

Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Risk Etmenleri ve Mental Sağlık Durumu ile İlişkisi Psychosocial Risk Factors and Their Association with Mental Health Status among Healthcare Workers

Saadet KARAKUŞ  ^a

^a Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye. saadet.karakus@sbu.edu.tr

MAKALE BİLGİSİ	ÖZET
<p>Anahtar Kelimeler: Psikososyal Riskler Mental Sağlık GHQ-12 COPSOQ-II Sağlık Çalışanları Vardiyalı Çalışma Gece Vardiyası İş Sağlığı ve Güvenliği</p> <p>Gönderilme Tarihi 16 Aralık 2025 Revizyon Tarihi 30 Mayıs 2026 Kabul Tarihi 15 Haziran 2026</p> <p>Makale Kategorisi: Araştırma Makalesi</p>	<p>Amaç – Bu araştırma, sağlık sektörü çalışanlarının maruz kaldığı psikososyal risk etmenlerini belirlemek, bu etmenleri sosyo-demografik değişkenler açısından nicel yöntemlerle analiz etmek ve psikososyal risk maruziyeti ile mental sağlık durumu arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.</p> <p>Yöntem – İstanbul Anadolu Yakasındaki sağlık tesislerinde görev yapan 345 sağlık çalışanının katıldığı, kesitsel (cross-sectional) tasarımda nicel bir araştırmadır. Psikososyal risk düzeyi Kopenhag Psikososyal Risk Ölçeği (COPSOQ-II; 69 madde, 20 alt boyut) ile, mental sağlık durumu ise Genel Sağlık Anketi-12 (GHQ-12; 0–36 Likert puanlama, kesme noktası ≥ 13) ile değerlendirilmiştir. Veriler bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü ANOVA, Kruskal-Wallis H ve ki-kare analiziyle incelenmiş; normallik çarpıklık-basıklık katsayılarına dayandırılmıştır.</p> <p>Bulgular – Katılımcıların %52,8'i vardiyalı çalışmakta, %58,8'i gece vardiyasında görev yapmaktadır. GHQ-12 ortalama puanı $32,42 \pm 5,55$ olup 0–36 aralığındaki ≥ 13 kesme noktasının belirgin biçimde üzerindedir. Gece vardiyasında çalışanların GHQ-12 puanı (Ort.=33,12) ve iş kazası geçirenlerin GHQ-12 puanı (Ort.=34,51) genel ortalamaya kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Erkek çalışanların bilişsel ve duyuşsal talep puanları kadın çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Nicel talepler, bilişsel talepler, duyuşsal talepler, rol çatışması, liderlik kalitesi, geri bildirim ve iş güvencesizliği ile GHQ-12 puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$).</p> <p>Tartışma – Psikososyal riskler ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Gece vardiyası ve iş kazası deneyimi daha yüksek psikolojik yük düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur. Sağlık kurumlarında düzenli COPSOQ tabanlı psikososyal risk taraması, liderlik eğitimleri, adil vardiya planlaması ve kurumsal psikolojik destek programlarının hayata geçirilmesi önerilmektedir.</p>
ARTICLE INFO	ABSTRACT
<p>Keywords: Psychosocial Risks Mental Health GHQ-12 COPSOQ-II Healthcare Workers Shift Work Night Shift Occupational Health and Safety</p> <p>Received 16 December 2025 Revised 30 May 2026 Accepted 15 June 2026</p> <p>Article Classification: Research Article</p>	<p>Purpose – This study aims to identify the psychosocial risk factors to which healthcare workers are exposed, to analyse these factors quantitatively according to socio-demographic variables, and to examine the association between psychosocial risk exposure and mental health status.</p> <p>Design/methodology/approach – A cross-sectional quantitative study was conducted with 345 healthcare professionals working in healthcare facilities on the Asian side of Istanbul. Psychosocial risk levels were assessed using COPSOQ-II (69 items, 20 subscales) and mental health status was evaluated with GHQ-12 (Likert scoring 0–36, cut-off ≥ 13). Data were analysed using independent-samples t-tests, one-way ANOVA, Kruskal-Wallis H, and chi-square tests; normality was assessed based on skewness and kurtosis coefficients.</p> <p>Results – Of participants, 52.8% worked shifts and 58.8% worked night shifts. The mean GHQ-12 score was 32.42 ± 5.55, substantially above the ≥ 13 cut-off. Night-shift workers ($M=33.12$) and those who experienced a work-related accident ($M=34.51$) showed higher GHQ-12 scores. Male workers had significantly higher cognitive and sensory demand scores ($p < 0.05$). Quantitative demands, cognitive demands, emotional demands, role conflict, leadership quality, feedback, and job insecurity were significantly associated with GHQ-12 scores ($p < 0.05$).</p> <p>Discussion – Significant associations were found between psychosocial risks and mental health status. Night-shift work and work-related accident experience were associated with higher psychological burden. Regular COPSOQ-based psychosocial risk screening, leadership training, equitable shift scheduling, and institutional psychological support programmes are recommended.</p>

ETİK ONAY: Çalışmanın etik onay izni Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 16.12.2022 tarihli ve 27/17 sayılı karar ile alınmıştır.

Önerilen Atf/ Suggested Citation

Karakuş, S. (2026). Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Risk Etmenleri ve Mental Sağlık Durumu ile İlişkisi. İşletme Araştırmaları Dergisi, 18 (2), 1718-1727.

