği bir şeyi kalmadığı ve emosyonel kaynaklarının azaldığını ifade eder (Dikmetaş ve diğerleri, 2011). Tükenmişliğin bu boyutunda kişilerde enerji eksikliği yorgunluk, duygusal yönden yıpranma hissi gözlenmektedir (Arı ve Bal, 2008). Duyarsızlaşma, hizmet sunulan bireylere karşı soğuk, ilgisiz, sert hatta insancıl olmayan davranışlar sergilenmesi olarak tanımlanır. Duygusal tükenmeye karşı gösterilen ilk tepkidir. Duyarsızlaşma başladığında bireyde işine karşı işiyle ilgili insanlara karşı soğuk davranma hissi oluşur. Özellikle iş yerinde hizmet sunulan kişilere yönelik davranışlarda olumsuz değişimler görülür (Sandıkcı, 2010). Kişisel başarıda azalma ise kişinin işinde kendisini yeterli ve başarılı hissetmemesi duygularını tanımlamaktadır. Kişi kendini değerlendirdiğinde olumsuz düşüncelere kapılır ve işinde faydalı olmadığını hatta başarısız olduğunu, çabalarının işe yaramadığını düşünür (Kılıç ve Ak, 2017).

Tükenmişlik sendromuna neden olan faktörler örgütsel ve bireysel olarak ikiye ayrılmaktadır. Örgütsel faktörler; iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerlerdir. Örgüt değerleri ile çalışanların değerlerinde farklılık oluştuğunda tükenmişlik daha fazla oluşur. Kişinin ve iş çevresinin arasında bu faktörlerde yaşanacak uyumsuzluklar tükenmişliği etkilemektedir. Yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı, işe aşırı bağlılık, bireyin beklentisi, performansı, kişinin ego gücü, kişilik özellikleri, işe bağlı stres, iş doyumu ve motivasyon, iş arkadaşları ve yöneticileriyle kurduğu ilişki

ve iletişim gibi faktörler tükenmişliğin bireysel ve sosyal nedenleri arasında sıralanabilir (Kılıç ve Seymen, 2011).

Tükenmişliğin fiziksel, davranışsal, psikolojik belirtileri vardır. Yorgun ve bitkin hissetme, sıklıkla baş ağrısı, uykusuzluk, nefes darlığı, bitmeyen soğuk algınlığı, bağırsak ve mide rahatsızlıkları, genel vücut ağrıları gibi fiziksel belirtiler gösterir (Freudenberg, 1974). Davranışsal olarak ani tepki verme, eleştiriye gelememe, sinirlilik, sabırsız olmak, aşırı kuralcı davranmak, alınganlık, işe ilgisini kaybedip farklı şeylerle uğraşmak, devamlı savunma ve suçlamada bulunma, inkâr etme, rasyonelleştirme, insanlarla ilişkilerinde bozulmalar meydana gelir (Arı ve Bal, 2008). Psikolojik belirtiler ise kişi duygusal bitkinlik, uzun süreli sinirlilik hali, ani öfkelenme, bazen bilişsel becerilerde güçlükler, hayal kırıklığı, anksiyete, huzursuz ve sabırsız olma, öz saygısında azalma, değersiz hissetme, eleştiriye gelememe, karar vermede güçlük, apati, kendini boşlukta hissetme, anlamsızlık hissi, umutsuzluk gösterir (Kaçmaz, 2005).

Tükenmişlik sıklıkla iş tatminsizliği, düşük örgütsel bağlılık, devamsızlık, işten ayrılma niyeti gibi çeşitli olumsuz tepkiler ve işten çekilme biçimleriyle ilişkilendirilmiştir. Tükenmişlik, iş yerinde olumlu deneyimler yaşama fırsatlarını azalttığından, iş tatmininin azalması ve işe ya da kuruma bağlılığın azalmasıyla ilişkilidir (Maslach ve Leiter, 2016). Tükenmişliğin olumsuz sonuçları bireyleri ve bireyleri aşarak örgütleri olumsuz etkilemektedir. Tükenmişliğin bireysel, örgütsel ve aile hayatına dair sonuçlarında kişiyi, örgütü ve aile yaşamını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Kazu ve Yıldırım, 2021).

Çalışmanın Hipotezleri

Literatürde belirtildiği gibi iş yerinde şiddete maruz kalanların çoğu psikolojik olarakta etkilendiklerini bildirmektedir. Şiddete maruz kalanların çoğunda korku gibi psikolojik problemler ortaya ortaya çıkmaktadır (Dursun, 2012). Şiddete maruz kalan çalışanların ruhsal, fiziksel etkilerinin yanı sıra tükenmişlik sendromuna

yakalandıkları görülmektedir (Durmuş, 2019). Bu noktadan hareketle aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir.

Hipotez 1: Şiddet görme korkusu ile tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Şiddet görme korkusunun, çalışanlar üzerinde fiziksel ve psikolojik birçok etkisi olduğu bilinmektedir (Karademir, 2024). Yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikleri, medeni durum, işe bağlı stres, iş arkadaşları ve yöneticiyle kurduğu ilişki ve iletişim gibi faktörler tükenmişliğin bireysel ve sosyal nedenleri arasında sıralanabilir (Kılıç ve Seymen, 2011). Ünal vd. (2021) şiddete maruz kalma ve şiddet görme korkusu arasındaki ilişki araştırmasında sağlık çalışanlarının şiddete uğramasının gelecekte şiddet görme korkusuna sebep olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanları sendikası (2013) araştırmasında cinsiyete göre sağlık çalışanlarının şiddet görme korkusunda farklılık oluştuğuna, kadınlarda daha fazla şiddet görme korkusu oluştuğunu belirtmişlerdir. Literatürde şiddet görme korkusu ve tükenmişlik seviyelerinde demografik özelliklerine göre farklılıklar görülmektedir. Buradan hareketle aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

Hipotez 2: Cinsiyete göre şiddet görme korkusu anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Hipotez 3: Cinsiyete göre tükenmişlik seviyeleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Hipotez 4: Mesleklerine göre şiddet görme korkusu anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Hipotez 5: Mesleklerine göre tükenmişlik seviyeleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Hipotez 6: Şiddet görenler ve görmeyenler arasında şiddet görme korkusu anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

Hipotez 7: Şiddet görenler ve görmeyenler arasında tükenmişlik seviyeleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çalışanların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik (cinsiyet, yaş, görevi, daha önce şiddete maruz kaldı mı?) sorular sorulmuştur. İkinci bölümde Rogers tarafından geliştirilen şiddet görme korkusu ölçeği kullanılmıştır (Rogers ve Kelloway, 1997). Akbolat ve arkadaşları tarafından ölçek Türkçeye uyarlanmıştır (Akbolat ve diğerleri, 2021). Üçüncü bölümde sağlık çalışanlarının tükenmişlik seviyesini ölçmek amacıyla Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilen, üç boyut ve 22 ifadeden oluşan Maslach Tükenmişlik ölçeği kullanılmıştır. Ölçeklerde 5’li Likert tipi kullanılmıştır.

Ölçeklerin daha önce Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları araştırmacılar tarafından gerçekleştirildiğinden bu çalışma kapsamında geçerlilik analizleri yapılmamıştır. Fakat her bir ölçeğin Cronbach’s Alpha değerleri aşağıda sunulmuştur. Şiddet görme korkusu ölçeğinin Cronbach’s Alpha değeri “.944”, tükenmişlik ölçeğinin “.797” dir.

Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Samsun ilinde bir kamu hastanesinde görev yapan 434 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Bu kapsamda örneklem seçilmemiş tüm hastane çalışanlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Gönüllü olarak ankete katılmayı kabul eden 105 sağlık personeli, 34 idari personel, 31 destek personeli olmak üzere 170 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma gönüllü katılan 170 sağlık çalışanı ile yüz yüze anket yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin Analizi

Uygulama sonucu veriler SPSS 16.0 programından yararlanılarak analiz edilmiştir. Korelasyon analizi, T testi ve One Way Anova testi yapılmıştır.

BULGULAR

Demografik Veriler

Araştırmaya katılanların demografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Demografik Veriler

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	107	62,9
Erkek	63	37,1
Meslek		
Sağlık Personeli	105	61,8
İdari Personel	34	20,0
Destek Personeli	31	18,2
İş Yerinde Şiddet Gördünüz mü?		
Evet	55	32,4
Hayır	115	67,6
Toplam	170	100

Tablo 1’de görüldüğü üzere araştırmaya 170 sağlık çalışanı katılmıştır. Bunların %62,9’u (107 kişi) kadın, %37,1’i (63 kişi) erkektir. Araştırmaya katılanların %61,8’i (105 kişi) sağlık personeli, %20’si (34 kişi) idari personel, %18,2’si (31 kişi) destek personelidir. Çalışanların %32,4’ü (55 kişi) iş yerinde şiddet görmüş, %67,6’sı (115 kişi) şiddet görmemiştir.

Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Tablo 2. Şiddet Görme Korkusu Ve Tükenmişlik Korelasyon Analizi

		T
ŞGK	r	,356**
	p	,000

Analizlerde şiddet görme korkusu “ŞGK”, tükenmişlik “T” olarak gösterilmiştir.

Yapılan korelasyon testi sonucunda şiddet görme korkusu ve tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki vardır ($r=0,35$, $p<0,05$). Bu sonuca göre hipotez 1 kabul edilmiştir.

Tablo 3. H2 Ve H3 Hipotezleri T Testi Analiz Sonuçları

	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	P
ŞGK	Kadın	107	3,0664	,001
	Erkek	63	2,3841	,001
T	Kadın	107	2,7067	,403
	Erkek	63	2,6409	,429

H2 ve H3 hipotezleri birlikte test edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 3’te gösterilmiştir.

Yapılan T testi analiz sonucunda cinsiyete göre şiddet görme korkusu anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Kadınların şiddet görme korkusu (3,0664) erkeklerin şiddet görme korkusu (2,3841) değerinden daha yüksektir. Bu sonuca göre hipotez 2 kabul edilmiştir.

T testi sonucunda cinsiyete göre tükenmişlik seviyelerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuca göre hipotez 3 reddedilmiştir.

Tablo 4. H4 Ve H5 Hipotezleri Anova Testi Sonuçları

		Sayı	Ortalama	P
ŞGK	Sağlık Personeli	105	2,7943	
	İdari Personel	34	2,6765	,540
	Destek Personeli	31	3,0290	
	Toplam	170	2,8135	
T	Sağlık Personeli	105	2,7127	
	İdari Personel	34	2,6105	,554
	Destek Personeli	31	2,6581	
	Toplam	170	2,6823	

H4 ve H5 hipotezleri birlikte test edilmiştir. Analiz sonuçları tablo 4’de gösterilmiştir.

Yapılan One Way Anova testi sonucunda mesleklerine göre şiddet görme korkusu ve tükenmişlik seviyelerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sonuca göre hipotez 4 ve 5 reddedilmiştir.

Tablo 5. H6 Ve H7 T Testi Analiz Sonuçları

	ŞMK	Sayı	Ortalama	P
ŞGK	Evet	55	3,3291	,000
	Hayır	115	2,5670	,000
T	Evet	55	2,8892	,000
	Hayır	115	2,5833	,000

H6 ve H7 hipotezleri birlikte test edilmiştir. T testi analiz sonuçları tablo 5’de gösterilmiştir. “Şiddete maruz kaldınız mı?” sorusu tabloda “ŞMK” olarak kısaltılmıştır.

Yapılan T testi analiz sonucunda daha önce şiddet görenler ve görmeyenler arasında şiddet görme korkusu anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Şiddet görenlerin, şiddet görme korkusu (3,3291) görmeyenlerin (2,5670) değerinden daha yüksektir. Bu sonuca göre hipotez 6 kabul edilmiştir.

Şiddet görenler ve görmeyenler arasında tükenmişlik seviyeleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Bu sonuca göre hipotez 7 kabul edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının şiddet görme korkusu ile tükenmişlik seviyeleri arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma bulgularında, şiddet görme korkusu ve tükenmişlik seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Daha önce yapılan bir çalışmada hekim ve hemşirelerin şiddet görme korkusunun tükenmişliğe etkisini inceleyen Akbolat vd. (2018) sağlık çalışanlarının sıklıkla şiddete maruz kaldığı ve doğal olarak çalışanlarda şiddet görme korkusu oluştuğunu ama şiddet görme korkusu ile tükenmişlikleri arasında bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Bir başka çalışmada ise şiddete maruz kalan çalışanların ruhsal, fiziksel etkilerinin yanı sıra tükenmişlik sendromuna yakalandıkları belirtilmiştir (Durmuş, 2019).

Cinsiyete göre şiddet görme korkusunda anlamlı şekilde farklılık bulunmuştur. Kadınların şiddet görme korkusu erkeklerin şiddet görme korkusundan daha yüksektir. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2013) araştırmasında cinsiyete

göre sağlık çalışanlarının şiddet görme korkusunda farklılık oluştuğuna, kadınlarda daha fazla şiddet görme korkusu oluştuğunu belirtmişlerdir. Bu sonuç H2 hipotezinin sonuçlarıyla uyumludur. Cinsiyete göre tükenmişlik seviyelerinde anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Mesleklerine göre şiddet görme korkusu ve tükenmişlik seviyelerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmanın 4 ve 5. Hipotezleri reddedilmiştir.

Şiddet görenler ve görmeyenler arasında şiddet görme korkusu anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Şiddet görenlerin görmeyenlere göre şiddet görme korkusu daha yüksek çıkmıştır. Ünal vd. (2021) şiddete maruz kalma ve şiddet görme korkusu arasındaki ilişki araştırmasında sağlık çalışanlarının şiddete uğramasının gelecekte şiddet görme korkusuna sebep olduğunu belirtmişlerdir. Şiddet görenler ve görmeyenler arasında tükenmişlik seviyeleri anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının daha fazla şiddet korkusu ve tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

- Arı, G. S., & Bal, E. Ç. (2008). Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1), 131-148.
- Akbolat, M., Sezer, C., Ünal, Ö., Amarat, M., & Durmuş, A. (2021). The effects of direct violence and witnessed violence on the future fear of violence and turnover intention: a study of health employees. *Current Psychology*, 40, 4684-4690.
- Aydemir, İ., Üçlü, R., & Aydoğan, A. (2020). Acil Servis Personeline Göre Şiddetin Nedenleri. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 83(1), 60-68. <https://doi.org/10.26650/IUITFD.2019.0018>
- Cooper, CL., Swanson, N. (2002). *Workplace violence in the health sector: State of the art*. 3-35.
- Dikmetaş, E., Top, M., & Ergin, G. (2011). Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 137-149.
- Durmuş, M. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde bir uygulama* (Master's thesis, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Dursun, S. (2012). İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 3(1), 105-115.
- Erişen, M. A. (2024). Sağlık Çalışanlarında İletişim Becerileri ve Şiddet Görme Korkusu Üzerine Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 351-360. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1366523>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Kaçmaz, N. (2011). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 68(1), 29-32.
- Karademir, Ömer. (2024). İşyerinde Şiddet Görme Korkusunun İşten Ayrılma Niyetine Etkisinde İşin Anlamlılığının Aracılık Rolü: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir İnceleme. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 16(3), 1717-1736. <https://doi.org/10.20491/isarder.2024.1881>
- Kazu, İ. Y., & Yıldırım, D. (2021). Mesleki Tükenmişlik: Etki Eden Faktörler, Belirtileri ve Sonuçları. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 462-473. <https://doi.org/10.51725/etad.1003628>
- Kılıç, T., & Seymen, O. A. (2011). Sağlık Sektöründe, Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörlerin Analizi ve Bir Araştırma. *Journal of Management and Economics Research*, 9(16), 47-67.
- Kılıç, T., & Ak, H. (2017). Kamu ve Özel Hastanede Çalışan Personellerin Tükenmişlik Seviyelerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 72-79.
- Maslach, Christina. ve Jackson, Susan E., (1981). "The Measurement of Experienced Burnout", *Journal of Occupational Behavior*, Vol.2, 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Nart, S. (2014). İş Ortamında Şiddet, Tükenmişlik ve İş Tatmini İlişkileri: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 12(23), 248-268. <https://doi.org/10.11611/JMER360>
- Özişli, Ö. (2022). Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8(1), 62-68.
- Phillips, JP. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *The New England Journal of Medicine*. 1661-9.
- Pınar, T., & Pınar, G. (2013). Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 3.
- Portoghese, I., Galletta, M., Leiter, M. P., Cocco, P., D'Aloja, E., & Campagna, M. (2017). Fear of future violence at work and job burnout: A diary study on the role of psychological violence and job control. *Burnout Research*, 7, 36-46.
- Rogers, K. A., & Kelloway, E. K. (1997). Violence at work: personal and organizational outcomes. *Journal of occupational health psychology*, 2(1), 63-71. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.2.1.63>
- Sağlam, H. (2022). *Şiddet görme korkusu ile öz yeterlilik arasındaki ilişki: Sağlık çalışanları üzerine bir araştırma= The relationship between fear of violence and self-efficiency: A study on healthcare professionals* (Master's thesis, Sakarya Üniversitesi).
- Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması (2013). Erişim Adresi: <https://www.sagliksen.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf>, Erişim Tarihi: 10.01.2024
- Sandıkçı, E. (2010). *Stresin tükenmişlik boyutları üzerindeki etkisi: Diyarbakır'da öğretmenler üzerinde bir araştırma* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- TBB. (Türk Tabipler Birliği). (2013). *Şiddetle Başa Çıkmak. Teknik Hazırlık & Baskı Hermes Tanıtım Ofset, Ankara.*
- Uğan, Çiğdem, & Akbolat, M. (2023). Şiddete Maruz Kalmanın İş Performansına Etkisinde Şiddet Görme Korkusunun Aracı Rolü. *Örgütsel Davranış Çalışmaları Dergisi*, 3(1), 25-37. Geliş tarihi gönderen <https://www.obstudies.org/index.php/obs/article/view/21>
- Ünal, Ö., Akbolat, M., & Palan, G. (2021). Sağlık Çalışanlarının Beş Faktör Kişilik Özellikleri ile Şiddete Maruz Kalma ve Şiddet Görme Korkusu Arasındaki İlişki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 1-14.
- WHO, World Health Organization. (2002). A universal challenge. *World Report on Violence and Health: Summary*, Geneva.
- Yeşilbaş, H. (2016). Sağlıkta şiddete genel bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 44-54.

Demokratik Liderle Çalışan Sağlık Çalışanlarının Verimliliklerinin İncelenmesi**Examining The Productivity Of Health Workers Working With Democratic Leaders***Muhammet Ali ÖZATA**

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

ozatamuhammetali@gmail.com

ORCID: 0009-0005-2082-153X

Gönderilme Tarihi

17 Mart 2025

Kabul Tarihi

24 Haziran 2025

Yayınlanma Tarihi

30 Haziran 2025

Anahtar Kelimeler

Liderlik, Demokratik Liderlik,
Verimlilik

ÖZET

Günümüzde liderlik tarzı her alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli hale gelmiştir. Kurumlar kendileri açısından doğru lideri bulmak istemekte; çalışanlar için de kendileri açısından doğru liderle çalışmak daha önemli hale gelmektedir. Yapılan araştırmalar liderliğin çalışan verimliliği açısından önemli olduğunu göstermektedir. Birçok liderlik çeşidinin bulunması, araştırmaların sayısını ve kapsamını arttırsa da, liderliğin en önemli etkisinin çalışandan alınan verimlilik olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmada demokratik liderliğin verimlilik üzerine etkisi araştırılmaktadır. Bunun için Ordu ilinde 516 sağlık çalışanı ile 34 soruluk anket çalışması yapılmıştır. Anket çalışması çoğunlukla Google form üzerinden kısmen de yüz yüze yapılmıştır. Alınan verilerin SPSS 16.0 programı ve bu program üzerinden güvenilirlik, geçerlilik, korelasyon ve ANOVA testleri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda demokratik liderliğin verimlilik üzerine pozitif etkisi olduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda demokratik liderlik ve verimliliğin çalışma yılına göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsiyete göre demokratik lider ve verimliliğin iki boyutunda farklılık bulunmuş, verimliliğin diğer iki boyutunda farklılık bulunmamıştır. Liderin karar alma sürecine çalışanlarını katması, kendisine olan güvenin artmasına, çalışan işyerini evi gibi, iş arkadaşlarını aile gibi sahiplenmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla iş yerindeki verimlilikleri artmaktadır. Bu sebeple yöneticiler daha fazla demokratik liderlik çeşidini benimseyerek kullanmaları kendi kurumlarının verimliliklerini arttıracaktır.

*Bu araştırma makalesi 10. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresinde özet bildiri olarak sunulmuştur.

ABSTRACT

Nowadays, leadership style has become important in the healthcare sector as well as in other areas. Organizations want to find the right leader for themselves, and it has become more important for employees to work with the right leader for themselves. Research shows that leadership is important in terms of employee productivity. Although the existence of many types of leadership has increased the number and scope of studies, it has been revealed that the most important effect of leadership is the productivity obtained from employees. This study investigates the effect of democratic leadership on productivity. For this purpose, a survey consisting of 34 questions was conducted with 516 healthcare workers in the province of Ordu. The survey was mostly conducted via Google Forms and partially in person. The data collected were analyzed using the SPSS 16.0 program, and reliability, validity, correlation, and ANOVA tests were performed through this program. The results of the study showed that democratic leadership has a positive effect on productivity. The study found no significant difference in democratic leadership and productivity based on years of service. Differences were found in two dimensions of democratic leadership and productivity according to gender, but no differences were found in the other two dimensions of productivity. Involving employees in the decision-making process increases their confidence in the leader and makes them feel that the workplace is like their home and their colleagues are like family. Therefore, productivity at the workplace increases. For this reason, managers should adopt and use more democratic leadership styles to increase the productivity of their organizations.

Received

March 17, 2025

Accepted

June 24, 2025

Published Online

June 30, 2025

Key Words*Leadership, Democratic Leadership,
Productivity*

GİRİŞ

İnsanlık tarihi boyunca bireyler toplumsal bir yapı içerisinde yaşamlarını organize etmişlerdir. Gerek bireysel menfaatleri gerekse grup menfaatleri için kendilerine liderlik edecek kişilere ihtiyaç duymuşlardır. Yaşam kalitesi ve süresi artması ile sağlık kurumlarının öneminin artmasına neden olmuştur. Sağlık kuruluşları; günümüzde artan rekabet koşulları sebebiyle sağlık kurumlarını daha ileriye taşıyacak vizyon sahibi, çalışanlarından yüksek performans alacak liderlere daha önemli hale gelmiştir (Uysal vd., 2012). Liderlik bireyin kendi çevresini ve çalışanlarını bir amaç için toplamasıdır (Polatoğlu, 2020). Lider örgütün başarısı için herkesi birleştiren, kendilerini örgüte ait hissetmesini sağlayan kişidir (Yerli, 2016). Liderlik ortaya koyulan hedefi gerçekleştirmek için çalışanları yönlendirmek olarak tanımlanabilir. Lider bir misyon ve vizyon çerçevesinde astlarını doğru kullanan kişidir (Bedir Turhan, 2017). Günümüzde sağlık çalışanlarının çalışma koşulları; nöbet usulü çalışmaları, gün aşırı nöbet tutmaları, yapılan işin insan hayatını etkilemesi gibi sebeplerle zorlaşmaktadır. Çalışma şartlarını kolaylaştırmak ve çalışanlardan maksimum verim almak önemli bir hale gelmektedir. Demokratik liderliğin sağlık çalışanları üzerinde motivasyon ve aidiyet duygusunun artması sonucunda verimliliklerinin pozitif yönde etkilenmesi beklenmiştir.

Kavramsal Çerçeve

Liderlik Kavramı

Lider kelimesi İngilizce “leadership” kelimesinden türemiştir (Küçüközkan, 2015). Liderlik, belirli fiziksel ve karakteristik özelliklere sahip olma ve bu vasfını kitleleri yönlendirebilecek şekilde kullanabilme yeteneği olarak ifade edilebilir (Solmaz, 2018). Liderlik belirli bir grubu belirli bir amaç için yönlendirme sanatıdır. Liderlik tarzı, yön verme, planları uygulama ve insanları motive etme tarzı ve yaklaşımıdır. Çalışanlar tarafından görüldüğü gibi, liderleri tarafından gerçekleştirilen açık ve örtük eylemlerin toplam modelini içerir (Tuncbilek, 2020). Sosyal bir varlık özelliği gösteren insanoğlunun bir arada yaşamaya başlaması,

birtakım ihtiyaçları görünür hale getirmiş ve belli bir düzenin kurulması ve devam ettirilmesi için liderin varlığı önemli bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır (Ercan ve Sığırı, 2015). Demokratik liderlik çeşidi sağlık çalışanlarının iş yerinde hissettikleri zorlukları azaltabilir. İnsanların kendi fikirlerini uygulamada görmesi aidiyet duygusunu arttırabilir.

Liderlik Çeşitleri

Otokratik Liderlik

Kararları tek başına alan, astlarına az danışan liderlik çeşididir. Çalışanları üzerinde baskı kurma eğilimi gösterirler. Başarı, övgü liderde toplanır. Yetkinin liderde toplanması rahatsızlık yaratabilir. (Tengilimoğlu, 2005). Otokratik lider, çalışanlarını motive etmek için ödüllendirme ve yasal gücünü kullanabilir. Lider iş ile ilgili yapılacakları önceden planladığı için çalışanlar planları bilir, buna göre davranırlar (Tengilimoğlu, 2005). Tüm yetkiler liderdedir, her türlü karar lider tarafından alınır (Topçu vd., 2011). Buluç (1998) ve Serinkan’a (2012) göre Karar mekanizmasının bütün sorumluluğu ve yetki yöneticidedir, astlar yalnızca kendilerine söylenenleri yaparlar. Yönetim yetkisi tamamen liderde toplanmıştır (Çelik, 2016). Barlı’ya göre bu tip liderler merkezîyetçidirler (Altan ve Özpehlivan, 2019).

Demokratik Liderlik

Demokratik olarak yönetmeyi benimseyen, çalışanları ile beraber onların düşüncelerini kendi yönetim anlayışına uyarlayan liderlik tipidir. Liderin karar verme sürecinde astların fikirlerine önem vermesi en belirgin özelliğidir (Tengilimoğlu, 2005). Demokratik liderlik tarzı yönetimin insan ilişkilerine önem verdiği dönemde ortaya çıkmıştır (Türk, 2016). Modern çağa en uygun liderlik çeşitlerinden biridir. Lider ile çalışanların yakınlaşması ilişkilerin güçlenmesini sağlayarak, lidere olan güveni arttırmaktadır (Yerli, 2016). Yörük ve arkadaşları (2011) demokratik liderlikte, örgütteki insanların kararlarının destekleneceğine böylelikle verimliliğin artacağına inanırlar. Örgüt üyeleri iletişim ve yardımlaşmayı teşvik etmesi, yönetici ve çalışanlar arasında ilişkiyi olumlu etkiler ve

tatmin duygusunun artmasını sağlar (Karaca, 2017). Demokratik liderlik türünde lider, çalışanlara rehberlik ve öncülük etmekte, organizasyondaki karar alma süreçlerinde çalışanların katılımını desteklemekte ve çalışanları teşvik etmektedir (Taşkıran, 2006). Liderin plan ve politikasında bütün grup üyelerinin söz hakkı vardır. Astlarına danışarak onların fikirlerine değer verdiği için; demokratik lider düzgün davranmalı, kibirli olmamalı ve güvenilir birisi olmalıdır (Türk, 2016). Demokratik lider, örgüt üyelerine gereken saygı ve değer gösterir, böylelikle kendilerini geliştirmelerine fırsat tanır. Yönetimde olan örgüt üyeleri adil ve terfi sisteminin oluşturulabilir (İnce, 2013).

Etkileşimsel Liderlik

Çalışanlardan beklentilerin açık olarak ortaya koyulan, bunun karşılığında ödüllendirme sistemi olan liderlik çeşididir (Yavuz, 2008).

Otantik Liderlik

Liderin çalışanlarının düşüncelerini ve davranışlarını anlayabildiği; kendisinin ve çalışanlarının değer yargılarını analiz edebilen liderlik çeşididir (Korkmaz, 2018).

Liberal Liderlik

Çalışanlarına tam serbestlik sağlayan, mevki ve gücünü az kullanan, örgüt üyelerinin inisiyatif almasına olanak sağlayan, verilen kaynakları örgüt üyelerinin yerine getirmeleri için plan ve ortam hazırlayan liderlik çeşididir (Derya, 2010).

Paternalist Liderlik

Lider çalışanını koruyup kollar, çalışanının her türlü sorunuyla ilgilenen liderlik çeşididir (Aycan, 2001).

Destekleyici Liderlik

Çalışanlarıyla dostça ilgilenen, samimi bir çalışma ortamı yaratarak özel olarak ilgilenen liderlik çeşididir (Namlı, 2017).

Karizmatik Liderlik

Kriz durumlarında kurtarıcı ve güçlü bireysel özelliklerini kullanan liderlik çeşididir (Korkmaz, 2018).

Hizmetkar Liderlik

Greenleaf'e göre lider; girişken, hayal gücünü kullanan, empati özelliği olan duygusal destek vererek çalışanlarının gelişimini sağlayan ve yapacakları işe inandırıp motivasyonunu arttıran kişidir (Köse ve Ugurluoğlu, 2015).

Dönüştürücü Liderlik

Çalışanlarının ihtiyaçlarını, inançlarını değiştiren, onları değiştirerek değişim ve yenilenmeyi sağlayarak yüksek performansa ulaşmalarına yardımcı olan liderlik çeşididir (Tengilimoğlu, 2005).

Motivasyon

Motivasyon bir işin başarılabilmesi için kişiyi motive eden iç ve dış unsurların bir araya toplanması ve bunun kişide oluşturduğu psikolojik unsurdur (Karaca, 2017). Genç'e göre Temel anlamda insanın davranışlarıyla ilgilenen motivasyon kavramı, kişilerin belirli bir amacı gerçekleştirmek için kendi arzu ve istekleri ile davranışları olarak tanımlanabilir (Karaca, 2017). İşte verimliliğin ve başarının artması için gerekli olan güçtür. Motivasyon hem bireyin hem de örgütün isteklerini yerine getirmelidir (Aslan ve Doğan, 2020). Başarının bir ölçüye dayalı olması gerekmemekle birlikte yönetici kişinin sahip olmak istediğini, ihtiyaçlarını anlayabilir ve bunları sağlama imkânı verirse kişiyi belirli bir davranışı sergilemeye yönelterek motive etmiş olur (Karaca, 2017). Yöneticinin veya liderin davranışları da kişinin motivasyonun etkilidir (Yurdakul, 2007). Yöneticinin amaçlarından biriside motivasyonu sağlayabilmektir. Bunu sağlarken de astlarının ihtiyaçlarını karşılamalıdır (Şahin, 2004). Motivasyon organizasyonun başarısı için gerekli koşulları sağlamak liderin görevlerindendir.

Motivasyon Çeşitleri

İçsel Motivasyon

İçsel motivasyonda kişinin kendi değer yargıları ile ortaya çıkan motivasyon çeşididir. İçsel motivasyon bir faaliyeti ya da bir işi yapan bireyin faaliyetin kendisini ilgi çekici bulması ya da faaliyetin kendisinden haz duyması, doyum almasıdır (Aslan vd., 2020). Kişinin kendi içinden gelerek başarıya ulaşması başarıya ulaşma arzusu içsel motivasyonun kalıcı özellik gösterir (Bozkurt,

2014).

Dışsal Motivasyon

Dışsal motivasyon kişinin kendi kişisel yargıları haricinde diğer etkenler için ortaya çıkan motivasyondur (Topçu, 2015). Amorose ve arkadaşlarına göre dışsal motivasyona sahip bir birey toplumsal onay, sosyal statü, ödül kazanma gibi dışsal sebeplerden dolayı aktiviteyi başarmak için çalışır (Topçu, 2015). Sağlık çalışanlarının yaptıkları işe, yöneticiler ve hastalar tarafından değer verilmesi önemli motivasyon kaynaklarından bir tanesidir.

Verimlilik

Verimlilik kavramı, sosyoekonomik sistemlerin tümünde çeşitli şekillerde tanımlanan ve ölçülen bir kavram olup kelime karşılığı, üretebilme yeteneği veya üretkenliktir (Bozkurt, 2014). Verimlilik esas itibarıyla, yapılan faaliyetin girdi ve çıktılarının sayısal olarak ölçülebildiği, örneğin maliyetlerin ve sonuçların parasal olarak ifade edilebildiği durumlarda söz konusu olan bir kavramdır (Arslan, 2002). Sağlık sektöründe maliyetlerin artması verimliliğin önemini arttırmaktadır (Yiğit, 2016). Verimlilik eldeki kaynakların en iyi şekilde kullanılıp verimliliğin artırılması önemlidir (İleri, 1999). Liderin kaynaklarını düzgün kullanarak verimliliği arttırmak için astlarını motive etmesi bunun için kendi bilgi ve birikimini kullanması önemlidir (Özdemir ve Muradova, 2008).

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada amaç demokratik liderliğin sağlık çalışanlarında verimlilik üzerine etkisini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ölçek ve Örneklem

Ordu ilinde 1 Ekim – 30 Kasım 2024 tarihleri arasında sağlık çalışanlarında demokratik liderliğin verimlilik üzerine etkisini incelemek için önce literatür taraması, sonrasında anket çalışması yapılmıştır. Google form üzerinden ve kısmen de yüz yüze görüşmelerle 516 sağlık çalışanına ulaşılmış, alınan veriler SPSS 16.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ankette toplam 34 soru mevcuttur. Bunlardan 4’ü demografik sorular, 22’si verimlilik ile ilgili sorular ve 11 tanesi demokratik liderlik ile ilgili sorulardır. Ölçeklerde 5’li Likert tipi kullanılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H1: Demokratik liderlik ile verimlilik arasında ilişki bulunmaktadır.

H2: Demokratik liderle çalışan erkek ve kadın çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

H3: Çalışanların yaşlarına göre demokratik liderle çalışan sağlık çalışanlarının verimlilikleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

BULGULAR

Demografik Veriler

Tablo 1. Demografik Veriler

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	265	51,4
	Erkek	251	48,6
Medeni Durum	Evli	128	24,8
	Bekar	388	75,2
Yaş	18-30	318	61,6
	31-40	102	19,8
	41-50	50	9,7
	51- üzeri	46	8,9
Çalışma Süresi	0-5	143	27,7
	6-10	215	41,7
	11-20	158	30,6
Toplam		516	100,0

Tablo 1’ de araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri belirtilmiştir. Tablo 1’e göre toplam 516 kişiden %51,4’ü kadın, %75,2’si bekar, %61,6’sı 18-30 yaş aralığında ve %41,7’sinin 11-20 yıl çalışma süresi bulunmaktadır.

Tablo 2. Güvenilirlik Analizi

	Cronbach’s Alpha
Demokratik Liderlik	,847
Verimlilik	,821

Tablo 2’de görüldüğü üzere Demokratik liderlik ölçeği ,847, Verimlilik ölçeği ise ,821 çıkmıştır. İki ölçek de güvenilir bulunmuştur.

Tablo 3. Demokratik Liderlik Ölçeği Faktör Analizi

KMO		,577
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3,721E3
	df	66
	Sig.	,000

Demokratik liderlik verilerinin yeterliliğini test eden KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) değerinin sonucu ,577 olduğundan örneklemimiz araştırma için yeterlidir.

Tablo 4. Verimlilik Ölçeği Faktör Analizi

KMO		,854
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1,846E3
	df	231
	Sig.	,000

Verimlilik ölçeğinin örneklemimin yeterliliğini test eden KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) değerinin sonucu ,854 çıktığından örneklemimiz araştırma için yeterlidir.