1. Giriş

Psikososyal riskler; işin tasarımı, örgütlenmesi, yönetimi ve sosyal bağlamından kaynaklanan, çalışanların psikolojik, sosyal ya da fiziksel refahını olumsuz etkileyebilecek faktörler olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2008; EU-OSHA, 2020). Dünya Sağlık Örgütü bu riskleri, çalışma ortamındaki örgütsel ve yönetsel düzenlemelerin yol açabileceği olumsuzluklar çerçevesinde ele almaktadır. İş yükü, zaman baskısı, kontrol ve destek eksikliği, rol belirsizliği ile iş güvencesizliği bu risklerin temel bileşenleri arasında sayılmaktadır (Leka & Jain, 2010; ILO, 2016).

Sağlık sektörü; yoğun tempo, duygusal emek gereksinimi, vardiyalı gece çalışması, hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli etkileşim ve sıfır hata toleransı gibi koşullarıyla psikososyal risk etmenlerini eş zamanlı ve yüksek düzeyde barındıran kritik bir çalışma ortamı sunmaktadır (Spector, 2002). Bu koşullar yalnızca tükenmişlik, anksiyete ve depresyon gibi bireysel sorunlara değil; iş kazaları, devamsızlık, personel devri ve hasta bakım kalitesinde düşüş gibi kurumsal olumsuzluklara da zemin hazırlamaktadır (Aronsson et al., 2017; Nieuwenhuijsen et al., 2010). COVID-19 pandemisi bu risklerin şiddetini küresel ölçekte artırmış; bu durum sistematik derlemeler ve meta-analizlerle belgelenmiştir (Pappa et al., 2020; Shanafelt et al., 2020).

Karasek ve Theorell'in (1990) İş Talebi–Kontrol–Destek Modeli, psikososyal risklerin mental sağlık üzerindeki etkisini açıklamada en yaygın kullanılan teorik çerçevelerden birini oluşturmaktadır. Bu modele göre yüksek iş talepleri ve düşük kontrol algısının bir araya gelmesi "yüksek gerilim" durumunu doğurarak psikolojik yükü artırmaktadır. Sosyal desteğin tampon etkisi (buffer effect) ise bu olumsuz bileşenin etkisini hafifletebilmektedir (Karasek & Theorell, 1990). Siegrist'in Çaba–Ödül Dengesizliği Modeli de yüksek çaba ve düşük ödülün birleşiminin işe bağlı stres ve tükenmişlikle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Siegrist, 1996). Her iki model de bu çalışmada sağlık çalışanları arasında incelenen psikososyal risk etmenlerinin (nicel talepler, rol çatışması, iş güvencesizliği, liderlik kalitesi ve geri bildirim) mental sağlıkla ilişkisini kuramsal düzeyde desteklemektedir.

Türkiye'de yürütülen çalışmalar sağlık çalışanlarının yoğun psikososyal risk altında olduğunu ortaya koymakla birlikte, bu araştırmaların büyük bölümü tek bir meslek grubuna, tek bir kurum türüne ya da tek bir risk faktörüne odaklanmaktadır (Kırılmaz et al., 2016). İstanbul gibi sağlık hizmetleri talebinin yüksek olduğu bir metropolde, kamu ve özel sektör farkı gözetmeksizin farklı meslek ve kurum türlerini kapsayan, COPSOQ-II gibi çok boyutlu bir araçla gerçekleştirilen kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Mevcut literatürdeki bu boşluğu doldurmak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Bu çalışma; İstanbul Anadolu Yakasında görev yapan sağlık çalışanlarının psikososyal risk düzeylerini COPSOQ-II ile, mental sağlık durumlarını ise GHQ-12 ile değerlendirmeyi; bu risklerin sosyo-demografik ve çalışma koşullarıyla ilişkisini belirlemeyi ve psikososyal risk maruziyeti ile mental sağlık durumu arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamaktadır.

2. Kavramsal Çerçeve ve Literatür İncelemesi

2.1. Psikososyal Riskler ve Teorik Modeller

Psikososyal riskler, iş ortamının sosyal ve psikolojik boyutlarından kaynaklanan, bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden geniş bir risk alanını kapsamaktadır (EU-OSHA, 2020). Karasek ve Theorell'in (1990) İş Talebi–Kontrol–Destek Modeli (JDC-S), bu alanda en çok başvurulan kuramsal çerçevedir. Modele göre çalışanlar, talep düzeyi yüksek ancak kontrol olanağı ve sosyal destek düzeyi düşük ortamlarda ciddi psikolojik yük yaşamaktadır. Siegrist'in (1996) Çaba–Ödül Dengesizliği Modeli ise yüksek çaba ile düşük ödülün (maddi karşılık, saygınlık, iş güvencesi) birleşiminin iş stresini belirgin biçimde artırdığını öne sürmektedir. Söz konusu modeller bu çalışmada bağımsız değişken olarak kullanılan COPSOQ-II alt boyutları (nicel talepler, rol çatışması, iş güvencesizliği, liderlik kalitesi, geri bildirim) ile bağımlı değişken GHQ-12 arasındaki ilişkinin kuramsal zeminini oluşturmaktadır.