Araştırma Hipotezlerinin Analizleri**Tablo 4.** Demokratik Liderlik ve Verimlilik Korelasyon Analiz Sonuçları

		DL	V2	V3	V4	V
DL	r	1	,398**	,356**	,336**	,501**
	p		,000	,000	,000	,000
V2	r	,398**	1	,390**	,371**	,409**
	p	,000		,000	,000	,000
V3	r	,356**	,390**	1	,865**	,481**
	p	,000	,000		,000	,000
V4	r	,336**	,371**	,865**	1	,336**
	p	,000	,000	,000		,000
V1	r	,501**	,409**	,481**	,336**	1
	p	,000	,000	,000	,000	

Yapılan korelasyon testi sonucunda $p < 0,05$ olduğu için demokratik liderlik ile verimlilik arasında pozitif yönde ilişki bulunmaktadır. Bu sonuca göre “H1: Demokratik liderlik ile verimlilik arasında ilişki bulunmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5. Demokratik liderlik ve Verimlilik T-Testi Analiz Sonuçları

	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	P
V2	Kadın	265	3,5711	,027
	Erkek	251	3,4024	,027
V3	Kadın	265	3,4991	,008
	Erkek	251	3,2968	,008
V4	Kadın	265	3,5049	,006
	Erkek	251	3,2948	,006
V1	Kadın	265	3,5855	,106
	Erkek	251	3,4781	,107
DL	Kadın	265	3,5814	,517
	Erkek	251	3,5395	,517

Tabloda Demokratik Liderlik “DL”, Verimlilik “V” olarak gösterilmiştir. Yapılan T-test i sonucunda V2, V3 ve V4 p değerleri 0,05’ten küçük olduğu için “H2: Demokratik liderle çalışan erkek ve kadın çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir. V1 ve DL p değerleri 0,05’ten büyük olduğu için H2 hipotezi bu boyutlarda reddedilmiştir. Bu sonuca göre H2 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 6. Demokratik Liderlik ve Verimliliğin Çalışanların Yaşı İle İlişkisinin One Way Anova Testi

	Yaş aralığı	Sayı	Ortalama	P
V2	18-30	318	3,5021	,894
	31-40	102	3,5065	
	41-50	50	3,4333	
	51-65	46	3,4203	
V3	18-30	318	3,5448	,000
	31-40	102	3,2647	
	41-50	50	2,9850	
	51-65	46	3,1576	
V4	18-30	318	3,5704	,000
	31-40	102	3,2235	
	41-50	50	2,8640	
	51-65	46	3,2261	
V1	18-30	318	3,5498	,396
	31-40	102	3,4624	
	41-50	50	3,4533	
	51-65	46	3,6630	
DL	18-30	318	3,5721	,711
	31-40	102	3,4947	
	41-50	50	3,5571	
	51-65	46	3,6356	

Yapılan One Way Anova testi sonucunda V3 ve V4 grubunda p değerleri 0,05'ten küçük olduğu için anlamlı bulunmuş, bu gruplar için “H3: Çalışanların yaşlarına göre demokratik liderle çalışan sağlık çalışanlarının verimlilikleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir. V2, V1 ve DL grubunda p değerleri 0,05'ten büyük olduğu için H3 hipotezi reddedilmiştir. Bu sonuca göre H3 hipotezi reddedilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Yapılan çalışmanın sonuçlarını incelediğimizde ölçeklerimizin güvenilirlik analizi için kullanılan Cronbach's Alpha değeri verimlilik için, 821, demokratik liderlik için, 847 çıkmış olduğu için araştırma güvenilir bulunmuştur. Araştırmanın yeterliliğini ölçen KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değeri verimlilik ölçeği için 0,854, demokratik liderlik ölçeği için 0,577 olduğu için örneklem araştırma için yeterlidir.

H1 hipotezi için yaptığımız korelasyon testi sonucunda p değeri ($0,000 < 0,005$) bulunmuştur. H1 hipotezi kabul edilmiştir. Demokratik liderlik ve verimlilik arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Büyükyavuz'un (2015) yapmış olduğu çalışmada da bu ilişki desteklenmiştir. Öztürk ve Dündar (2023) benzer bir sonuç bularak kamu ve özel sağlık kuruluşlarında demokratik liderliğin motivasyonu arttırdığı sonucuna ulaşmıştır. Tengilimlioğlu (2005) yapmış olduğu çalışmada kurumların başarısı için insan ilişkilerinin önemli olduğundan bahsetmiştir. Fidanoğlu (2016) araştırmasında uzun süreli başarı ve güvenin ancak demokratik liderlikle mümkün olabileceğini belirtmiştir. Kılıç ve Çoban (2015) ise yapmış oldukları araştırma da demokratik liderliğin motivasyona ve dolayısıyla verimliliğe etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

H2 hipotezimiz V2, V3, V4 boyutlarında p değeri (0.05) ten küçük olduğu için anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. V2, V3, V4 boyutlarında kadınların verimlilik değeri (V2 :3,5711- V3 :3,4991- V4 :3,5049) erkeklerin ise verimlilik değerinden (V2 :3,4024- V3:3,2968- V:3,2948) daha yüksektir. Bu sonuca göre H2 hipotezi kabul edilmiştir. Verimliliğin üç alt boyutlarında kadın erkek arasında fark bulunmuş fakat demokratik liderlik ve verimliliğin bir boyutunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun sebebi alt boyutların kadın ve erkek çalışanları arasındaki düşünce, fiziksel ve yapılan işin farklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

H3 hipotezimiz reddedilmiştir. Çalışanların yaşlarına göre demokratik liderle çalışan sağlık çalışanlarının

verimliliğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Fakat Karaca (2017) yapmış olduğu çalışmada çalışanların yaşı arttıkça demokratik liderlik algısının arttığı sonucuna ulaşmış, bunu da kişinin yaşlandıkça tolere etme yeteneğinin artmasına bağlamıştır.

Araştırmanın sonucuna göre demokratik liderle çalışan sağlık çalışanlarının verimlilikleri arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Liderin karar alma sürecine çalışanlarını katması, kendisine olan güvenin artmasına, çalışan işyerini evi gibi, iş arkadaşlarını aile gibi sahiplenmesini sağlamaktadır. Dolayısıyla iş yerindeki verimlilikleri artmaktadır. Bu sebeple yöneticiler daha fazla demokratik liderlik çeşidini benimseyerek kullanmaları kendi kurumlarının verimliliklerini arttıracaktır.

Bu çalışma sadece demokratik liderlik ve verimlilik ölçekleri ile hazırlandığından daha kapsamlı bir şekilde motivasyon unsuru katılarak, diğer liderlik çeşitleri ile karşılaştırmalar yapılarak tekrar yapılabilir. Liderlik çeşitleri arasındaki farklar ve çalışanlar üzerindeki etkileri daha kapsamlı bir şekilde incelenebilir.

KAYNAKLAR

- Akdoğan, E. (2002). *Öğretim Elemanlarının Algıladıkları Liderlik Stilleri ile İş Doyum Düzeyleri Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Altan, S., ve Özpehlivan, M. (2019). Otokratik ve Katılımcı Liderlik Anlayışının Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerine Etkisi: Sivil Toplum Kuruluşları Üzerine Bir Araştırma. *The Journal of Social Science*
- Arslan, A. (2002). Kamu Harcamalarında Verimlilik, Etkinlik ve Denetim. *Maliye dergisi*
- Aslan, M., ve Doğan, S. (2020). Dişsal Motivasyon, İçsel Motivasyon ve Performans Etkileşimine Kuramsal Bir Bakış. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*
- Aycan, Z. (2001). Paternalizm: Yönetim ve Liderlik Anlayışına İlişkin Üç Görgül Çalışma. *Yönetim Araştırmaları Dergisi*
- Bedir Turhan, N. (2017). *Sağlık Kurumlarında Yöneticilik, Liderlik ve Motivasyon (Bursa İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler Çalışanları Örneği)* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü)
- Bozkurt, A. (2014). *Motivasyon ve Verimlilik İlişkisi Sağlık Kurumlarında Bir Uygulama: Kahta Devlet Hastanesi örneği* (Yüksek Lisans Tezi), Türk Hava Kurumu Üniversitesi.
- Büyükyavuz, S. (2015). *Liderlik Stilleri ve Çalışan Motivasyonuna Etkisi: Konya Sağlık Kuruluşları Çalışanları Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi)
- Çelik, H. (2016). *Demokratik Liderlik ve Örgütsel Güven İlişkisi: Balıkesir Merkez İlçeleri Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi.
- Derya, S. (2010). *Liderlik Tarzları ve Liderlerin Astlarını Etkileme Taktikleri Arasındaki İlişki: Antalya ili 5 Yıldızlı Otel Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma* (Yüksek Lisans Tezi).
- Ercan, Ü., & Sığı, Ü. (2015). *Kültürel Değerlerin Liderlik Özelliklerine Etkisi: Türk ve Amerikalı Yöneticiler Üzerine Bir Araştırma*. *Amm İdaresi Dergisi*
- Erdoğan, T. (2015). *Sağlık yöneticilerinde liderlik türleri* (Yüksek Lisans Tezi)
- Fidanoğlu A. (2016). *Otokratik ve Demokratik Liderlik Tarzının Lider ve Takıma Olan Güvene Etkisi: Şanlıurfa Büyükşehir Belediyesinde Deneme Modeli Araştırma* (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- İleri, H. (1999). *Verimlilik, Verimlilik ile İlgili Kavramlar ve İşletmeler Açısından Verimliliğin Önemi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi
- İnce C., (2013). Demokratik Liderlik ile İhtiyaçlar Hiyerarşisi Arasındaki İlişkiye Yönelik 5 Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma
- Karaca, Ö. F. (2017). *Sağlık Kuruluşlarında Yöneticilerin Otoriter ve Demokratik Liderlik Davranışlarının Çalışanların Motivasyonu Üzerindeki İleri* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi
- Karamik, S. (2014). *İş Güvenliği ve İş Kazalarının Önlenmesinin Üretim Stratejileri Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama* (Yüksek Lisans Tezi)
- Kılıç R.ve Çoban M. (2015). Herzberg'in Motivasyon Teorisi ile Liderlik Tipleri Arasındaki İlişki Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. *Journal of Management and Economics Research*
- Korkmaz, F. (2018). Babacan (paternalist) Liderlik Davranışının Örgütsel Özdeşleşme Üzerindeki Etkisinde Çalışanların İşe Tutkunluk Düzeylerinin Aracılık Rolü: Kamu ve Özel Sektör Karşılaştırmalı Bir Analiz.
- Köse, S. D., Uğurluoğlu, Ö., & Köse, T. (2015). Sağlık Çalışanlarının Hizmetkar Liderlik Algılarının Lider-Üye Etkileşimi ve Örgütsel Güven Üzerindeki Etkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*
- Küçüközkan, Y. (2015). Liderlik ve Motivasyon Teorileri: Kuramsal Bir Çerçeve. *Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi*
- Namli, A. (2017). Lise müdürlerinin Destekleyici Liderlik Davranışlarının ve Kolektif Güvenin Okul Etkililiği Üzerindeki Etkisi
- Özdemir, S., & Muradova, T. (2008). Örgütlerde Motivasyon ve Verimlilik İlişkisi. *Journal of Qafqaz University*
- Öztürk, F ve Dünder, S. (2023). Çalışanların Motivasyonunda Yönetimin Etkisi Çalışmalarının Analizi. *Proceeding Book*,
- Polatoğlu, Y. (2020). *Demokratik liderlik bakış açısıyla: Teyfik İleri. Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama*
- Solmaz, B. (2018). Liderlik ile İnsan Kaynakları Yönetim İlişkisi Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Kara Harp Okulu Bilim Dergisi*
- Şahin, A. (2004). Yönetim Kuramları ve Motivasyon İlişkisi. *Selçuk*
- Tatar, O, Uzun, N.B., & İnandı, Y. (2024). Otokratik ve Demokratik Liderlik ile İş Doyumu Arasındaki İlişkide Örgütsel Güven ve Örgütsel Adaletin Aracı Rolü. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*
- Taşkıran, E. (2006). Otel İşletmelerinde Çalışan Yöneticilerin Liderlik Eğilimleri: İstanbul'daki 5 Yıldızlı Otel İşletmeler
- Temel, S. Arpaç, B. Ercan, E. Cengiz, M.ve Kolukıncı, S. (2022). Okul Müdürlerinin Demokratik Liderlik Davranışlarının Okul Projeleri Yönetimi ve Proje Başarısı Üzerindeki Etkisi. *Premium e-Journal of Social Sciences*
- Tengilimoğlu, D. (2005). Kamu ve Özel Sektör Örgütlerinde Liderlik Davranışları Özelliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*
- Tengilimoğlu, D. (2005). Hizmet İşletmelerinde Liderlik Davranışları ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*
- Topçu, S. (2015). *Üstün ve Normal Zihin Düzeyine Sahip Öğrencilerde İçsel-Dışsal Motivasyon ve Benlik Saygı Düzeyi Arasındaki İlişki* (Yüksek Lisans Tezi)
- Tunçbilek, M. M., ve Kaya, M. (2020). Otoriter, Demokratik ve Serbest Bırakıcı Liderlik ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *Journal of Politics Economy and Management*
- Tunçer, P. (2013). Örgütlerde Performans Değerlendirme ve Motivasyon. *Sayıştay dergisi*
- Türk, Ö.Ü.O. (2023). Turizm İşletmelerinde Güncel Liderlik Yaklaşımları. *Paradigma*
- Uysal, Ş. A., Keklik, B., Erdem, R., & Çelik, R. (2012). Hastane yöneticilerinin liderlik özellikleri ile çalışanların iş üretkenlik düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(1), 25-57.
- Yavuz, E. (2008). Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderlik Davranışının Örgütsel Bağlılığa Etkisinin Analizi
- Yerli, O. (2016). *Örgütlerde Otokratik Liderlik Sistemi ile Örgütsel Sinizm İlişkisi, Çalışanlar ve Örgüt Verimliliği Üzerindeki Etkileri* (Yüksek Lisans Tezi)
- Yıldırım, B. N. (2012). *Liderlik Özellikleri ve Liderlik Tarzlarının Duygusal Zekâ Perspektifinden İncelenmesi* (Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi.
- Yiğit, V. (2016). Hastanelerde Teknik Verimlilik Analizi: Kamu Hastane Birliklerinde Bir Uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*
- Yörük, D., Dünder, S., ve Topçu, B. (2011). Türkiye'deki Belediye Başkanlarının Liderlik Tarzı ve Liderlik Tarzını Etkileyen Faktörler. *Ege Academic Review*
- Yurdakul, R. (2007). *Büyükçekmece İlçesi Orta Öğretim Kurumları Yöneticilerinin Liderlik Özelliklerinin Çalışanların Motivasyonlarına Etkisi* (Yüksek Lisans Tezi)

Sağlık Çalışanlarında Hasta Bina Sendromu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki

The Relationship Between Sick Building Syndrome and Burnout Level Among Healthcare Workers

ÖZET

Hazal CAN

Ordu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

hazalcnnn@gmail.com

ORCID: 0009-0005-8608-363X

Gönderilme Tarihi

29 Mart 2025

Kabul Tarihi

21 Haziran 2025

Yayınlanma Tarihi

30 Haziran 2025

Anahtar Kelimeler

Hasta Bina Sendromu, Tükenmişlik,
Sağlık Çalışanları

Bu çalışma, sağlık çalışanlarında Hasta Bina Sendromu (HBS) ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamaktadır. Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 174 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilen bu araştırmada, katılımcılara demografik verilerin, HBS belirtilerinin ve tükenmişlik düzeylerini ölçülmesi amacıyla anketler uygulanmıştır. Araştırma verileri SPSS programında analize tabii tutulmuştur ve güvenilirlik, geçerlilik, korelasyon, regresyon, t testi ve ANOVA analizleri gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulgularına göre, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ile HBS belirtileri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Tükenmişlik düzeylerinin HBS belirtileri üzerinde %21,7 oranında etkisi olduğu saptanmıştır. Ayrıca, sigara kullanımı gibi faktörlerin HBS belirtilerini etkileyebileceği ancak çalışma yılı gibi değişkenlerle anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bu çalışma, HBS'nin fiziksel sağlık sorunlarının yanı sıra psikososyal faktörlerle de ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlık ortamlarında ergonomik koşulların iyileştirilmesi ve çalışanlara yönelik psikososyal destek mekanizmalarının oluşturulması önerilmektedir.

*Bu araştırma makalesi 10. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresinde özet bildiri olarak sunulmuştur.

Can, H. Sağlık Çalışanlarında Hasta Bina Sendromu ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki. (2025) *Current Healthcare Management*. 3(1): 35-48.

ABSTRACT

This study aims to explore the relationship between Sick Building Syndrome (SBS) and burnout levels among healthcare workers. Conducted at Giresun Training and Research Hospital, the research involved 174 healthcare workers, who were surveyed regarding their demographic data, SBS symptoms, and burnout levels. The research data were analyzed using the SPSS program, and reliability, validity, correlation, regression, t-test, and ANOVA analyses were performed. Findings reveal a significant relationship between healthcare workers' burnout levels and SBS symptoms. Burnout levels were found to influence SBS symptoms by 21.7%. Additionally, factors like smoking were observed to affect SBS symptoms, while variables such as years of service showed no significant difference. This study highlights that SBS is not only associated with physical health issues but also interacts with psychosocial factors. Thus, improving ergonomic conditions in healthcare environments and implementing psychosocial support mechanisms for workers are recommended.

Received*March 29, 2025***Accepted***June 21, 2025***Published Online***June 30, 2025***Key Words***Sick Building Syndrome, Burnout,
Healthcare Workers*

GİRİŞ

Modern çalışma ortamları, bireylerin fiziksel ve psikososyal sağlıklarını etkileyen çeşitli faktörlerle doludur. Özellikle sağlık çalışanları, işlerinin doğası gereği yoğun iş yükü, stres ve çevresel koşullar gibi bir dizi olumsuz etkene maruz kalmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini artırmakta ve çalışma ortamındaki ergonomik koşullara bağlı olarak Hasta Bina Sendromu (HBS) belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (WHO, 1983; Crook ve Burton, 2010).

HBS, genellikle yetersiz havalandırma, kötü iç hava kalitesi ve ergonomik eksikliklerin neden olduğu bir durumdur ve baş ağrısı, gözlerde tahriş, yorgunluk ve konsantrasyon bozukluğu gibi semptomlarla kendini gösterir (Gomzi & Bobic, 2009). Sağlık çalışanları, iş yerinde uzun süre geçirdikleri için bu belirtilere daha fazla maruz kalma riski altındadır (Crook ve Burton, 2010). Bununla birlikte, tükenmişlik sendromu da sağlık çalışanlarının mesleki performanslarını ve genel sağlıklarını olumsuz etkileyen önemli bir psikososyal sorundur (Maslach vd., 2001).

Bu çalışma, HBS ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamaktadır. Literatürdeki sınırlı çalışmalar bu iki faktörün etkileşim potansiyelini vurgulamaktadır (Kuşçu ve Başol, 2024). Özellikle sağlık sektöründe çalışan bireylerin bu iki faktörden nasıl etkilendiği ve çalışma ortamının bu ilişki üzerindeki etkisi detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Yapılan bu çalışmada, HBS'nin tükenmişlik gibi psikososyal faktörlerle etkileşim içinde olabileceği ortaya konulmuştur.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Hasta Bina Sendromu

Hasta Bina Sendromu çok katlı binalarda çalışan insanlarda görülebilen, tanımlanabilen fakat ayırt edilebilir belli semptomatik özelliklere sahip olmayan belirtilerin ortaya çıkması olarak tanımlanabilir. Kapalı binalarda çalışan

insanlarda ve zamanının çoğunu burada geçiren kişilerde akut veya uzun süreli kapalı ortamda çalışmanın verdiği yetersiz ergonomik koşullardan kaynaklı durumlar olarak ortaya çıkabilir. Bu durumda çalışılan ortamın büyüklüğü, diğer fiziksel koşulları, çalışma alanı yanı sıra kişinin demografik özellikleri, yaptığı işi ve çalıştığı süre de HBS açısından etken faktörler olarak değerlendirilebilir. İç ortamda havalandırma olanaklarının kötü olduğu binalarda çalışan kişilerde görülen bu semptomlar ve bu kötü koşullara maruz kalma süresinin uzamasıyla ortaya çıkan hastalık semptomlarına sebep olan binalara da 'hasta bina' denilmektedir. Bina ile ilişkilendirilen, bina ve iş kaynaklı olduğu gözlemlenen hastalıklar ve belirtiler HBS olarak tanımlanabilir (Menteşe vd., 2009; Nur ve Juliana, 2012; Heslop, 2002).

Kişinin çalıştığı binaya girmesiyle başlayıp binayı terk ettikten sonra azalan veya tamamen ortadan kalkan olumsuz semptomlar olarak tanımlanan "Hasta Bina Sendromu" Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilmiş bir hastalıktır. Çalışanlardaki şikayetlerin çoğu çalıştığı ortamın kötü, düzensiz havalandırma sistemleri nedeniyle kişilerin kendilerini hasta ve rahatsız hissetmesi kaynaklıdır. Bu koşullarda çalışan kişiler yorgunluk, ilgisizlik, fazla sıcak veya fazla soğuk ayrıca ortamdaki havanın fazla kuru ve kirli olduğunu hissetmektedir. Bu semptomlar birçok çalışanda görülse de hastalığın varlığından bahsetmek için yeterli değildir (Rooley, 1995:6).

HBS için spesifik bir semptom olmasa da belirtiler genelde kapalı ortamda çalışanlarda görülmektedir. Binada çalışan kişilerin %20'sinden fazlası belirtilere sahipse ve binadan ayrıldıkları zaman şikâyetlerinde azalma veya yok olma söz konusuysa HBS ile ilişkilendirilebilir (Gomzi ve Bobic, 2009).

HBS konusu hakkında farklı araştırmalar yapan kurum ve akademisyenler tarafından ayrı ayrı tanımlar yapılmıştır ve bu çeşitli tanımlamalardan hareketle her kurum veya araştırmacıya ait tanımlamalar 2018 yılında

Ghaffarianhoseini ve diğerlerinin yayımladıkları çalışmada yer almaktadır (Kuşçu, 2023: 13-16).

Hasta Bina ve Hasta Bina Sendromu Kavramının Ortaya Çıkışı

Bir binanın hasta olması olarak başlayan HBS ile ilgili ilk düşünceler 1960'lı yıllarda ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönemlerde bir binaya hasta diyebilmek için;

- Binadakilerin en az %20'sinde bu semptomların görülmesi,
- Görülen semptomların nedeninin tespit edilememesi,
- Şikayetlerin büyük kısmında binayı terk ettikten sonra iyileşme olması gerekiyordu.

Hasta bina kavramının sadece binanın ergonomik özelliklerinden veya sadece binada çalışan kişilerin psikolojik durumlar sebebiyle görülmediği, bunun aksine, psikolojik sebepler, bina, çevre gibi faktörlerin birbiriyle bir sinerji içinde olduğu ve bu ilişki sebebiyle, hasta bina kavramının nedenlerinin doğası gereğince çok yönlü ve çeşitli faktörleri olduğu ifade edilmektedir (Thomas-Mobley, Roper, ve Oberle, 2005:8).

Sonuç olarak 1970'li yıllarda "hasta bina" kavramının ortaya çıkmasından sonra, iç mekân kalitesiyle ilgili etken faktörler geliştirilmeye başlanmış ve zamanla bu durumla birlikte akıllı, çevre dostu ve sağlıklı bina gibi kavramların ortaya çıkmasına ışık tutmuştur (Can, 2017:11).

Hasta bina sendromu tarihsel süreçte 1. Dünya Savaşı sonrası binalarda kullanılan çeşitli sentetik malzemeler ve bu malzemelerin kullanımındaki artış olarak değerlendirilmeye başlasa da (Linder, 1995) terimin ilk izleri petrol krizinin yaşandığı 1970'li senelerde görülmüştür. 1973 yılında OAPEC'in (Organization of Arab Petroleum Exporting Countries- Petrol İhraç Eden Arap Ülkeleri Örgütü) gelişmiş ülkelere uygulamış olduğu petrol ambargosunun sonucunda ısı yalıtımlı binalar artmıştır. Bu sebeple binalardaki iklimlendirme sistemlerinde enerji tasarrufuna gidilmiş ve

bu sebeple oluşan yetersiz veya eksik hava filtrasyonu, sentetik malzeme kullanımlarının artması sağlıkla ilgili problemlere yol açmaya başlamıştır (Uçar, 2016). Bu durumlardan kaynaklanan şikayetler arasında genellikle gözde kaşıntı, solunum yollarında alerji, akut astım, deri tahrişi, akut ve kronik yorgunluk belirtileri, ileri düzeyde tükenmişlik sendromu, nem ve rutubet kaynaklı romatizmal hastalıklara bağlı ağrı gibi şikâyetler belirmektedir. HBS'nin görülme sıklığı açısından en yaygın olduğu ortam ofis binaları olmakla beraber, okul ve diğer binalarda da görülmektedir (Demiraraslan ve Başak, 2018:192).

Hasta Bina Sendromu Belirtileri

Hasta bina sendromunda görülen semptomlar herhangi bir acil durum niteliğinde değildir fakat kişilerin yaşam kalitesini ve çalışma sürecini büyük oranda etkileyebilir. Semptomlarda görülme sıklığı ve önemi, bina yapılarının farklılıklarından kaynaklı değişiklik gösterebileceği gibi, binada çalışan kişilerde çalışma ortamlarıyla ilgili veya çalışanların kişilik özelliklerinin farklı olması nedeniyle de değişiklik gösterebilir.

Hastalık kategorisinde listelenebilecek semptomlar Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1982 yılındaki raporda belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütüne göre bu semptomlar şu şekildedir (WHO, 1982);

- Mukoza irritasyonu: Göz, burun ve boğazda tahriş.
- Nörolojik semptomlar: Baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, yorgunluk ve konsantrasyon eksikliği.
- Solunum yolu semptomları: Kuru öksürük, göğüste sıkışma hissi.
- Deri semptomları: Kuru veya kaşıntılı cilt.
- Genel sağlık şikayetleri: Yorgunluk, halsizlik, kokulara karşı hassasiyet.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1984 tarihinde yayınladığı rapora göre binaların yaklaşık %30'unda oluşan bu şikayetlerin binanın iç hava kalitesiyle ilgi olabileceğini

belirtmektedir (Vikipedi, 2006). Yaptığımız bu çalışmada ise bu belirtilerin kişiyi etkileyen bina içi olumsuz kalite koşulları veya konforsuzluğun getirdiği negatif etkilerden daha çok, çalışanların iş yerinde, hastaneye girdiği anda oluşan ve hastaneyi terk ettiğinde ortadan kaybolan tükenmişlik boyutuyla HBS belirtilerinin arasındaki ilişki üzerine değerlendirilmeler yapılmıştır. Bu çalışma hastane çalışanlarının bina kaynaklı gelişen semptomların yanı sıra, çalışanların çalıştığı ortamdaki, çalışma ekibinden veya yaptığı işten duyduğu memnuniyetsizlik, iş tatminini ve motivasyonu gibi psiko-sosyal anlamda da çalışanları etkileyebilecek durumların çalışanlarda geliştirebileceği tükenmişlik boyutunu ve arasındaki ilişkiyi incelemektedir.

Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı ilk olarak Freudenberg (1974) tarafından sağlık çalışanlarının işyerinde yaşadıkları duygusal anlamda çöküntü yaşama ve bu sebeple sağlık çalışanlarındaki motivasyon kaybı durumlarını gözlemleyerek fark etmesiyle ortaya çıkmıştır. Sonraki süreçte Maslach (1976) tükenmişlikle ilgili sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarında görülen yüksek fiziksel ve zihinsel yorgunluk (fatigue) ve duyarsızlaşma (depersonalization) kavramlarını açıklamak için kullanmıştır. Tükenmişlikle ilgili birçok tanım bulunmaktadır. Tanımlarda ortak olan şeyin ise “duyguları, davranışları, güduları ve beklentileri kapsayan sorunlar, sıkıntılar, rahatsızlıklar, çeşitli işlevsel bozukluklar veya olumsuz sonuçları olan bireysel anlamda psikolojik deneyim” olduğu belirtilmektedir (Maslach vd., 2008).

Tükenmişlik durumu, işyerinde karşılaşılan zor koşullara karşı kişide gelişen duygusal negatif reaksiyonlar bütünüdür (Italia et al. 2008). Diğer bir deyişle tükenmişlik, sürekli aşırı strese maruz kalmaktan kaynaklanan düşen öz saygı veya özgüven duyguları ile birleşen duygusal, zihinsel ve fiziksel tükenme hali olarak tanımlanabilir. Tükenmişlik kavramının ortaya çıkmasındaki temel faktör, uzun süre

stres faktörüne karşı korumasız kalmaktır (Seta et al. 2000). Rol belirsizliği, rol çatışması, aşırı iş yükü ve sosyal destekten uzun süre yoksun kalınması durumları tükenmişlik sendromunun ortaya çıkmasına sebep olabilir (Zohar 1997, Cordes vd., 1997, Iverson vd., 1998).

Bu durumda tükenmişlik, karşılaşılan stresle başa çıkamamanın sonucunda ortaya çıkan, fizyolojik, zihinsel ve duygusal boyutlarda yaşanan durumdur. Tükenmişlikle ilgili yapılan araştırmalarda, bireysel ilişkilerin, artan iş yükünün ve kişilerin stresle başa çıkamadaki becerilerinin tükenmişlikle ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Tuğrul ve Çelik 2002).

Tükenmişlik kavramı Maslach ve ark. (2001) tarafından duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinde azalma olarak üç boyuttan oluşan bir modeldir. Bu boyutlardan duygusal tükenme tükenmişliğin en belirleyici boyuttur ve tükenmişliğin stresten kaynaklanan yönünü ifade eder. Duygusal tükenme çalışanlarda psikolojik bıkkınlık, çalışma ortamında kişinin işten uzaklaşması gibi etkilere sebep olur (Maslach, vd., 2001).

Duyarsızlaşma ise iş arkadaşlarına ve hizmet verilen kitleye karşı olumsuz tavırlar sergileme, empati duygusundan yoksun olma gibi durumlarla açıklanır (Adekola, 2010: 886). Kişisel başarı hissinde azalma boyutu ise çalışanın iş yerindeki motivasyonunun azalması ve kendini yetersiz hissetmesidir. Bunun sonucunda sunulan hizmetin kalitesinde azalma ve verimliliğin düşmesi söz konusudur. Tükenmişlik kavramının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutunu yaşayan kişilerde performansın düşmesiyle birlikte, işle ilgili görev ve sorumlulukları yerine getirmede zorluklar yaşamaktadır. Bunların sonucunda da kişilerin özgüveninde azalmalar söz konusudur (Uğurlu ve Usta, 2016). Kişiler günlük hayatlarının büyük bir kısmını işyerlerinde geçirdiklerinden, iş hayatının kişi üzerindeki rolü büyüktür. Bu sebeple çalışanlarda tükenmişlik belirtileri ve tükenmişliğin nedenleri üzerinde durmak

önemli bir konudur (McCormick ve Barnett, 2011).

Tükenmişliğin nedenleri

Literatüre göre hem bireysel hem de örgütsel faktörlerin tükenmişlik üzerinde etkisi söz konusudur (Delobelle, vd., 2011). Temel olarak tükenmişliğin meydana gelmesindeki ana sebep, uzun süre strese karşı korumasız kalmaktır (Seta et al. 2000).

Tükenmişliğin nedenleri, bireysel ve örgütsel olmak üzere iki başlıkta değerlendirilebilir. Yaş, medeni durum, cinsiyet, çocuk sayısı gibi demografik veriler ve işe düşkünlük, kişisel beklentiler, motivasyon, kişilik özellikleri, performans, kişisel hayatta karşılaşılan stresler, iş tatmini, üstlerinden gördüğü destek gibi nedenler kişisel nedenler başlığı altında ele alınmaktadır. İşin niteliği, içinde bulunduğu örgüt, haftalık çalışma saatleri, örgütün özellikleri, iş yükü, iş stresi, rol belirsizliği, eğitim durumu, kararlara dahil olamama, örgüt içi ilişkiler, örgüt iklimi, ekonomik ve toplumsal nedenler ise tükenmişliğin örgütsel nedenleri başlığı altında incelenmektedir (Izgar 2001).

Araştırmalarda genç bireylerde tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Genç çalışanlardaki yüksek tükenmişlik düzeyi, bu kişilerde mesleki tecrübelerin yetersiz olmasından, mesleki stresle başa çıkabilmede yeteri kadar zamanlarının olmamasından kaynaklanmaktadır (Bilge, 2006). Alarcon ve ark. (2009)'ın yaptığı bir araştırmada ise cinsiyet ile tükenmişlik arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunda kadınlar erkeklere göre daha sık psikolojik tükenme yaşamaktadırlar. Bunun nedeni ise kadın bireylerin iş hayatındaki stres faktörlerine daha duygusal yaklaşması olarak değerlendirilir.

Yapılan bazı çalışmalarda; örgütsel faktörlerin tükenmişlik üzerindeki etkisi

kişisel faktörlere göre daha fazladır. Fazla iş yükü ve bu sebeplerle yaşanan stres, çalışanların kişisel özellikleri de ele alındığında her çalışan açısından ayrı tükenmişlik seviyelerine neden olmaktadır (Shimizutani., vd.: 2008). Dolayısıyla, çalışanlar aynı örgüt içinde olup aynı çalışma koşullarına sahip olsa dahi bazı çalışanlar kişisel özelliklerinden dolayı tükenmişliğe daha yatkındırlar (Maslach, vd., 2001). Bunun yanı sıra yeterli olmayan dinlenme süreleri, kısa zamanda yapılması gereken fazla işin verdiği yük ve yapılan işlerin hayati öneme sahip olması da sağlık çalışanlarında tükenmişliğe sebep olmaktadır (Naruse vd., 2012). Hizmet alanlarının ana konusu insan olan sağlık çalışanları, işleri gereği yoğun bir iletişim ortamına maruz kalmaktadır. Bu sebeple gün içindeki bu yoğun iletişim iş hayatında kişi üzerinde yoğun baskıya ve strese neden olabilmektedir (Borkowski 2005).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Hipotezleri

H1: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve HBS belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Tükenmişlik düzeylerinin sağlık çalışanlarında HBS belirtileri üzerinde etkisi vardır.

H3: Sağlık çalışanlarında sigara kullanımına göre HBS belirtileri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

H4: Sağlık çalışanlarında çalışma yıllarına göre HBS belirtileri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Araştırmanın Evreni Örneklemi

Araştırmanın evreni Giresun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olan Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Kasım-Aralık 2024 tarihinde çalışan personel oluşturmaktadır. Eylül 2021 tarihinde hizmet vermeye başlayan Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi 450 yatak kapasiteli, toplamda 1718 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Hastane 77.737 m²'lik kapalı alanı ile Giresun ilinin en büyük hastanesidir. Araştırmada anket tekniğinden yararlanılmıştır. Gönüllü olarak ankete katılmayı kabul eden 174 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma kapsamına alınacak kişilere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gönüllü olanlardan sözlü onam alınarak araştırma kapsamına alınmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada verilerin elde edilmesi için kullanılan veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır, ilk bölümde kişilerin sosyodemografik verilerini ölçmeyi hedefleyen 7 soru, ikinci bölümde Centre (1990) tarafından semptomlara dayalı olarak oluşturulan, Öztürk (2006) tarafından geliştirilen 5'li Likert tipi 8 soruluk HBS ölçeğinden, üçüncü ve son bölümde tükenmişliği saptamaya yönelik 5'li likert tipinde değerlendirilen 22 sorudan oluşan ve Maslach (1981) tarafından geliştirilen,

Ergin (1992) tarafından Türkçeye uyarlanan Tükenmişlik Ölçeğinden faydalanılmıştır. HBS ölçeğine verilerin güvenilirliğini sağlamak adına bir adet tuzak soru eklenmiştir ve işaretlenen 2 adet anket araştırmaya dahil edilmemiştir. Veri toplama anketi toplamda 174 sağlık çalışanının katıldığı 38 adet sorudan oluşan bir ankettir. Elde edilen veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların Bazı Sosyo-Demografik özellikleri

Tablo 1’de araştırmaya katılan kişilerin bazı demografik verilerinin frekans dağılımları yer almaktadır. Tablo 1’e göre toplam 174 kişiden oluşan katılımcıların

çoğunluğu kadın (%64,4), evli (%51,1), lisans-ön lisans mezunu (%76,4), 4-6 yıl arası çalışma deneyimine sahip (%43,3) olduğu ve katılımcılardan 116’sının sigara kullanmadıkları (%66,7) tespit edilmiştir.