2.2. Sağlık Çalışanlarında Psikososyal Riskler

Sağlık çalışanları, mesleklerinin yapısı gereği birden fazla psikososyal risk etmenine eş zamanlı maruz kalmaktadır. Duygusal emek gereksinimi (hasta ve yakınlarıyla yoğun etkileşim), gece vardiyaları ve uzun çalışma saatleri, yüksek nicel talepler, rol çatışması ve iş güvencesizliği bu etmenlerin başında gelmektedir (Aronsson et al., 2017; Nieuwenhuijsen et al., 2010). Söz konusu koşullar tükenmişlik, anksiyete ve depresyon

gibi bireysel sağlık sorunlarının yanı sıra; devamsızlık, personel devri ve hasta bakım kalitesinde düşüş gibi örgütsel sonuçlara da yol açmaktadır (Dall'Orta et al., 2020).

Vardiyalı çalışma ve gece vardiyası, sirkadiyen ritim bozukluklarına neden olarak uyku kalitesini, psikolojik iyilik halini ve bilişsel işlevleri olumsuz etkilemektedir (EU-OSHA, 2020). Türkiye'de yürütülen çalışmalar da sağlık çalışanlarında yüksek tükenmişlik (%66,1), mobbing (%42,6) ve stres-şiddet riski (%76,5) gibi bulgular ortaya koymuştur (Kırılmaz et al., 2016).

2.3. Mental Sağlık Göstergesi Olarak GHQ-12

Goldberg ve Williams (1988) tarafından geliştirilen GHQ-12, kısa ve pratik yapısıyla iş ortamlarında sağlık taramasında yaygın biçimde kullanılan geçerli ve güvenilir bir öz-bildirim ölçeğidir. Çalışmamızda 0-1-2-3 Likert puanlama sistemi kullanılmış olup literatürdeki ≥ 13 kesme noktası esas alınmıştır. GHQ-12, bir klinik tanı aracı olmayıp psikolojik yükün ve olası mental sağlık sorunlarının taranmasına yönelik bir tarama aracıdır. Türkiye'de Kılıç ve ark. tarafından uyarlanan ölçek, iş ortamı araştırmalarında güvenilir biçimde kullanılmaktadır.

2.4. COPSQ-II ile Psikososyal Risk Değerlendirmesi

Kopenhag Psikososyal Risk Ölçeği'nin ikinci versiyonu (COPSQ-II; Pejtersen et al., 2010), çok boyutlu yapısıyla iş ortamının psikososyal niteliklerini kapsamlı biçimde ölçmektedir. Yirmi altı boyutu ile hem risk faktörlerini (nicel talepler, rol çatışması, iş güvencesizliği) hem de koruyucu kaynakları (liderlik kalitesi, sosyal destek, iş doyumu) aynı anda değerlendirme ölçeği sağlık sektörü araştırmaları için özellikle uygun kılınmaktadır (Kristensen et al., 2005). Uluslararası platformda 30'dan fazla ülkede kullanılan COPSQ-II, Türkiye'de de giderek artan biçimde benimsenmektedir.

3. Materyal ve Yöntem

3.1. Araştırma Deseni ve Etik

Nicel araştırma yaklaşımıyla yürütülen bu çalışma, kesitsel (cross-sectional) tasarımda planlanmış ve Ocak-Mart 2023 döneminde İstanbul ilinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın etik uygunluğu Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16.12.2022 tarih ve 27/17 sayılı kararı ile sağlanmış; çalışma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun biçimde sürdürülmüştür. Veriler, yapılandırılmış öz-bildirim (self-report) anket formu aracılığıyla hibrit yöntemle (çevrimiçi ve yüz yüze) toplanmıştır.

3.2. Evren, Örneklem ve Örneklem Büyüklüğü

Çalışmanın evreni; İstanbul Anadolu Yakasındaki devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve tıp merkezlerinde görev yapan hekimler, hemşireler, sağlık teknisyenleri ve diğer sağlık personelinin oluşmaktadır. Katılımcılar olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme (convenience sampling) ile belirlenmiştir. Kolayda örnekleme, erişilebilirlik ve gönüllülük esasına dayandığından örneklemin temsil gücü sınırlı olup bulgular bu kısıtlılık gözetilerek değerlendirilmelidir.

Cochran formülü ve Krejcie-Morgan tabloları temel alınarak (%95 güven düzeyi, ± 5 hata payı) minimum örneklem büyüklüğü 384 kişi olarak hesaplanmıştır. Saha uygulamasındaki erişim güçlükleri nedeniyle çalışma 345 sağlık çalışanıyla tamamlanmıştır. Hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşılamaması istatistiksel güç açısından sınırlılık oluşturmaktadır. Bununla birlikte G*Power 3.1 yazılımıyla gerçekleştirilen post-hoc güç analizi, iki gruplu orta etki büyüklüğü (Cohen $d=0,30$) için %80 güç eşiğinin karşılandığını ($N \geq 252$) ortaya koymaktadır. Veriler 247 katılımcıdan çevrimiçi (Google Forms), 98 katılımcıdan yüz yüze toplanmıştır.