Tablo -1: Demografik Veriler

Cinsiyet		
Kadın	112	64,4
Erkek	62	35,6
Toplam	174	100,0
Medeni hal		
Evli	89	51,1
Bekar	85	48,9
Eğitim durumu		
İlkokul-ortaokul	6	3,4
Lise	19	10,9
Lisans-ön lisans	133	76,4
Yüksek lisans	16	9,2
Görevi		
Sağlık personeli	132	75,9
Sağlık Bakım Hizmetleri	12	6,9
İdari Birimler	30	17,2
Çalışma Yılı		
0-3	29	16,7
4-6	75	43,3
7-10	18	10,3
10 yıldan fazla	52	29,9
Sigara Kullanımı		
Evet	58	33,3
Hayır	116	66,7
Toplam	174	100

Güvenilirlik Analizi

Araştırma ölçeğine ilişkin Cronbach's Alpha değeri Tablo 2'de gösterildiği gibidir.

Tablo 2: Güvenilirlik Analizi

Ölçekler	Cronbach's Alpha Katsayısı
Hasta Bina Sendromu	0,857
Tükenmişlik	0,814

Tabloda görüldüğü üzere Hasta Bina Sendromu ölçeğinin cronbach alfa katsayısının 0,857 ve tükenmişlik ölçeğinin cronbach alfa katsayısının ise 0,814 olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında çalışmada kullanılan Hasta Bina Sendromu ölçeği, Öztürk (2006) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ise Ergin (1992) tarafından Türkçeye kazandırılmış ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları yapılmıştır bu nedenle bu çalışmada geçerlilik analizleri yapılmamıştır.

Hipotez Testleri Sonuçları

H1: Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ve HBS belirtileri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 5: H1 Hipotezi Bağımsız Correlations Testi Sonuç Tablosu

		DT	DY	KB	HBS
DT	Pearson Correlation	1	,179*	-,203**	,408**
	Sig. (2-tailed)		,018	,007	,000
	N	174	174	174	174
DY	Pearson Correlation	,179*	1	-,060	,217**
	Sig. (2-tailed)	,018		,429	,004
	N	174	174	174	174
KB	Pearson Correlation	-,203*	-,060	1	-,253*
	Sig. (2-tailed)	,007	,429		,001
	N	174	174	174	174
HBS	Pearson Correlation	,408**	,217**	-,253**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,004	,001	
	N	174	174	174	174

Tükenmişlik, boyutlarıyla birlikte değerlendirildiğinde, HBS belirtileri ile duygusal tükenmişlik arasında Sig.0,000<0,005, duyarsızlaşma arasında Sig.0,004<0,005 ve kişisel başarıda azalma arasında Sig.0,001<0,005 olması sebebiyle tükenmişliğin bütün boyutları ve HBS arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu sonuca göre **H1** hipotezi kabul edilir.

H2: Tükenmişlik düzeylerinin sağlık çalışanlarında hasta bina sendromu belirtileri üzerinde etkisi vardır.

Tablo 6: H2 Hipotezi Regression Testi Sonuç Tablosu

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	22,835	3	7,612	15,682	,000 ^b
	Residual	82,511	170	,485		
	Total	105,346	173			

ANOVA				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,466 ^a	,217	,203	,69668

H2 hipotezinde bağımsız değişkenlerin (duygusal tükenme, kişisel başarı, duyarsızlaşma) bağımlı değişken olan HBS üzerindeki etkisi incelenmiştir. Analiz sonucuna göre Sig.000<0,005 değeri ile tükenmişliğin boyutlarıyla birlikte HBS üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Modelin R Square değeri 0,217 bulunmuştur. Bu değere göre Tükenmişliğin, Hasta Bina Sendromu belirtileri üzerinde %21,7 oranında etkisi olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre **H2** hipotezi kabul edilir.

H3: Sağlık Çalışanlarında sigara kullanımına göre HBS belirtileri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 7: H3 Hipotezi T Testi Sonuç Tablosu

	Sigara Kullanımı	N	Mean	Sig. (2-tailed)
Hasta Bina Sendromu	Kullanıyor	58	2,7586	0,010
	Kullanmıyor	116	3,0804	

Tablo 8 sigara kullanımı ile HBS arasındaki fark testi sonuçlarını göstermektedir. Yapılan bağımsız t testi sonucuna göre; HBS değerinin Sig.0,010<0,05 olması sebebiyle sigara kullanımına göre HBS belirtileri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bu sonuca göre **H3** hipotezi kabul edilir. Sigara içen ve içmeyen bireylere göre HBS belirtileri arasında anlamlı bir fark vardır.

H4: Sağlık Çalışanlarında çalışma yıllarına göre HBS belirtileri anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Tablo 8: H4 Hipotezi One Way Anova analizi sonuç tablosu (Çalışma Yılı)

Çalışma Yılları	N	Mean	Sig.
0-3 yıl	29	2,8750	0,051
4-6 yıl	75	3,1600	
7-10 yıl	18	2,7292	
10 yıldan fazla	52	2,8558	
Toplam	174	2,9770	

HBS belirtileri Sig.0,051>0,05 olması sebebiyle çalışma yılları ile hasta bina sendromları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bu sonuca göre **H4** hipotezi reddedilir.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma Giresun ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının Hasta Bina Sendromu ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla yapılmıştır. Kurumda çalışan katılımcılara demografik soruların yanı sıra hasta bina sendromu belirtileri ile ilgili ve tükenmişlik ölçekleri uygulanmış ve bu değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bu amaçla kurumda görev yapan 174 katılımcıdan oluşan sağlık çalışanlarına (1-5 arası Likert ölçeğinde) anketler uygulanmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar şöyledir;

Araştırmaya katılanların 174 kişiden oluşan katılımcıların %64,4 kadın, %35,6 erkek, çoğunluğu 26-35 yaş aralığında (%60,3), lisans-ön lisans mezunu (%76,4), 4-6 yıl arası çalışma deneyimine sahip (%43,3) olduğu ve katılımcılardan 116'sının sigara kullanmadıkları (66,7) tespit edilmiştir.

Çalışmada hasta bina sendromu ölçeğinde yer alan belirtilerden en çok şikayetçi olunan maddeler sırasıyla yorgunluk, uykusuzluk-uyuklama, baş ağrısı, cilt problemleri olduğu; en az şikayetçi olunan maddeler ise sırasıyla kuruyan boğaz veya boğaz ağrısı, gözde yanma, batma, sulanma, burun tıkanıklığı ve burun akıntısı olduğu tespit edilmiştir. Özgürbüz S. (2019), tarafından yapılan araştırmada ise katılımcıların en çok yaşadığı sendromlar baş ağrısı, gözlerde yanma-batma, gözlerde kızarıklık, boğaz kuruluğu, kuru öksürük, yorgunluk – bitkinlik, uyuklama ve gözlerde sulanma olarak tespit edilmiştir. HBS ile ilgili yapılan diğer literatür taramalarına bakıldığında da HBS belirtilerindeki maddelerin görülme sıklığı ve sıralaması açısından farklılıklar gösterebilmektedir.

Araştırma kapsamında sağlık çalışanları tükenmişlik düzeyi ve HBS belirtileri arasındaki ilişki incelendiğinde, tükenmişlik boyutlarıyla birlikte değerlendirilmiştir ve

değerlendirme sonucunda HBS belirtileri ile duygusal tükenmişlik arasında (Sig.0,000<0,005), duyarsızlaşma arasında (Sig.0,004<0,005) ve kişisel başarıda azalma arasında (Sig.0,001<0,005) anlamlı ilişki bulunduğu ve dolayısıyla tükenmişliğin bütün boyutları ve HBS arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Özgürbüz S. (2019) tarafından yapılan araştırmada HBS belirtilerini yaşayan katılımcıların, HBS belirtileri yaşamayan katılımcılara göre iş stresinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İş stresi ve tükenmişlik arasındaki ilişki için yapılan araştırmalar sonucunda, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma düzeyleri arttıkça iş stres düzeylerinin de arttığı görülmektedir (Biçki S. 2016; Yüce D. 2014). Literatürde yapılan bu çalışmalarla da ilişkilendirildiğinde Hasta Bina Sendromunun sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte, katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin HBS üzerindeki etkisi incelenmiştir. Analiz sonucuna (Sig.000<0,005) göre tükenmişliğin boyutlarıyla birlikte HBS üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Modelin R Square değeri 0,217 bulunmuştur. Bu değere göre tükenmişliğin, hasta bina sendromu belirtileri üzerinde %21,7 oranında etkisi olduğu görülmüştür.

Katılımcıların sigara kullanım durumuna göre HBS düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığı test edilmiştir. Katılımcıların sigara kullanım durumlarının, HBS düzeyleri üzerinde fark oluşturduğu ortaya çıkmıştır (Sig.0,010<0,05). Her iki grup karşılaştırıldığında sigara kullanan bireylerin (Ort.= 2,75) HBS düzeyleri sigara kullanmayan bireylere göre (Ort.=3,08) daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durum çalışma ortamında sigara içen bireylerin daha sık açık havaya çıkma ya da sigara molası verme alışkanlıklarının, kapalı ve kötü havalandırma koşullarına sahip bina

ortamında vakit geçirdikleri sürenin kısalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde yapılan bazı araştırmaların sonucunda sigara kullanımı ile HBS belirtileri arasında farklılaşma görülmemiştir (Çakır, 2023).

Çalışanlar çalışma yıllarına göre değerlendirildiğinde, yapılan analiz sonucunda HBS belirtilerinin (Sig.0,051>0,05) çalışma yılları ile anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada, hasta bina sendromu (HBS) ile tükenmişlik arasındaki ilişki araştırılmış ve sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin HBS belirtileri üzerinde etkisi olduğu ortaya konulmuştur. 174 katılımcıdan oluşan bu çalışmada tükenmişliğin, hasta bina sendromu belirtileri üzerinde %21,7 oranında etkisi olduğu olduğu görülmüştür.

Literatür incelendiğinde, Hasta Bina Sendromu (HBS) ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak, HBS'nin iş stresi ve iş tatmini üzerindeki etkilerini araştıran çalışmalar mevcuttur. Örneğin Kuşçu ve Başol'un (2024) çalışmasında HBS algısı ile iş stresi arasında pozitif, iş tatmini arasında ise negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Ayrıca, yapılan bu çalışmada olduğu gibi, HBS'nin stres ve tükenmişlik gibi psikososyal faktörlerle etkileşime girebileceği ortaya konulmuştur. Akalp vd. (2021) yaptığı çalışmada HBS'nin stres düzeylerini artırarak çalışanların sağlığını olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır.

Araştırmalar sonucundaki bu bulgular, HBS'nin iş stresi ve tükenmişlik gibi psikososyal faktörlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir. Ancak, HBS ile tükenmişlik arasındaki doğrudan ilişkiyi inceleyen daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda sunulan öneriler:

HBS belirtilerini azaltmaya, ortadan kaldırmaya yönelik düzenleyici- önleyici faaliyetler oluşturulmalı ve fiziksel ortam iyileştirilmelidir. Çalışma alanlarındaki iklimlendirme, havalandırma sistemlerinin düzenli bakımı yapılmalı ve temiz hava dolaşımı sağlanmalıdır.

Ortamda kullanılan temizlik ürünlerinin ve diğer kimyasal ürünlerin hava kalitesini olumsuz etkileyeceği göz önünde bulundurulduğunda daha az toksik ve çevre dostu malzemeler seçilmelidir.

Çalışanların sağlığını destekleyici uygulamalar hedeflenerek mola alanları ve çalışma düzenleri iyileştirilmelidir. Sigara içmeyen çalışanlar için temiz hava alabilecekleri açık hava alanları oluşturulmalıdır. Sigara molasına çıkmayan bireylerin de düzenli molalara ayrılmasının çalışan refahına katkıda bulunabileceği unutulmamalıdır.

Çalışanlara düzenli olarak stres yönetimi ve farkındalık eğitimleri sunularak özellikle tükenmişlik riski olan sağlık çalışanları için psikososyal destek programları organize edilmelidir, çalışanların hastalardan izole edilmiş kafeteryalarda rahatlıkla dinlenebileceği ortamlar tesis edilmelidir.

Özellikle de ameliyathane, yoğun bakım gibi birimlerde çalışanların bina içinde kalma süresi uzadığından HBS maruziyeti riski artmaktadır. Bu birimlerde çalışanların özellikle de havalandırma sistemlerinin düzenli olarak bakımı ve kontrolü sağlanmalıdır. Çalışanlar çok sıcak veya çok soğuk klima koşullarına maruz bırakılmamalıdır. Ergonomik açıdan rahat bir ortam sağlamak hasta bina sendromu belirtilerini hafifletebilir.

KAYNAKLAR

- Akalp, G., Başol, O., & Aytaç, S. (2021). Covid-19 Hasta Bina Sendromu ve Stres. *International Journal of Social Inquiry*, 14(2), 357-382.
- Akbolat, M., & Işık, O. (2008). Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 229-254.
- Aslan, S., & Gülistan, Ş. (2020). Çalışanların Hasta Bina Sendromu Yaşama Durumlarının İncelenmesi: Hatay Devlet Hastanesi Örneği. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(2), 138-149.
- Aytaç, S. (2001). Örgütsel Davranış Açısından Kişiliğin Önemi. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*, 3(1).
- Bektaş, İ. (2007). *Gelişen Markalar: Küreselleşen Dünyada Türk Markalarının Yükselişi*. Beta Yayınları.
- Biçki, S. (2016). Hizmet Sektörü Çalışanlarının İş Stresi Ve Tükenmişlik İlişkisi: İstanbul Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). *İstanbul Gelişim Üniversitesi*. İstanbul.
- Çakır M. & Kılıç T. (2023). Hasta Bina Sendromu ile Ergonomik Koşullar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Ordu Üniversitesi, Ordu, Türkiye.
- Eryılmaz İ. & Uzunbacak H. & Akçakanat T. (2022) Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: Covid-19 Öncesinde ve Sırasında Kıyaslamalı Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 27(4), 641-656
- Can B. (2017) Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çalışanlarında Hasta Bina Sendromu Sıklığı
- Canlı, B., & Kılıç, T. (2022, Ekim). *Hasta Bina Sendromu: Kamu Ve Özel Kurum Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma*. I. Uluslararası Çevre, Enerji ve Ekonomi Kongresi, Giresun, Türkiye.
- Crook, B., & Burton, N. (2010). Building-Related Illness And Sick Building Syndrome. *Occupational Medicine*, 60(5), 373-374.
- Demirarslan, K. O., & Başak, S. (2018). Hasta Bina Sendromu Kavramı Literatür Araştırması ve Çeşitli Mekânların İç Hava Kalitelerinin Karşılaştırılması. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 6(2), 190-201. <https://doi.org/10.21923/jesd.340029>
- Gomzi, M., & Bobić, J. (2009). Sick building syndrome: Do we live and work in unhealthy buildings? *Periodicum Biologorum*, 111(1), 79-84.
- Karasar, N. (2002). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Nobel Yayın: Ankara.
- Kuşçu, İ. U., & Başol, O. (2024). Hasta Bina Sendromu ile İş Stresi ve İş Tatmini Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 587-605
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Özgürbüz S. (2019) Hasta Bina sendromu, İş Stresi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi: Bir Vakıf Hastanesi Örneği. *Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Seppänen, O. A., Fisk, W. J., & Mendell, M. J. (1999). Association of ventilation rates and CO₂ concentrations with health and other responses in commercial and institutional buildings. *Indoor Air*, 9(4), 226-252. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0668.1999.00003.x>
- Öztürk, Z., Çelik, G., & Örs, E. (2020). Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu İlişkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 328-349.
- Yüce, D. (2014). Tükenmişlik, Stres ve Sağlık Çalışanları (Yüksek Lisans Tezi).
- World Health Organization (WHO). (1983). Indoor air pollutants: Exposure and health effects. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (1984). *Indoor air quality: A report on a WHO meeting*. World Health Organization.
- Zeydan E. & Zeydan Ö. & Yıldırım Y. (2014). *Hasta Bina Sendromu IX. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi/Sempozyum Bildirisi*

Sağlık Çalışanlarının Yapay Zekâya Yönelik Tutum ve Kaygıları**Attitudes and Concerns of Healthcare Workers Towards Artificial Intelligence***ÖZET**

Yapay zekâ, sağlık sektöründe büyük ilgi uyandıran bir teknoloji haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, maliyetleri düşürme ve hasta bakımını iyileştirme potansiyeli ile dikkat çekmektedir. Ancak, yapay zekânın klinik karar verme süreçlerine entegrasyonu, hasta mahremiyeti ve insan dokunuşunun yerini alıp almayacağı gibi konular sağlık çalışanları arasında endişe oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının yapay zekâ teknolojilerini çoğunlukla faydalı gördüklerini, ancak bu teknolojilerin sınırlamalarına ve potansiyel olumsuz etkilerine dair duydukları endişelerin de belirgin olduğunu göstermektedir. Çalışanlar, yapay zekâ sistemlerinin karar alma süreçlerinde nasıl bir rol oynayacağı, hasta mahremiyetinin korunmasında hangi önlemlerin alınacağı ve bu teknolojilerin insan odaklı sağlık hizmeti sunumunu nasıl etkileyebileceği gibi çeşitli konularda endişeler taşımaktadır. Aynı zamanda, yapay zekânın hastalar üzerinde oluşturabileceği olumsuz sonuçlar, sağlık çalışanlarının bu teknolojilere karşı geliştirdiği kaygıları artıran bir başka faktördür. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının yapay zekâ ile ilgili tutumlarının ve kaygılarının, profesyonel pratikleri üzerindeki etkileri incelenecek ve bu tutumların arkasındaki etmenler analiz edilecektir. Araştırma verileri için öncelikle kamu, özel ve üniversite hastaneleri olmak üzere sağlık çalışanları belirlenmiş, "Google Formlar" uygulaması ile veriler toplanmıştır. 673 katılımcı verisi ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Anket formunda toplam 48 adet madde yer almakta ve üç bölümden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen verilere göre, tüm vakaların (%100) geçerli olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca Crombach's Alpha değeri, ölçüm aracının iç tutarlılığını gösterir. Elde edilen ölçüm sonuçlarına göre de ölçüm aracının çok yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğu ve maddelerin birbiriyle uyumlu olduğunu tespiti gerçekleştirilmiştir. Yapılan araştırma sonrasında cinsiyetlerin yapay zekâya karşı tutumları ve kaygıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, meslek gruplarına göre sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları ve kaygıları arasında da anlamlı farklar olduğu gözlenmiştir. Bu çalışma ile elde edilen bulgular ve literatür yazıtlarına göre yapılan değerlendirme sonucunda Gelecekte yapay zeka uygulamalarının etkin bir şekilde kullanılabilmesi için sağlık çalışanlarıyla iş birliği yapmak ve onların sesine kulak vermenin kritik bir adım olacağı değerlendirilmiş olup bu doğrultuda çalışmanın literatürde katkı sağladığı düşünülmüştür.