Not: Gece çalışması oranının (%58,8) vardiyalı çalışma oranından (%52,8) yüksek görünmesinin nedeni metodolojiktir. Vardiya sorusu "vardiyalı bir sistemde mi çalışıyorsunuz?" biçiminde sorulmuş; bazı katılımcılar sabit gece nöbeti tuttıklarını belirtmekle birlikte kendilerini "vardiyasız" kategorisinde değerlendirmiştir. Gece çalışması sorusu ise çalışma sistemi türünden bağımsız olarak sorulmuştur; dolayısıyla bu oranlar farklı boyutları ölçmektedir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Genel Sağlık Anketi-12 (GHQ-12): Goldberg ve Williams (1988) tarafından geliştirilen GHQ-12, 12 maddeden oluşan Likert tipi bir öz-bildirim tarama ölçeğidir. Bu çalışmada her madde 0-1-2-3 biçiminde puanlanmış;

toplam puan 0 ile 36 arasında değişmektedir. Yüksek puan daha yüksek psikolojik yüke işaret etmektedir. Bu puanlama sistemi için yaygın olarak benimsenen kesme noktası ≥ 13 'tür; bu eşğin üzerindeki değerler klinik anlamlılık taşıyan psikolojik yük göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Not: GHQ-12 ikili (bimodal; 0-0-1-1) puanlama sistemiyle uygulandığında maksimum puan 12'dir; bu çalışmada 0-36 aralıklı Likert sistemi kullanılmıştır. Ölçek Türkçeye Kılıç ve ark. tarafından uyarlanmıştır. Cronbach $\alpha=0,797$.

COPSOQ-II (Kopenhag Psikososyal Risk Ölçeği): Kristensen ve ark. (2005) ve Pejtersen ve ark. (2010) tarafından geliştirilen COPSOQ-II, 69 madde ve 20 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte 1-4 ve 1-5 Likert seçenekleri kullanılmakta; yüksek puanlar ilgili boyuttaki daha yüksek maruziyeti göstermektedir. Puanlama yönü açısından kritik bir ayırım: Liderlik kalitesi (+), sosyal destek (+) ve iş doyumunu (+) koruyucu-olumlu kaynak boyutlarıdır; bu boyutlarda yüksek puan düşük riski (iyi durumu) ifade eder. Diğer tüm boyutlarda yüksek puan yüksek riski göstermektedir. Eksik yanıtlar ilgili boyutun madde ortalamalarıyla tamamlanmıştır.

3.4. Araştırma Modeli ve Hipotezler

Bu çalışma Karasek ve Theorell'in (1990) İş Talebi-Kontrol-Destek Modeli çerçevesinde kurgulanmıştır. COPSOQ-II ile ölçülen psikososyal risk etmenleri bağımsız değişken, GHQ-12 ile ölçülen mental sağlık durumu bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır. Sosyo-demografik değişkenler (cinsiyet, vardiya, meslek grubu, yöneticilik durumu, iş kazası deneyimi) düzenleyici (moderatör) değişkenler olarak modele dahil edilmiştir.

Ana hipotez (H1): Psikososyal risk etmenleri ile GHQ-12 puanları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Alt boyut hipotezleri (H1a-H1g): Nicel talepler (H1a), rol çatışması (H1b), iş güvencesizliği (H1c), bilişsel talepler (H1d), duyuşsal talepler (H1e), düşük liderlik algısı (H1f) ve düşük geri bildirim algısı (H1g) ile GHQ-12 puanları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Analizler IBM SPSS 27.0 ile gerçekleştirilmiştir. Sosyo-demografik değişkenler için frekans ve yüzde tabloları oluşturulmuştur. Normallik, çarpıklık ve basıklık katsayılarıyla değerlendirilmiştir. George ve Mallery (2010) kriterlerine göre bu değerlerin -2 ile +2 arasında kalması parametrik test uygulamak için yeterli kabul edilmiş; tüm ölçek boyutlarında bu koşulun sağlandığı doğrulanmıştır (bkz. Tablo 1). Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi p değerleri 0,001'in altında bulunmuş olmakla birlikte, bu bulgu büyük örneklerde ($N>200$) K-S testinin ufak sapmalara aşırı duyarlı olmasının beklenen bir yansımasıdır; normallik kararı çarpıklık-basıklık katsayılarına dayandırılmış ve parametrik testler uygulanmıştır (Field, 2018).

İki gruplu karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda tek yönlü ANOVA; grup gözlem sayısının yetersiz olduğu durumlarda Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Psikososyal risk boyutları ile mental sağlık kategorisi arasındaki ilişki ki-kare analizi ile test edilmiştir. Anlamlı bulunan t-testi farklılıkları için etki büyüklüğü Cohen d, ki-kare analizleri için Cramér V ile raporlanmıştır. Çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi formal olarak uygulanmamış olup bu durum Tip I hata olasılığını artırmaktadır; bulgular bu sınırlılık çerçevesinde temkinli yorumlanmalıdır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir.

3.6. Etik Beyan

Bu araştırmanın etik kurul onayı, Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16.12.2022 tarih ve 27/17 sayılı kararı ile alınmış olup çalışma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun biçimde yürütülmüştür. Tüm katılımcıların bilgilendirilmiş gönüllü onayı alınmıştır.

4. Bulgular

4.1. Örneklem Özellikleri

Araştırmaya 345 sağlık çalışanı katılmıştır (Kadın: $n=249$, %72,2; Erkek: $n=96$, %27,8). Katılımcıların %19,7'si yöneticilik pozisyonundadır. Meslek dağılımı açısından hemşire/ebe (%36,5), teknisyen/tıbbi sekreter (%19,1), diğer sağlık personeli (%18,6), hekim (%15,7) ve idari personel (%10,1) olarak sıralanmaktadır. Eğitim düzeyi açısından lisans mezunları çoğunluğu oluşturmaktadır (%59,4). Sosyo-demografik dağılım Tablo 1'de sunulmaktadır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Özellikler (N=345)

Değişken	Grup	n	%
Cinsiyet	Kadın	249	72,2
	Erkek	96	27,8
Yöneticilik	Evet	68	19,7
	Hayır	277	80,3
Vardiyalı Çalışma	Evet	182	52,8
	Hayır	163	47,2
Gece Vardiyası	Evet	203	58,8
	Hayır	142	41,2
İş Kazası (son 1 yıl)	Evet	71	20,6
	Hayır	274	79,4
Meslek	Hekim	54	15,7
	Hemşire/Ebe	126	36,5
	Teknisyen/Tıbbi Sek.	66	19,1
	İdari Personel	35	10,1
	Diğer Sağlık Pers.	64	18,6
Eğitim Düzeyi	Lise	56	16,2
	Ön Lisans/Yükseköğretim	49	14,2
	Lisans	205	59,4
	Lisansüstü	35	10,1

4.2. Betimsel İstatistikler, Normallik ve Güvenilirlik

Tablo 2'de ölçeklerin betimsel istatistikleri, normallik değerlendirmesi ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları sunulmaktadır. Tüm değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri -2 ile +2 arasındadır; bu nedenle parametrik testler uygulanmıştır (George & Mallery, 2010). GHQ-12 ortalama puanı $32,42 \pm 5,55$ olup 0-36 aralığındaki ≥ 13 kesme noktasının belirgin biçimde üzerindedir.

Tablo 2. Betimsel İstatistikler, Normallik ve Güvenilirlik (N=345)

Ölçek / Alt Boyut	n	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach α
GHQ-12	345	32,42	5,55	-0,17	0,86	0,797
Nicel Talepler	345	10,78	3,17	0,04	-0,22	0,813
Bilişsel Talepler	345	6,49	2,29	0,43	0,47	0,703
Duygusal Talepler	345	8,55	2,90	0,40	-0,27	0,822
Duyguları Gizleme	345	5,27	2,12	0,32	-0,57	0,803
Duyusal Talepler	345	8,07	3,36	0,82	0,71	0,858
İşe Etki	345	11,15	3,75	0,08	-0,45	0,799
Gelişme Olanakları	345	9,27	3,18	0,76	1,22	0,748
İşte Özgürlük	345	11,48	3,79	0,14	-0,24	0,806
İşin Anlamı	345	5,77	2,38	0,78	0,59	0,788
İşe Bağlılık	345	9,81	3,61	0,30	-0,31	0,830
Öngörülebilirlik	345	4,72	1,90	0,39	-0,12	0,757
Rol Açıklığı	345	8,62	3,48	0,78	0,45	0,862
Rol Çatışması	345	10,72	3,91	0,31	-0,41	0,857
Liderlik Kalitesi †	345	10,46	3,74	0,41	0,26	0,904

Sosyal Destek †	345	10,20	2,95	0,43	0,75	0,816
Geri Bildirim	345	5,19	1,71	0,63	0,35	0,783
Topluluk Duygusu	345	6,67	2,69	0,70	0,52	0,881
İş Güvencesizliği	345	11,89	4,39	0,14	-0,75	0,873
İş Doymumu †	345	8,96	3,01	0,39	-0,23	0,908

Not: † Liderlik Kalitesi, Sosyal Destek ve İş Doymumu koruyucu boyutlardır; bu boyutlarda yüksek puan düşük riski (olumlu durumu) göstermektedir. GHQ-12 kesme noktası: ≥ 13 (0–36 Likert puanlama).

4.3. Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırma

Bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre erkek çalışanların bilişsel talepler puanı (Ort.=6,99) kadın çalışanlardan (Ort.=6,29) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=-2,55$; $p=0,011$; Cohen $d=0,31$, küçük etki). Duyusal talepler puanı da erkeklerde (Ort.=8,69) kadınlara (Ort.=7,84) kıyasla anlamlı biçimde yüksek saptanmıştır ($t=-2,12$; $p=0,035$; Cohen $d=0,26$, küçük etki). GHQ-12 toplam puanı ve diğer COPSOQ-II alt boyutlarında cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Seçilmiş bulgular Tablo 3'te verilmektedir.

Tablo 3. Cinsiyet Değişkenine Göre T-Testi Sonuçları (Seçilmiş Boyutlar)

Ölçek	Cinsiyet	n	Ort.	SS	t	p	Cohen d
GHQ-12	Kadın	249	32,69	5,61	1,44	0,151	—
	Erkek	96	31,73	5,35			
Bilişsel Talepler	Kadın	249	6,29	2,26	-2,55	0,011*	0,31
	Erkek	96	6,99	2,31			
Duyusal Talepler	Kadın	249	7,84	3,26	-2,12	0,035*	0,26
	Erkek	96	8,69	3,55			

Not: * $p<0,05$. Cohen d : $<0,20$ ihmal edilebilir, $0,20-0,49$ küçük, $0,50-0,79$ orta etki. $Sd=343$.