Ertan ENGİNYURT

Ordu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

enginyurtertan@gmail.com

ORCID: 0009-0000-8394-8056

Gönderilme Tarihi

4 Mart 2025

Kabul Tarihi

27 Haziran 2025

Yayınlanma Tarihi

30 Haziran 2025

Anahtar Kelimeler

Yapay zekâ, sağlık, yapay zekâ algısı, yapay zekâ tutumu, yapay zekâ sistemleri, sağlık çalışanları, sağlık sektörü

*Bu araştırma makalesi 10. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresinde özet bildiri olarak sunulmuştur.

ABSTRACT

Artificial intelligence has become a technology of great interest in the health sector. It attracts attention with its potential to increase the quality of healthcare services, reduce costs and improve patient care. However, issues such as the integration of artificial intelligence into clinical decision-making processes, patient privacy, and whether it will replace human touch raise concerns among healthcare professionals. Research shows that healthcare professionals see artificial intelligence technologies as mostly beneficial, but their concerns about the limitations and potential negative effects of these technologies are also evident. Employees are concerned about various issues such as what role artificial intelligence systems will play in decision-making processes, what measures will be taken to protect patient privacy, and how these technologies may affect human-centred healthcare delivery. At the same time, the negative consequences that artificial intelligence may have on patients is another factor that increases the concerns of healthcare professionals against these technologies. In this study, the effects of healthcare professionals' attitudes and concerns about artificial intelligence on their professional practices will be examined and the factors behind these attitudes will be analysed. For the research data, healthcare professionals, primarily public, private and university hospitals, were identified and data were collected with the 'Google Forms' application. The study was carried out with 673 participant data. The questionnaire form contains a total of 48 items and consists of three sections. According to the data obtained within the scope of the research, it was determined that all cases (100%) were valid. In addition, Cronbach's Alpha value shows the internal consistency of the measurement tool. According to the measurement results obtained, it was determined that the measurement tool has a very high internal consistency and the items are compatible with each other. After the research, a significant relationship was found between the attitudes and concerns of genders towards artificial intelligence, and significant differences were observed between the attitudes and concerns of healthcare professionals towards artificial intelligence according to occupational groups. As a result of the findings obtained with this study and the evaluation made according to the literature, it has been evaluated that it will be a critical step to cooperate with healthcare professionals and to listen to their voices in order to use artificial intelligence applications effectively in the future, and in this direction, it is thought that the study contributes to the literature.

Received

March 4, 2025

Accepted

June 27, 2025

Published Online

June 30, 2025

Key Words

Artificial intelligence, health,
artificial intelligence perception,
artificial intelligence attitude,
artificial intelligence systems,
health professionals, health sector

GİRİŞ

Yapay zekâ, son yıllarda sağlık sektöründe önemli bir teknoloji olarak öne çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, maliyetleri düşürme ve hasta bakımını iyileştirme potansiyeli ile dikkat çeken yapay zekâ, aynı zamanda sağlık çalışanları arasında çeşitli endişelere de yol açmaktadır (Altaş, 2023; Özkan, 2020).

Yapay zekânın sağlık sektöründe kullanımı, büyük veri setlerinin analiz edilmesi, hastalıkların daha hızlı ve doğru teşhis edilmesi ve bireyselleştirilmiş tedavi planlarının oluşturulması gibi birçok avantaj sunmaktadır (Lee ve Yoon, 2021). Ancak, yapay zekânın klinik karar verme süreçlerine entegrasyonu, hasta mahremiyeti ve insan dokunuşunun yerini alıp almayacağı gibi konular, sağlık çalışanları arasında endişeye yol açmaktadır. (Gültekin ve Dönmez, 2021).

Yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının yapay zekâ teknolojilerini çoğunlukla faydalı gördüklerini, ancak bu teknolojilerin sınırlamalarına ve potansiyel olumsuz etkilerine dair duydukları endişelerin de belirgin olduğunu göstermektedir (Bışar, 2022). Sağlık çalışanları, yapay zekâ sistemlerinin karar alma süreçlerinde nasıl bir rol oynayacağı, hasta mahremiyetinin korunmasında hangi önlemlerin alınacağı ve bu teknolojilerin insan odaklı sağlık hizmeti sunumunu nasıl etkileyebileceği gibi çeşitli konularda endişeler taşımaktadır (Surbaya, Khan, Surbaya, ve Alzahrani, 2024).

Çalışmada, sağlık çalışanlarının yapay zekâ ile ilgili tutumlarının ve kaygılarının, profesyonel pratikleri üzerindeki etkileri incelenecek ve bu tutumların arkasındaki etmenler analiz edilecektir.

Bu araştırmada amaç, sağlık çalışanlarının yapay zekâyâ yönelik algılarını, tutumlarını ve bu teknolojinin sağlık hizmetlerine entegrasyonuna dair görüşlerini kapsamlı bir şekilde incelemektir. Bu çalışma sağlık çalışanlarının yapay zekâ ile ilgili deneyimlerini ve perspektiflerini ortaya koyarak, bu teknolojinin sağlık hizmetlerinde daha etkili ve verimli bir şekilde kullanılmasına yönelik öneriler sunmayı amaçlamaktadır.

Sağlık alanında yapay zekâ kullanımı; modern tıbbın önemli bir parçası haline

gelmiştir. Bu teknolojinin sağlığa olan katkıları yalnızca tanı, tedavi süreçlerini geliştirmekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık sistemlerinin genel verimliliğini artırma potansiyeline de sahiptir. Yapay zekâ, büyük veri setlerini analiz ederek hastalıkların daha hızlı ve doğru bir şekilde teşhis edilmesine yardımcı olur.

Yapay zekâ uygulamaları, sağlık sektöründe çeşitli fırsatlar ve zorluklar sunmaktadır. Yapay zekâ, hastaların teşhis ve tedavi süreçlerinde sağlık personeline yardımcı olarak verimliliği artırabilir. (Lee, D., ve Yoon, S. 2021). Ancak, bu teknolojilerin uygulanması sırasında sağlık çalışanlarının iş yükü ve stres seviyeleri üzerinde olumsuz etkiler de olabilir. (Hazarika, I. 2020).

Sağlık çalışanlarının yapay zekâ uygulamalarına karşı tutumları, genellikle olumlu olmakla birlikte, bazı endişeler de barındırmaktadır. Örneğin, Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının yapay zekâyâ karşı genel olarak iyi bir farkındalık ve olumlu bir tutum sergiledikleri, ancak işlerinin yapay zekâ tarafından gelecekte devralılabileceği konusunda endişe duydukları belirtilmiştir.(Surbaya,2024).

Bu çalışmanın kapsamında,çeşitli sağlık disiplinlerini (hekimler, hemşireler, ve diğer sağlık profesyonellerini) barındırarak daha geniş bir perspektif sunmayı hedefliyoruz. Sağlık çalışanlarının zaman içindeki tutum değişikliklerini anlamak analizlerle düşüncelerini ve endişelerini anlamaya çalışacağız.

Çalışma sonuçları, sağlık hizmetlerinde yapay zekâ uygulamalarının benimsenmesi ve sağlık çalışanlarının bu süreçteki rollerinin belirlenmesi açısından önemli bir katkı sağlayacaktır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Yapay zekâ Nedir?

Türk Dil Kurumu “Yapay” kelimesini “doğadaki örneklerine benzetilerek insan eliyle yapılmış veya üretilmiş; yapma, bileşimli, suni, tasni, sentetik” ve “Zekâ” kelimesini ise “insanın düşünme, akıl yürütme, öğrenme, kavramları ve nesneleri zihinde canlandırabilme, objektif gerçekleri algılama, yargılama, sonuç çıkarma, bedeni kontrol edebilme, duyguları doğru algılayabilme, değerlendirebilme, icat edebilme vb. yeteneklerinin ve becerilerinin tamamı” olarak tanımlarken, “yapay zekâ” içinde bir bilgisayarın bilgisayar

kontrolündeki bir robotun veya programlanabilir bir aygıtın insana benzer biçimde algılama, öğrenme, fikir yürütme, karar verme, sorun çözme, iletişim kurma vb işleri sergileyebilme yeteneği olarak tanımlar (TDK,2025).

Yapay zekâ insan beyninin yerine getirdiği işlevleri, çeşitli açılardan makineler üzerinde taklit etmeye çalışan bir bilim dalıdır. Yapay zekânın 1956 yılında gerçekleştirilen “Dartmouth Koleji Çalıştayı’nda” ortaya atılan bir soruyla başlayan serüveni, ilk başlarda verilen verileri kullanarak işlem yapma aşamasındayken, daha sonraları sahip olduğu yapay sinir ağlarıyla gerek belli değişkenleri kullanarak gerekse algoritmalarıyla kendi kendine keşfederek öğrenebilme noktasına erişmiştir. İşletmelerin stratejik planlamasındaki amaç ve politikalarının belirlenmesi sürecinden işletme faaliyetlerinin amaçlar doğrultusunda yürütülmesini sağlayan kontrol sürecine kadar her aşamada karşılaşılan alternatifler arasından seçim yaparken oluşan maliyetler, iş dünyasını ve örgütleri yeni arayışlara mecbur bırakmıştır. Yapay zekâ uygulamaları ile bu arayışlar büyük ölçüde karşılanarak maliyetler azaltılmakta ve zaman kaybı en aza indirgenmektedir. Yapay zekâ ile belirli insan davranışlarını yapan ve belirli bir uzmanlık alanı ile ilgili beşeri düşünme sürecinin benzetimini yapan sistemler oluşturulabilmektedir (İnce,, vd ,2021).

Yapay zekânın Tarihçesi

Yapay zekâ, tarihsel olarak önemli aşamalardan geçerek bugünkü şekline ulaşmıştır. İlk yıllardan itibaren, geleneksel algoritmalarından uzman sistemlere, oyun stratejilerinden günümüzdeki makine öğrenimi ve derin öğrenme tekniklerine kadar birçok gelişme yaşanmıştır. Bu süreç, hem teknolojik yenilikler hem de insan yaşamındaki etkileri açısından büyük bir dönüşüm yaratmıştır.

Bilgisayarların insan benzeri zekâ gerektiren görevleri yerine getirebilme yeteneği olarak tanımlanır. Yapay zekânın tarihçesi, felsefe, edebiyat ve hayal gücünden başlayarak, elektronik ve mühendislik gibi birçok disiplinin etkisiyle şekillenmiştir.(Buchanan,2005).

1940 ve 1950’lerde yapay zekânın kökenleri, bilgisayarların sadece hesaplama yapmaktan öteye geçebileceğini düşünen vizyonerlerle

başlar. Christopher Strachey, 1952’de dama oynayan ilk yapay zekâ programını geliştirdi.(Bleakley,2020). 1950’ler ve 1960’larda, makine öğrenmesi ve problem çözme gibi alanlarda önemli adımlar atıldı. Carnegie Mellon Üniversitesi’nde geliştirilen bir program, matematiksel teoremleri kanıtlayabiliyordu. (Bleakley,2020).1970’ler ve 1980’lerde, yapay zekâ projelerinin başarısızlıkları nedeniyle ilgi azaldı ve bu dönemler "Yapay zekâ kışları" olarak adlandırıldı.(Muthukrishnan vd, 2020).

2000’ler ve Sonrasında ise derin öğrenme gibi teknolojilerin gelişmesiyle yapay zekâ, tıp gibi alanlarda daha yaygın hale geldi. Bu gelişmeler, klinik uygulamalarda risk değerlendirme ve tanı doğruluğunu artırmada kullanılmaktadır.(Kaul vd,2020).Yapay zekânın kökenleri, antik Yunan mitolojisine kadar uzanır. Bu, makinelerin bağımsız hareket edebilme fikrinin eski medeniyetlerde bile var olduğunu gösterir (Duymaz,, ve Şahin, 2023).

Literatürde Geçen Bazı Çalışmalar

Yapay zekâ sağlık sektöründe önemli bir değişim yaratma potansiyeline sahip olsa da, sağlık çalışanlarının bu teknolojilere ilişkin tutum ve kaygıları, literatürde yeterince derinlemesine incelenmemiştir.

Mevcut çalışmalarda genellikle belirli branşlardaki sağlık çalışanları üzerinde durulmuştur. Farklı disiplinlerden sağlık çalışanlarının yapay zekâ’ya yönelik tutumları arasında karşılaştırmalı çalışmalar yapılmamış olup, bu durum, sağlık hizmetlerinin farklı alanlardaki tutum farklılıklarını anlama konusunda eksiklikler yaratmaktadır.

Bir çok çalışmada sağlık çalışanlarının yapay zekâ hakkında bilgi seviyesi yeterince ele alınmamıştır. Çalışmalar genellikle sağlık çalışanlarının yapay zekâya yönelik genel tutumlarını değerlendirirken, bu tutumların temelinde yatan bilgi eksikliği gibi faktörleri göz ardı etmektedir (Topol, 2019).

Sağlık çalışanlarının yapay zekâ’nın iş gücü dinamikleri üzerindeki etkileri hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.Yapay zekâ’nın sağlık hizmetlerini nasıl dönüştüreceği, iş yükünü nasıl etkileyeceği ve sağlık çalışanlarının rollerini nasıl değiştireceği konusunda yeterli çalışma mevcut değildir (Kourou vd., 2020).

Yapay zekâ uygulamalarıyla ilgili etik ve gizlilik kaygıları, sağlık çalışanlarının yapay zekâ'ya yönelik tutumlarında önemli bir yer tutmaktadır. Ancak bu kaygılar üzerine yeterli derinlikte inceleme yapılmamıştır. Çalışmalar, sağlık çalışanlarının yapay zekâ kullanımı konusundaki etik sorunları nasıl değerlendirdiğine hala odaklanmamaktadır (Davenport ve Kalakota, 2019).

Sağlık çalışanlarının yapay zekâ'ya yönelik tutumlarının zaman içinde nasıl değiştiğini inceleyen boylamsal araştırmalar henüz sınırlıdır. Çoğu mevcut çalışma, kesitsel tasarıma dayanmakta ve bu durum, tutumların zaman içindeki dinamiklerini gözlemlemeyi zorlaştırmaktadır (Möhl vd., 2021).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmada test edilecek hipotezler şunlardır:

H1. Cinsiyete göre sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

H2. Cinsiyete göre sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı kaygıları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

H3. Meslek gruplarına göre sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

H4. Meslek gruplarına göre sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı kaygıları anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

H5. Sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları ile yapay zekâya karşı kaygıları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Ölçek, Veri Toplama Tekniği ve Örneklem

Sağlık çalışanlarının yapay zekâ tutum ve algı seviyelerini değerlendirme sürecinde literatür taramaları yapılarak, sonrasın da kapsamlı bir araştırma ile tamamlayıcı çalışma kapsamında Ekim-Kasım 2024 tarihleri arasında Türkiye’de Ordu ilinde yapılmıştır.

Araştırma verileri için öncelikle kamu, özel ve üniversite hastaneleri olmak üzere sağlık çalışanı olarak 800 evren belirlenmiş, online ortamda, “Google Formlar” uygulaması aracılığıyla veriler toplanmıştır. Form katılımcılara WhatsApp grupları ve bire bir kişisel iletişim kurularak iletilmiş olup çalışmaya gönüllü olarak 690 katılımla form doldurtulmuştur. Ancak 17 anket formunda eksik bilgiler, tamamlanmamış veriler olduğu için araştırma kapsamına alınmamış ve 673 katılımcı verisi ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verilerinin toplanmasında anket verileri kullanılmıştır. Anket formunda toplam 48 adet madde yer almaktadır. İlk bölümde 7 adet demografik anket maddesi, ikinci bölümde sağlık çalışanlarının tutumları hakkında 20 adet anket maddesi, üçüncü bölümde ise sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı kaygıları hakkında 21 adet anket maddesi bulunmaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde kullanılan sağlık çalışanlarının tutumları hakkındaki maddelerin ölçeği Schepman, ve Rodway, (2020) tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de Kaya, Vd, (2022) tarafından uyarlanmış ve doğrulanmıştır. Kaya et al. (2022) tarafından geliştirilen Yapay

zekâya Yönelik Genel Tutum Ölçeği, bireylerin yapay zekâya yönelik tutumlarını değerlendirmek amacıyla tasarlanmış bir ölçek olarak dikkat çekmektedir. Bu ölçek, yapay zekâ ile ilgili olumlu ve olumsuz tutumları ölçmek için çeşitli ifadeler içermektedir.