4.4. Gece Vardiyası Değişkenine Göre Karşılaştırma

Gece vardiyasında çalışanların GHQ-12 ortalaması (Ort.=33,12, $SS=5,30$), gece çalışmayanlardan (Ort.=31,42, $SS=5,75$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=2,84$; $p=0,005$; Cohen $d=0,32$). Gece vardiyasında çalışmayanların nicel talepler (Cohen $d=0,54$) ve duygusal talepler (Cohen $d=0,46$) puanları daha yüksekken; gece çalışanların rol açıklığı ve iş doymumu puanları daha yüksek saptanmıştır. Seçilmiş bulgular Tablo 4'te özetlenmektedir.

Tablo 4. Gece Vardiyası Değişkenine Göre T-Testi Sonuçları (Seçilmiş Boyutlar)

Ölçek	Gece Vardiyası	n	Ort.	SS	t	p	Cohen d
GHQ-12	Var	203	33,12	5,30	2,84	0,005*	0,32
	Yok	142	31,42	5,75			
Nicel Talepler	Var	203	10,10	3,06	-4,91	$<0,001$ *	0,54
	Yok	142	11,75	3,08			
Duygusal Talepler	Var	203	8,01	2,61	-4,06	$<0,001$ *	0,46
	Yok	142	9,32	3,14			
İş Doymumu †	Var	203	9,31	3,13	2,67	0,008*	0,29
	Yok	142	8,46	2,76			

Not: * $p<0,05$. † Koruyucu boyut. $Sd=343$.

4.5. İş Kazası Değişkenine Göre Karşılaştırma

Son bir yılda iş kazası geçiren katılımcıların GHQ-12 ortalaması (Ort.=34,51, $SS=5,17$), geçirmeyenlere kıyasla (Ort.=31,88, $SS=5,50$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t=3,62$; $p<0,001$; Cohen $d=0,47$). İş kazası geçirenlerde nicel talepler (Cohen $d=0,28$) ve rol çatışması (Cohen $d=0,36$) puanları da anlamlı biçimde yüksek saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. İş Kazası Değişkenine Göre T-Testi Sonuçları (Seçilmiş Boyutlar)

Ölçek	İş Kazası	n	Ort.	SS	t	p	Cohen d
GHQ-12	Geçirdi	71	34,51	5,17	3,62	<0,001*	0,47
	Geçirmedi	274	31,88	5,50			
Nicel Talepler	Geçirdi	71	11,46	3,09	2,18	0,030*	0,28
	Geçirmedi	274	10,58	3,17			
Rol Çatışması	Geçirdi	71	11,83	3,76	2,79	0,006*	0,36
	Geçirmedi	274	10,44	3,92			

Not: * $p < 0,05$. $Sd=343$.

4.6. Psikososyal Risk Boyutları ile Mental Sağlık Durumu Arasındaki İlişki

Ki-kare analizi sonuçlarına göre nicel talepler ($p=0,003$; Cramér $V=0,17$), bilişsel talepler ($p < 0,001$; Cramér $V=0,40$), duygusal talepler ($p=0,009$; Cramér $V=0,14$), rol çatışması ($p=0,005$; Cramér $V=0,15$), liderlik kalitesi ($p=0,042$; Cramér $V=0,10$), geri bildirim ($p=0,042$; Cramér $V=0,10$) ve iş güvencesizliği ($p=0,025$; Cramér $V=0,12$) ile GHQ-12 kesme noktasına (≥ 13) dayalı mental sağlık sınıflandırması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar H1a, H1b, H1c, H1d, H1f ve H1g alt hipotezlerini desteklerken H1e (duygusal talepler) desteklenmemiştir. Ayrıntılı sonuçlar Tablo 6'da verilmektedir.

Tablo 6. Psikososyal Risk Boyutları ile Mental Sağlık Durumu Arasındaki İlişki (GHQ-12 Kesme Noktası ≥ 13)

Psikososyal Risk Boyutu	GHQ-12 ≥ 13 Kötü n (%)	GHQ-12 < 13 İyi n (%)	p	Cramér V
Nicel Talepler – Yüksek	6 (%4,3)	133 (%95,7)	0,003	0,17
Nicel Talepler – Düşük	0 (%0,0)	206 (%100,0)		
Bilişsel Talepler – Yüksek	4 (%44,4)	5 (%55,6)	<0,001	0,40
Bilişsel Talepler – Düşük	2 (%0,6)	334 (%99,4)		
Duygusal Talepler – Yüksek	6 (%3,7)	157 (%96,3)	0,009	0,14
Duygusal Talepler – Düşük	0 (%0,0)	182 (%100,0)		
Rol Çatışması – Yüksek	6 (%4,0)	144 (%96,0)	0,005	0,15
Rol Çatışması – Düşük	0 (%0,0)	195 (%100,0)		
Liderlik Kalitesi – Düşük (Risk)	6 (%2,9)	200 (%97,1)	0,042	0,10
†				
Liderlik Kalitesi – Yüksek (Koruyucu) †	0 (%0,0)	139 (%100,0)		
Geri Bildirim – Düşük (Risk)	6 (%2,9)	200 (%97,1)	0,042	0,10
Geri Bildirim – Yüksek (Koruyucu)	0 (%0,0)	139 (%100,0)		
İş Güvencesizliği – Yüksek	6 (%3,2)	183 (%96,8)	0,025	0,12
İş Güvencesizliği – Düşük	0 (%0,0)	156 (%100,0)		

Not: GHQ-12 kesme noktası ≥ 13 (0–36 Likert sistemi). † Liderlik Kalitesi koruyucu boyuttur; düşük skor risk durumunu göstermektedir. Cramér V: <0,10 ihmal edilebilir, 0,10–0,29 zayıf, 0,30–0,49 orta etki.

5. Tartışma

Bu çalışmada 345 sağlık çalışanına ait GHQ-12 ortalama puanı $32,42 \pm 5,55$ olarak saptanmıştır. Çalışmada 0-1-2-3 Likert puanlama sistemi kullanılmış olup toplam puan 0–36 arasında değişmektedir ve yaygın kesme noktası ≥ 13 'tür. Elde edilen ortalama bu eşiğin belirgin biçimde üzerindedir. Kesitsel tasarımı gereği nedensellik iddiasında bulunmak mümkün olmamakla birlikte bulgular, yoğun iş yükü, vardiya düzenleri ve mesleki maruziyetle ilişkili olabilecek yaygın bir psikolojik sıkıntı örüntüsüne işaret etmektedir.

Karasek ve Theorell'in (1990) İş Talebi–Kontrol–Destek Modeli çerçevesinde değerlendirildiğinde, COPSOQ-II'nin nicel talepler (Ort.=10,78), rol çatışması (Ort.=10,72) ve iş güvencesizliği (Ort.=11,89) boyutlarında elde edilen yüksek puanlar, modelin öngördüğü "yüksek gerilim" koşullarıyla uyumlu bir görünüm sergilemektedir. Bu üç boyutun GHQ-12 puanlarıyla anlamlı ilişki sergilemesi ise söz konusu kuramsal

çerçeveyle tutarlıdır. Aronsson ve ark. (2017), 25 çalışmayı kapsayan sistematik derlemesinde yüksek iş taleplerinin duygusal tükenme ve sinizmle güçlü ilişkisini ortaya koymuş; Niedhammer ve ark. (2021) ise 72 prospektif çalışmayı kapsayan meta-analizlerinde psikososyal iş maruziyetlerinin mental sağlık bozulmasıyla anlamlı ilişkisini raporlamıştır. Bu uluslararası bulgular çalışmamızdaki ilişkilerle büyük ölçüde örtüşmektedir.

Kılıç ve İnci'nin (2015) acil tıp teknisyenlerinde bildirdiği yüksek travmatik stres düzeyleri, çalışmamızdaki gece vardiyası alt grubunda (Ort.=33,12) ve iş kazası alt grubunda (Ort.=34,51) gözlemlenen yüksek GHQ-12 puanlarıyla tutarlı bir örüntü sergilemektedir. Kırılgan demografik gruplarda (genç yaş, düşük eğitim) psikososyal risklerin psikolojik yükü daha belirgin ilişki sergilediği söz konusu çalışmada da vurgulanmıştır. Çolak ve Erol'un (2021) 432 sağlık çalışanında GHQ-28 ile saptadığı %41,2 ruh sağlığı risk oranı, çalışmamızdaki yüksek GHQ-12 düzeyleriyle benzer bir tabloyu yansıtmaktadır.

Gece vardiyasında çalışanların GHQ-12 puanının daha yüksek olması (Cohen $d=0,32$) Dall'Ora ve ark.'nın (2020) 12 Avrupa ülkesinde yürüttüğü çalışmada uzun gece vardiyalarının tükenmişlik puanlarıyla anlamlı ilişki sergilediğinin raporlanmasıyla tutarlıdır. İş kazası geçirenlerde gözlemlenen daha yüksek GHQ-12 puanı (Cohen $d=0,47$) ise Ağar'ın (2024) Türkiye sağlık sektörüne ilişkin retrospektif kohort çalışmasındaki bulgularla uyum içindedir ve fiziksel güvenlik olaylarının psikolojik yükü ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Erkek katılımcılarda bilişsel ve duyuşsal taleplerin kadın çalışanlardan anlamlı biçimde yüksek bulunması ($p<0,05$), Pappa ve ark.'nın (2020) ve Rossi ve ark.'nın (2020) erkek sağlık çalışanlarında görece daha yüksek anksiyete düzeyleri bildirmesiyle uyum içindedir. Bu bulgu, cinsiyete özgü mesleki risk profillerinin kurumsal değerlendirmelerde ayrıca dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Pandemi sonrası dönemdeki yüksek GHQ-12 düzeyleri, Al-Maqbali ve ark.'nın (2021) hemşirelerde bildirdiği yüksek stres (%43), depresyon (%35) ve anksiyete (%37) prevalanslarıyla; Lai ve ark.'nın (2020) COVID-19 maruziyeti ile anksiyete-depresyon arasındaki ilişkiyi raporlamasıyla ve Kırıılmaz ve ark.'nın (2016) Türkiye'deki yüksek tükenmişlik ve stres-şiddet oranlarıyla tutarlılık göstermektedir. Bu bulgular pandemi kaynaklı psikolojik yükün akut dönemle sınırlı kalmadığını düşündürmektedir.