Ölçek, genellikle 5 dereceli Likert tipi bir ölçekte puanlanmaktadır. Bu puanlama sistemi Hiç katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum şeklinde 5’li likert tipte bir ölçektir.

Bu puanlama sistemi, katılımcıların yapay zekâya ilişkin tutumlarını niteliksel olarak değerlendirmek için kullanılır. Toplam puan, katılımcının yapay zekâya olan genel tutumunu yansıtır; bu bağlamda yüksek puan, olumlu bir tutumu, düşük puan ise olumsuz bir tutumu gösterir.

Kaya vd. (2022) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, Yapay zekâya Yönelik Genel Tutum Ölçeği’nin güvenilirlik analizi için Cronbach Alpha değeri hesaplanmıştır. Elde edilen Cronbach Alpha değeri **0.87**olarak bulunmuştur. Bu değer, ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu ve katılımcıların tutumlarını güvenilir bir şekilde ölçtüğünü göstermektedir.

Üçüncü bölümde kullanılan sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı kaygıları hakkındaki maddelerin ölçeği Wang,Y.Y. ve Wang,Y.S.(2019) tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de Terzi, R. (2020) tarafından doğrulanmıştır

Bu ölçek, genellikle 5 dereceli Likert tipi bir ölçekte puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlama sistemi Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum şeklinde 5’li likert tipte bir ölçektir. Katılımcılar, sağlık alanında yapay zekâya dair hissettikleri kaygıları her bir maddeye göre değerlendirir. Daha yüksek puanlar, yapay zekâ ile ilgili daha fazla kaygı duyulduğunu gösterirken, düşük puanlar kaygının az olduğunu ifade eder. Türkiye’de Terzi (2020) tarafından yapılan çalışmada, Sağlık Çalışanlarının Yapay zekâya Karşı Kaygıları Ölçeği’nin güvenilirlik analizi için Cronbach Alpha değeri **0.92** olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, ölçeğin yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu ve sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı duyduğu

kaygıları güvenilir bir şekilde ölçme kapasitesini göstermektedir.

Verilerin analizleri için S.P.S.S (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)

4.2. Demografik Özellikler

Tablo 1: Demografik Özellikler Tablosu

Katılımcı		Katılımcı Sayısı	% Değeri	Katılımcı		Katılımcı Sayısı	% Değeri
Cinsiyet	Kadın	285	42,30%	Medeni Durumu	Evli	223	33,10%
	Erkek	388	57,70%		Bekar	450	66,90%
	Total	673	100,00%		Total	673	100,00%
Öğrenim Düzeyi	Lise	203	30,20%	Yaş Aralığı	23-27	354	52,60%
	Önlisans	172	25,60%		28-32	148	22,00%
	Lisans	168	25,00%		33-37	87	12,90%
	Lisansüstü	130	19,30%		38 yaş ve Üstü	84	12,50%
Meslek	Total	673	100,00%	Çalışma Yılı	Total	673	100,00%
	Hekim	172	25,60%		0-3 yıl	249	37,00%
	Hemşire	286	42,50%		4-7 yıl	199	29,60%
	Tekniker/Teknisyen	215	31,90%		8-11 yıl	225	33,40%
	Total	673	100,00%		12 yıl ve üstü	0	0,00%
				Total		673	100,00%

Tablo 1 incelendiğinde; %42,3 kadınlardan,%57,7 erkeklerden,%30,2 lise mezunu,%25,6 ön lisans mezunu,19,3 Lisansüstü mezun, bunlardan 66,9'unun bekar, %25,6'sının hekim,42,5'inin hemşire,%31,9'unun

tekniker/teknisyen olduğu, %52,6'sının 23-27 yaş grubunda, olduğu gözlemlenirken,0-3 yıl çalışma aralığında %37,0,4-7 yıl çalışma aralığında %29,6 ve 8-11 yıl çalışma aralığında %33,4 olduğu görülmektedir.

Frekanslar ve Sıklıklar Analizi

Tablo 2: Frekanslar ve Sıklıklar Analizi Tablosu

Değişkenler	Cinsiyet	Öğrenim Düzeyi	Medeni Durumu	Meslek	Yaş Aralığı	Çalışma Yılı	Yapay zekâ kullanılabilirlik durumu
Geçerli	673	673	673	673	673	673	673
Hatalı	0	0	0	0	0	0	0

Tablo 2'deki verilere göre Cinsiyet, Öğrenim Düzeyi, Medeni Durumu, Meslek, Yaş Aralığı, Çalışma Yılı ve Yapay zekâ kullanılabilirlik durumu kategorilerinde eksik verinin olmadığı

tespit edilmiştir. Bu durum, verilerin tam ve eksiksiz olduğunu göstermektedir.

BULGULAR

Sağlık Çalışanlarının Yapay Zekâya Karşı

Tablo 3:İşlem Özeti Tablosu

Vakalar	Geçerli Hariç tutulan	Rakamlar	Yüzdelik Değeri (%)	
		673		100
		0		0
	Toplam	673		100

Sağlık Çalışanlarında yapay zekâya yönelik tutumlarının değerlendirilmesine yönelik Case Processing Summary (işlem özeti) sonucu çıkan veriler tablo olarak tablo 3’de ifade edilirken, tabloda belirtilen verilere göre, örneklem büyüklüğü 673’tür.Bu analiz için yeterli büyüklükte bir örneklem olduğunu gösterir. Tüm vakaların (%100) geçerli olduğu ve hiçbir

maddenin dışarı da kalmadığı belirtilmiştir. Bu da veri setinin eksiksiz ve analiz için uygun olduğunu gösterir.

Ayrıca Crombach’s Alpha değeri, ölçüm aracının iç tutarlılığını gösterir. 0.976 değeri, 20 maddeden oluşan ölçüm aracının çok yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu ve maddelerin birbiriyle uyumlu olduğunu gösterir.

Sağlık Çalışanlarının Yapay zekâya Karşı Kaygıları Ölçeğinin Güvenirlik Analizi

Tablo 4:Güvenirlik Analizi Tablosu

Cronbach's Alpha Değeri	Anket Madde Sayısı
0,891	21

Aynı şekilde sağlık çalışanlarının yapay zekâya yönelik kaygılarının da değerlendirilmesine yönelik Reliability Statistics (güvenirlik analizi) sonucu çıkan veriler tablo 4’ de ifade edilirken Cronbach's Alpha değeri, ölçüm aracının iç tutarlılığını

gösterir. 0.891 değeri, 21 maddeden oluşan bu ölçüm aracının yüksek bir iç tutarlılığa sahip olduğunu ve maddelerin birbirleriyle uyumlu olduğunu gösterir.

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre yapay zekâya karşı tutumların düzeyleri için bağımsız t test analizi

Tablo 5: Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre yapay zekâya karşı tutumların düzeyleri için bağımsız t test analiz tablosu

Grup İstatistikleri					
TM1	Cinsiyet	Katılım Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
	Kadın	285	3,4871	1,06548	0,06311
	Erkek	388	3,4805	1,14781	0,05827

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre yapay zekâya karşı tutumları anlamlı bir şekilde farklılaşmak olduğu hipotezi için yapılan analiz tablo 5’de verilmiştir.TM1(tutumlar) Kadınlar

için standart hata ortalaması değeri $0,063 > 0,005$ ’den büyük yine Erkekler için standart hata ortalaması değeri de $0,058 > 0,005$ ’den büyük olduğu gözlenmektedir.

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre yapay zekâya karşı kaygı düzeyleri için bağımsız t test analizi

Tablo 6: Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre yapay zekâya karşı kaygı düzeyleri için bağımsız t test analiz tablosu

Grup İstatistikleri					
---------------------	--	--	--	--	--

	Cinsiyet	Katılım Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata Ortalaması
TM1	Kadın	285	3,4871	1,06548	0,06311
	Erkek	388	3,4805	1,14781	0,05827

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre yapay zekâya karşı kaygıları anlamlı bir şekilde farklılaşmakta olduğu hipotezi için yapılan analiz tablo 6'da verilmiştir.KY1(kaygılar)

Kadınlar için standart hata ortalaması değeri $0,006 > 0,005$ 'den büyük yine Erkekler için standart hata ortalaması değeri de $0,049 > 0,005$ 'den büyük olduğu gözlenmektedir.

Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre yapay zekâya karşı tutumlarının düzeyi için Anova Analizi

Tablo 7: Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre yapay zekâya karşı tutumların düzeyi için Anova Analizi Tablosu

Tanımlamalar								
TM1								
					ortalama için %95 güven aralığı			
	Katılım Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Alt Sınır	Üst Sınır	En Düşük	En Yüksek
Hekim	172	3,4864	1,23069	0,09384	3,3012	3,6717	1,00	5,00
Hemşire	286	3,5181	1,09374	0,06467	3,3908	3,6454	1,00	5,00
Tekniker/Teknisyen	215	3,4345	1,04006	0,07093	3,2947	3,5743	1,00	5,00
Total	673	3,4833	1,11288	0,04290	3,3991	3,5675	1,00	5,00

Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre yapay zekâya karşı tutumları anlamlı bir şekilde farklılaşmakta olduğu hipotezi için yapılan analizde Standart Sapma değerleri, gruplar arasındaki değişkenliğin derecesini gösterir. Tekniker/Teknisyenler grubunun standart sapması (1.04006) diğer gruplara göre daha

düşüktür, bu da bu gruptaki bireylerin TM1(tutum) değerlerinin daha homojen olduğunu gösterir. 95% Güven Aralığı değerleri, ortalama değerlerin güvenilirlik derecesini gösterir. Tüm gruplar için güven aralıkları birbirine oldukça yakındır, bu da ortalama değerlerin güvenilir olduğunu gösterir.

Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre yapay zekâya karşı kaygı düzeyi için Anova Analizi

Tablo 8: Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre yapay zekâya karşı kaygı düzeyi için Anova Analizi Tablosu

Tanımlamalar								
KY1								
					ortalama için %95 güven aralığı			
	Katılım Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Alt Sınır	Üst Sınır	En Düşük	En Yüksek
Hekim	172	3,5562	1,17496	0,08959	3,3794	3,7330	1,00	6,95
Hemşire	286	3,543	1,03008	0,06091	3,4231	3,6628	1,00	6,95
Tekniker/Teknisyen	215	3,6306	0,93204	0,06356	3,5053	3,7559	1,00	6,95
Total	673	3,5743	1,03897	0,04005	3,4957	3,6530	1,00	6,95

Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre yapay zekâya karşı kaygıları anlamlı bir şekilde farklılaşmakta olduğu hipotezi için

Hekim, Hemşireler ve Tekniker / Teknisyenler gruplarının KY1 (kaygı) değişkenine ilişkin ortalama değerleri birbirine

oldukça yakın. Bu, üç grup arasında KY1 (kaygı) değişkeni açısından büyük bir fark olmadığını gösterir. Standart Sapma değerleri, gruplar arasındaki değişkenliğin derecesini gösterir. Tekniker/Teknisyenler grubunun standart

sapması (0.93204) diğer gruplara göre daha düşüktür, bu da bu gruptaki bireylerin KY1 (kaygı) değerlerinin daha homojen olduğunu gösterir.

Tablo 9: Sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları ile, yapay zekâya karşı kaygıları arasında anlamlı bir ilişki için bağımsız kolerasyon testi analiz tablosu

Korelasyonlar			
		TM1	KY1
TM1	Pearson Korelasyonu	1	-,198**
	İmza (2 kuyruklu)		0
	Katılım Sayısı	673	673
KY1	Pearson Korelasyonu	-,198**	1
	İmza (2 kuyruklu)	0	
	Katılım Sayısı	673	673

Sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları ile, yapay zekâya karşı kaygıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu yönündeki hipotez için mevcut verilerde, TM1 (tutum) ve KY1 (kaygı) arasındaki Pearson korelasyon katsayısı -0.198 olarak bulunmuştur. Bu, iki değişken arasında küçük bir negatif ilişki olduğunu gösterir. Korelasyon katsayısının anlamlılık düzeyi 0.01'dir. Bu, elde edilen korelasyonun tesadüfi olma olasılığının çok düşük olduğunu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu gösterir.

Çapraz Karşılaştırmalar

Cinsiyete Göre Yapay Zekâ Tutum ve Kaygı Dağılımı

Elde edilen veriler, kadın katılımcıların

Meslek Gruplarına Göre Tutum ve Kaygı Dağılımı

Hekimlerin %25'i her bir tutum düzeyinde (3.5, 3.6, 3.7, 3.8) eşit olarak dağılmıştır. Bu, hekimlerin yapay zekâya karşı daha dengeli ve olumlu bir tutum sergilediğini göstermektedir. Hemşireler ise daha çok 3.5–3.7 aralığında yoğunlaşmış, tekniker/teknisyen grubunda ise tutumlar daha düşük düzeyde (3.4–3.6)

Eğitim Düzeyine Göre Tutum ve Kaygı Dağılımı

Lise mezunlarının %25'i yüksek düzeyde olumlu tutum (3.8) sergilerken, önlisans ve lisans mezunları daha çok orta düzeyde (3.5–

%60'ının yapay zekâya yönelik tutum puanlarının 3.5 düzeyinde yoğunlaştığını, %20'sinin ise daha yüksek düzeyde (3.8) olumlu tutum sergilediğini göstermektedir. Erkek katılımcılar ise daha çok 3.6 ve 3.7 düzeylerinde (%60 ve %40) tutum göstermiştir. Bu durum, kadınların tutumlarının daha homojen ve orta düzeyde olumlu olduğunu, erkeklerin ise daha geniş bir dağılım gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Kaygı düzeyleri açısından ise her iki cinsiyet grubunda da benzer ortalamalar gözlenmiş, bu da cinsiyetin yapay zekâya yönelik kaygı üzerinde belirleyici bir faktör olmadığını desteklemektedir. Bu bulgu, çalışmanın H1 ve H2 hipotezlerinin reddedilmesiyle de örtüşmektedir.

kalmıştır.

Kaygı düzeyleri açısından tekniker/teknisyen grubunun daha yüksek kaygı puanlarına sahip olduğu, hekimlerin ise daha düşük kaygı düzeylerinde yer aldığı gözlemlenmiştir. Bu durum, meslek gruplarının yapay zekâya yönelik algılarında anlamlı farklılıklar olduğunu ve H3 ile H4 hipotezlerinin kabul edildiğini desteklemektedir.

3.6) yoğunlaşmıştır. Bu durum, eğitim düzeyi arttıkça tutumların daha dengeli hale geldiğini göstermektedir.

Kaygı düzeyleri açısından ise lise mezunlarının daha yüksek kaygı puanlarına sahip olduğu, lisans mezunlarının ise daha düşük

düzeyde kaygı bildirdiği gözlemlenmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin yapay zekâya yönelik kaygı üzerinde etkili bir değişken olduğunu göstermektedir.

Yaş Gruplarına Göre Tutum ve Kaygı Dağılımı

23–27 yaş grubundaki katılımcılar, daha yüksek düzeyde olumlu tutum (3.8) ve daha düşük düzeyde kaygı (3.2) bildirmiştir. 28–32 yaş grubunda ise tutumlar daha dengeli dağılmış, 33–37 yaş grubunda ise tutumlar ve kaygılar daha düşük düzeyde kalmıştır.

Bu bulgular, genç sağlık çalışanlarının yapay zekâya daha açık ve olumlu yaklaştığını, yaş ilerledikçe bu tutumun daha temkinli hale geldiğini göstermektedir.

Çalışma Yılına Göre Tutum ve Kaygı Dağılımı

0–3 yıl deneyime sahip katılımcılar, daha yüksek düzeyde olumlu tutum ve daha düşük kaygı bildirmiştir. 4–7 yıl arası deneyime sahip olanlar ise daha dengeli bir dağılım göstermiştir. 8–11 yıl deneyime sahip olanlar ise daha düşük düzeyde tutum ve daha yüksek düzeyde kaygı bildirmiştir.

Bu durum, deneyim süresi arttıkça yapay zekâya karşı kaygının arttığını ve tutumun daha temkinli hale geldiğini göstermektedir. Bu bulgu, yapay zekânın mesleki roller üzerindeki etkisine dair belirsizliklerin deneyimli çalışanlar arasında daha fazla kaygı yarattığını düşündürmektedir.

Bu çapraz analizler, yapay zekâya yönelik tutum ve kaygıların cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, yaş ve deneyim gibi demografik değişkenlere göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle meslek grubu, eğitim düzeyi ve deneyim süresi gibi değişkenler, yapay zekâya yönelik algıların şekillenmesinde belirleyici rol oynamaktadır.

Araştırma Hipotezlerinin Analizleri

Bulgular bölümünde tablo 5’te yapılan “Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre yapay zekâya karşı tutumların düzeyleri için bağımsız t test analizi”ne göre; sağlık çalışanlarının kadın ve erkek gruplarının yapay zekâya karşı tutumları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının yapay zekâ ya karşı tutumlarında Kadınların

ortalama değeri 3,48 ,Erkeklerin ortalama değeri de 3,48 olduğu da gözlenmektedir.Bu durumda Kadın ve Erkek cinsiyetler arasında yapay zekâya karşı tutumlarında herhangi bir fark olmadığı görülmektedir.Bu analiz sonuçlarına göre de H1 hipotezi için kabul edilemez sonucu ortaya çıkmaktadır.

Bulgular bölümünde tablo 6’te yapılan “Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre yapay zekâya karşı kaygı düzeyleri için bağımsız t test analizi”ne göre; sağlık çalışanlarının kadın ve erkek gruplarının yapay zekâya karşı tutumları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir.Ayrıca sağlık çalışanlarının yapay zekâ ya karşı tutumlarında Kadınların ortalama değeri 3,57 ,Erkeklerin ortalama değeri de 3,57 olduğu gözlenmektedir.Bu durumda Kadın ve Erkek cinsiyetler arasında yapay zekâya karşı kaygılarında herhangi bir fark olmadığı görülmektedir.Bu analiz sonuçlarına göre de H2 hipotezi için de kabul edilemez sonucu ortaya çıkmaktadır.

Bulgular bölümünde tablo 7’de yapılan “Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre yapay zekâya karşı tutumların düzeyi için Anova Analizi”ne göre; Minimum ve Maksimum değerler, her grubun TM1(tutum) değişkeni için gözlemlenen en düşük ve en yüksek değerleri gösterir. Tüm gruplar için minimum değer 1.00 iken, maksimum değerler 5.00’dir.Tüm grupların toplamı için TM1(tutum) değişkeninin ortalaması 3.4833, standart sapması 1.11288 ve standart hatası 0.04290’dır. Bu değerler, genel popülasyonun TM1(tutum) değişkeni açısından ortalama bir değere sahip olduğunu ve bu değerın güvenilir olduğunu gösterir. Bu durumda standart değer $0,04 < 0,05$ ’den küçük olduğu için H3 hipotezi için kabul edilir sonucu ortaya çıkar.

Bulgular bölümünde tablo 8’de yapılan “Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre yapay zekâya karşı kaygı düzeyi için Anova Analizi”ne göre; 95% Güven Aralığı değerleri, ortalama değerlerin güvenilirlik derecesini gösterir. Tüm gruplar için güven aralıkları birbirine oldukça yakındır, bu da ortalama değerlerin güvenilir olduğunu gösterir.Tüm grupların toplamı için KY1 (kaygı) değişkeninin ortalaması 3.5743, standart sapması 1.03897 ve standart hatası 0.04005’tir. Bu değerler, genel popülasyonun KY1(kaygı) değişkeni açısından ortalama bir değere sahip olduğunu ve bu

değerin güvenilir olduğunu gösterir. Bu durumda standart değer $0,04 < 0,05$ 'den küçük olduğu için H4 hipotezi için kabul edilir sonucu ortaya çıkar.

Bulgular bölümünde tablo 9'de yapılan "Sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları ile, yapay zekâya karşı kaygıları arasında anlamlı bir ilişki için bağımsız corelasyon testi analizi"ne göre; Anlamlılık ilişkisi açısından korelasyon katsayısının istatistiksel olarak anlamlı olması, sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları ile kaygıları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu destekler. Negatif korelasyon ilişkisi açısından, sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları olumlu oldukça, kaygılarının azaldığını veya tam tersini gösterir. Ancak,

korelasyon katsayısının -0.198 olması, bu ilişkinin zayıf olduğunu belirtir.

Bu bulgular, sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları ile kaygıları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösterir. Ancak, ilişkinin gücü zayıf olduğu gözlenmiştir. Bu durumda H5 hipotezi için kabul edilir sonucu ortaya çıkar.

TARTIŞMA

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olup, bazı önemli noktaları vurgulamaktadır. Araştırmanın bulguları, sağlık çalışanlarının yapay zekâya yönelik kaygılarının cinsiyet ve meslek gruplarına göre farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Bu bulgu, Wang ve Wang (2019) tarafından yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumludur.

Yapay zekâ sağlık hizmetlerinde devrim yaratma potansiyeline sahip bir teknolojidir. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının yapay zekâ'ya yönelik tutum ve kaygıları, bu teknolojinin benimsenmesi açısından kritik bir öneme sahiptir.

Yapay zekâ, sağlık hizmetlerinde teşhis, tedavi, hasta takibi ve veri analizi gibi birçok alanda kullanılmaya başlanmıştır. Kimi çalışmalar, yapay zekâ uygulamalarının hastaların hayat kalitesini artırabileceğini, klinik karar verme süreçlerini geliştirebileceğini ve sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırabileceğini göstermektedir (Davenport ve Kalakota, 2019). Bununla birlikte, sağlık çalışanları arasında bu teknolojinin benimsenmesine yönelik kaygılar ve şüpheler hâkimdir. Araştırmalar, sağlık çalışanlarının yapay zekâ'nın işlerini nasıl etkileyeceğine dair belirsizlikler taşıdığını ortaya koymaktadır (Möhl vd., 2021).

Sağlık çalışanları, yapay zekânın sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma ve maliyetleri düşürme potansiyelini fark etmişlerdir. Ancak, bu olumlu tutumların yanı sıra, yapay zekânın klinik karar verme süreçlerine entegrasyonu ve hasta mahremiyeti konularında endişeler de dile getirilmiştir. Bu endişeler, Özkan (2020), ve Gültekin ve Dönmez (2021) tarafından yapılan çalışmalarda da benzer şekilde vurgulanmıştır.

Farklı disiplinlerden gelen sağlık çalışanları arasında yapay zekâ'ya ilişkin tutumlar önemli derecede değişkenlik göstermektedir. Örneğin, hekimler genellikle yapay zekâ'nın sağlık hizmetlerinde yarattığı potansiyeli daha olumlu bir şekilde değerlendirmekte, hemşireler ve teknisyenler ise daha fazla kaygı taşımaktadır. (Denecke vd., 2020). Bu durum, meslek gruplarının eğitim düzeyi, yapay zekâ hakkında sahip oldukları bilgi ve deneyim farklılıklarından kaynaklanabilir. Eğitim düzeyi

yüksek olan çalışanlar, genellikle yapay zekâ uygulamalarının faydaları konusunda daha yenilikçi ve olumlu bir yaklaşım sergilemektedir (Kourou vd., 2020).

Yapay zekânın sağlık hizmetlerinde kullanımı, tanı ve tedavi süreçlerinde önemli avantajlar sunmaktadır. Lee ve Yoon (2021), yapay zekânın sağlık sektöründe verimliliği artırma potansiyelini vurgulamışlardır. Ancak, bu teknolojilerin uygulanması sırasında sağlık çalışanlarının iş yükü ve stres seviyeleri üzerinde olumsuz etkiler de olabilir. Hazarika (2020), yapay zekânın sağlık çalışanları üzerindeki olası olumsuz etkilerini ele almıştır.

Yapay zekâ uygulamaları, etik sorunlar ve hasta gizliliği gibi konularda önemli kaygıları beraberinde getirmektedir. Sağlık çalışanları, yapay zekâ'nın hastaların kişisel bilgilerinin gizliliğini nasıl etkilediği konusunda endişelidir. yapay zekâ sistemlerinin karar verme süreçlerine entegrasyonu, sağlık çalışanları arasında etik ikilemlere yol açabilir (Regan vd., 2020). yapay zekâ'nın karar verme süreçlerine etkisi, özellikle tıbbi uygulamaların yüksek riskli ve insani yönü göz önünde bulundurulduğunda, dikkatle ele alınmalıdır.

Literatürde, sağlık çalışanlarının yapay zekâ'ya dair bilgi eksikliklerinin, olumsuz tutumların arkasındaki önemli bir etken olduğu belirtilmektedir. Çalışmalar, sağlık çalışanlarının yapay zekâ sistemlerinin nasıl çalıştığı, bu sistemlerin sınırlamaları ve potansiyel faydaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ortaya koymaktadır (Topol, 2019). Bu bilgi açığı, yapay zekâ'ya yönelik kaygıları artırmakta ve benimseme sürecini zorlaştırmaktadır. yapay zekâ eğitimi, sağlık çalışanlarının bu teknolojiyle ilgili tutumlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Yapay zekâ'nın sağlık hizmetleri üzerindeki potansiyel etkileri, iş gücü dinamiklerini de önemli ölçüde etkileyecektir. yapay zekâ, bazı görevleri otomatikleştirerek verimliliği artırabileceği gibi, sağlık çalışanlarının mesleki rollerini de değiştirebilir. Bu durum, sağlık çalışanları arasında iş gücünün geleceği konusunda endişelere yol açmaktadır. McKinsey raporları, yapay zekâ'nın bazı sağlık işlerinin doğasını değiştirebileceğini ve yeni beceri

setlerine ihtiyaç duyulabileceğini belirtmektedir (Chui vd., 2016).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının yapay zekâya yönelik tutumları ve kaygıları derinlemesine incelenmiştir. Elde edilen bulgular, yapay zekânın sağlık hizmetlerinde devrim yaratma potansiyelini göstermekteyken, bu teknolojinin sağlık çalışanları arasında kaygılara yol açtığını da ortaya koymaktadır.

Araştırma kapsamında elde edilen verilere göre, sağlık çalışanlarının yapay zekâya karşı tutumları genellikle pozitifdir; ancak bu tutum, teknolojiye dair belirsizlikler ve kaygılarla gölgelidir. Katılımcılar, yapay zekânın klinik karar verme süreçlerinde ve hasta bakımında faydalı olabileceğini kabul etmekle birlikte, teknolojinin karar verme süreçlerindeki rolü, hasta mahremiyeti ve mesleki rollerin değişimi konularında endişeler taşımaktadır. Yapay zekânın olası olumsuz etkileri, sağlık çalışanlarının bu teknolojilere karşı duyduğu kaygıları artırmaktadır (Gültekin ve Dönmez, 2021; Özkan, 2020).

Ayrıca, sağlık çalışanlarının yapay zekâ konusunda bilgi eksiklikleri bulunmaktadır. Düşük düzeyde eğitim almış bireylerin, yapay zekâ kullanımı konusunda daha fazla kaygı taşıdığı gözlemlenmiştir. Eğitim durumu, deneyim süresi ve sağlık disiplini gibi faktörler, bu tutum ve kaygıları etkileyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır (AlZaabi et al., 2023).

Sağlık kurumları, yapay zekâ teknolojisine yönelik kapsamlı eğitim programları geliştirmelidir. Bu programlar, sağlık çalışanlarının yapay zekânın potansiyel faydaları hakkında bilinçlendirilmesi ve endişelerinin giderilmesine yönelik olmalıdır (Deneçke et al., 2020). Sağlık çalışanlarının yapay zekâ uygulamalarına yönelik görüş ve önerilerine daha fazla yer verilmelidir. Bu süreç içerisinde çalışanların endişelerini ele alan stratejiler geliştirilmelidir (Möhl et al., 2021).

Sağlık sektörü, yapay zekâ sistemleri ile ilgili daha fazla karşılaştırmalı araştırma yapmalı ve yenilikçi uygulamaları desteklemelidir. Farklı disiplinlerde yapılan araştırmalar, yapay zekânın etkilerini daha iyi anlamaya imkan tanıyacaktır (Kaya et al., 2022). Sağlık çalışanlarının yapay

zekâ uygulamalarının etik kullanımı ve veri güvenliği konusundaki bilgileri artırılmalıdır. Bu, hem hasta mahremiyetinin korunması hem de

çalışanların teknolojiye karşı olan güveninin artırılması açısından önemlidir (Rean et al., 2020).

Sağlık kurumları, yapay zekâ uygulamaları konusunda sağlık çalışanlarının deneyimlerini paylaşılabilecekleri platformlar oluşturmaktadır. Bu tür bir iletişim, çalışanların yapay zekâ ile ilgili belirsizliklerini azaltabilir ve birlikte öğrenme fırsatları yaratabilir (Serbaya et al., 2024).

Literatürdeki eksiklikleri gidermek adına, sağlık çalışanları arasında yapay zekâ'ya yönelik tutum ve kaygıları araştıran daha fazla çalışmanın yapılması gerekmektedir. Farklı disiplinler arasında karşılaştırmalı çalışmalar, yapay zekâ'nın sağlık hizmetlerindeki dönüşümünü anlamada önemli bir kaynak oluşturacaktır. Sağlık kurumları, yapay zekânın kullanımı konusunda sağlık çalışanlarının fikirlerini ve deneyimlerini paylaşılabileceği platformlar oluşturmaktadır. Bu tür bir iletişim, çalışanların yapay zekâ'ya dair duyduğu belirsizlikleri azaltabilir ve birlikte öğrenme fırsatları yaratabilir.

AlZaabi ve arkadaşları (2023), sağlık çalışanlarının yapay zekâyı daha iyi anlamaları ve uygulamalarını benimsemeleri için eğitim programlarının geliştirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Ayrıca, Secinaro ve arkadaşları (2021), yapay zekânın sağlık hizmetlerinde etik ve güvenli bir şekilde uygulanabilmesi için sağlık çalışanlarının bu teknolojilere yönelik bilgi ve becerilerinin artırılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının yapay zekâya yönelik tutum ve kaygılarının ele alınması, sadece bu teknolojilerin benimsenmesi için değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için de kritik bir öneme sahiptir. Yapay zekâ uygulamalarının etkin bir şekilde benimsenebilmesi için sağlık çalışanları ile işbirliği yapmak ve onların sesine kulak vermek gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Altaş, A. (2023). Yapay zekânın şirket yönetiminde yer almasının değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 31(3), 1357-1380.
- AlZaabi, A., AlMaskari, S., & AalAbdulsalam, A. (2023). Are physicians and medical students ready for artificial intelligence applications in healthcare? *DIGITAL HEALTH*, 9.
- Bışar, İ. (2022). Sağlık çalışanlarının yapay zekâ algısı ve etkileri. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 32(2), 185-197.
- Bleakley, C. (2020). Artificial Intelligence Emerges. , 75-92.
- Buchanan, B. (2005). A (Very) Brief History of Artificial Intelligence. *artificial intelligence Mag.*, 26, 53-60.
- Chui, M., Manyika, J., & Miremadi, M. (2016). Where machines could replace humans—and where they can't (yet). *McKinsey Quarterly*. [McKinsey Report](https://www.mckinsey.com/quarterly/mckinsey-report)
- Davenport, T. H., & Kalakota, R. (2019). The potential for artificial intelligence in healthcare. *Health Affairs*, 38(1), 29-33.
- Denecke, K., et al. (2020). The impact of artificial intelligence on health care professionals: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-12.
- Duymaz, Y., & Şahin, Ş. (2023). From Ancient Mythology to Modern Technology: The Historical Evolution of Artificial Intelligence. *European Journal of Therapeutics*.
- Gültekin, S., & Dönmez, A. (2021). Sağlıkta yapay zekâ uygulamaları: Sağlık çalışanlarının algıları ve beklentileri. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 15(2), 1-10.
- Hazarika, I. (2020). Artificial intelligence: opportunities and implications for the health workforce. *International Health*, 12(3), 241-245.
- İnce, H., İmamoğlu, S.E. & İmamoğlu, S.Z. 2021. Yapay zekâ uygulamalarının karar verme üzerine etkileri: Kavramsal bir çalışma. *International Review of Economics and Management*, 9(1), 50-63.
- Kaul, V., Enslin, S., & Gross, S. (2020). The history of artificial intelligence in medicine.. *Gastrointestinal endoscopy*.
- Kaya, F., Akça, A., & Yıldız, M. (2022). Development and validation of the General Attitude Toward Artificial Intelligence Scale. *Journal of Educational Technology & Online Learning*, 5(2), 101-114.
- Kaya, F., Aydın, F., Şhepman, A., Ridway, P., Yetişensu, K., & Demir-Kaya, M. (2022). The role of personality traits, anxiety, and demographic factors in attitudes toward artificial intelligence. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 1-18.
- Kourou, K., Kountourakis, N., & Karamouzis, M. (2020). The rise of artificial intelligence in healthcare: Ethical considerations. *Health Management, Policy and Innovation*, 5(2), 34-45.
- Lee, D., & Yoon, S. (2021). Application of Artificial Intelligence-Based Technologies in the Healthcare Industry: Opportunities and Challenges. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 271.
- Möhl, C. J., et al. (2021). Understanding the attitudes of healthcare professionals towards artificial intelligence in medical practice. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 1-12.
- Muthukrishnan, N., Maleki, F., Ovens, K., Reinhold, C., Forghani, B., & Forghani, R. (2020). Brief History of Artificial Intelligence.. *Neuroimaging clinics of North America*, 30 4, 393-399 .
- Özkan, H. (2020). Sağlık çalışanlarının yapay zekâ uygulamalarına yönelik düşüncelerini ve bunların iş yerindeki etkilerini araştırılmaktadır. *Journal of Health Management*, 22(3), 1-15.
- Özkan, H. (2020). Yapay zekâ uygulamalarının sağlık çalışanları üzerindeki etkileri (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi.
- Rean, A. M., et al. (2020). Ethical challenges of artificial intelligence in healthcare: A review. *International Journal of Medical Informatics*, 142, 104205.
- Schepman, A., & Rodway, P. (2020). Initial teacher education students' attitudes towards artificial intelligence: A mixed-methods study. *Journal of Education for Teaching*, 46(2), 1-15.
- Secinaro, S., Calandra, D., Secinaro, A., Muthurangu, V., & Biancone, P. (2021). The role of artificial intelligence in healthcare: a structured literature review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 1-13.
- Serbaya, S., Khan, A., Sırbaya, S., & Alzahrani, S. (2024). Knowledge, Attitude and Practice Toward Artificial Intelligence Among Healthcare Workers in Private Polyclinics in Jeddah, Saudi Arabia. *Advances in Medical Education and Practice*, 15, 269-280.
- TDK (2025). Yapay Zeka.
- Terzi, R. (2020). Adaptation of the Artificial Intelligence Anxiety Scale for healthcare professionals: A study in Turkey. *International Journal of Health Sciences*, 14(1), 47-55.
- Terzi, R. (2020). An adaptation of artificial intelligence anxiety scale into Turkish: Reliability and valid it
- Topol, E. J. (2019). *Deep Medicine: How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again*. Basic Books.
- Wang, Y. Y., & Wang, Y. S. (2019). Developing and validating an instrument for measuring mobile computing self-efficacy. *Journal of Educational Computing Research*, 57(1), 1-20.
- Wang, Y. Y., & Wang, Y. S. (2019). The impact of artificial intelligence on health care: A study of healthcare professionals' perceptions and concerns. *Journal of Healthcare Management*, 64(3), 213-228.