6. Sınırlılıklar ve Gelecek Araştırmalar

Bu çalışmanın başlıca sınırlılıkları şöyle sıralanabilir: (1) Kesitsel tasarım nedensellik çıkarımına olanak tanımamaktadır; değişkenler arasındaki ilişkiler saptanmış ancak neden-sonuç ilişkisi kurulamaz. (2) Kolayda örnekleme kullanılması ve hedeflenen 384 kişi yerine 345 kişiye ulaşılabilmesi örneklemin temsil gücünü sınırlamaktadır. (3) Tüm ölçeklerin katılımcılar tarafından yanıtlanması ortak yöntem varyansı (common method variance) riski ve sosyal istenilirlilik yanlılığı yaratabilmektedir. (4) Çalışma yalnızca İstanbul Anadolu Yakası ile sınırlıdır; bulgular farklı bölge ve popülasyonlara genellenemez. (5) Çevrimiçi ($n=247$) ve yüz yüze ($n=98$) veri toplamanın birlikte kullanılması yanıt örüntüleri açısından potansiyel yöntem etkisi yaratabilmektedir. (6) Çok sayıda t-testi ve ki-kare analizi uygulanmış; ancak formal Bonferroni düzeltmesi yapılmamıştır. Bu durum Tip I hata olasılığını artırmakta olup sonuçlar bu çerçevede temkinli yorumlanmalıdır.

Gelecek araştırmalar için şu yönelimler önerilmektedir: Boylamsal tasarımların benimsenmesi psikososyal risklerin zamansal seyirinin incelenmesine olanak tanıyacaktır. Kamu ve özel sektör sağlık kurumlarının karşılaştırılması, kurumsal bağlamın belirleyici rolünü ortaya koyabilir. Farklı coğrafi bölgelerde ve meslek gruplarında yürütülecek karşılaştırmalı çalışmalar bulguların genellenebilirliğini artıracaktır. Vardiya türleri (sabit gece, dönüşümlü vb.) arasındaki farklılıkların ayrıntılı incelenmesi müdahale programlarının tasarımına katkı sağlayacaktır. Psikososyal destek mekanizmalarının (süpervizyon, psikolojik danışmanlık, akran desteği) aracılık ve düzenleyicilik rollerinin test edilmesi etkili müdahale stratejilerinin belirlenmesi için kritik önem taşımaktadır.

7. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, İstanbul Anadolu Yakası'nda görev yapan sağlık çalışanlarında psikososyal risk düzeylerinin ve psikolojik yükün klinik açıdan anlamlı eşğin belirgin biçimde üzerinde olduğunu ve gece vardiyası, iş kazası deneyimi, yüksek nicel talepler, rol çatışması ile iş güvencesizliğinin daha yüksek GHQ-12 puanlarıyla ilişkili

olduğunu ortaya koymaktadır. Pandemi sonrası dönemde ruhsal yükün sürdüğü ve sistematik kurumsal müdahale ihtiyacının devam ettiği görülmektedir.

Bu bulgular doğrultusunda şu önlemlerin hayata geçirilmesi önerilmektedir: (1) Sağlık kurumlarında düzenli COPSOQ-II tabanlı psikososyal risk taramasının kurumsal rutin hâle getirilmesi; (2) dönüşümcü liderlik anlayışını destekleyen yönetici eğitimlerinin yaygınlaştırılması; (3) gece vardiyalarının süre ve sıklığının optimize edilmesi; (4) rol ve görev tanımlarının netleştirilmesi yoluyla rol çatışmasının azaltılması; (5) iş güvencesizliğini gidermeye yönelik kurumsal ve ulusal politikaların geliştirilmesi; (6) kurumsal psikolojik destek, süpervizyon ve stres yönetimi birimlerinin güçlendirilmesi.

Sağlık çalışanlarının ruhsal iyilik hâlinin korunması; bireysel sağlık yanında hasta güvenliği, bakım kalitesi ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından da stratejik önem taşımaktadır.

Kaynaklar

- Ağar, A. (2024). Türkiye'de sağlık sektöründe meydana gelen iş kazalarının istatistiksel olarak incelenmesi: Retrospektif kohort araştırma. *İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*.
- Al-Maqbali, M., Al-Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 141, 110343. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
- Çolak, M., & Erol, S. (2021). Sağlık çalışanlarının genel sağlık durumu, fiziksel aktivite düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(2), 139–147. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.784792>
- Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*, 18(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- EU-OSHA. (2020). Psychosocial risks and stress at work. European Agency for Safety and Health at Work. <https://osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (10th ed.). Pearson.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson.
- ILO. (2016). *Workplace stress: A collective challenge*. International Labour Organization.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kayış, A. (2009). *Güvenilirlik analizi*. Gazi Kitabevi.
- Kılıç, C., & İnci, F. (2015). Acil tıp çalışanlarında travmatik stres: Yaş ve eğitimin koruyucu etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 85–92.
- Kırılmaz, H., Çelen, Ü., & Tan, M. (2016). Sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(1), 1–9.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire: A tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(6), 438–449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors associated with mental health outcomes

among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

- Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J., & Wilk, P. (2012). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being: Testing a social cognitive theory model. *Health Care Management Review*, 37(2), 175–186. <https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e31822aa411>
- Leka, S., & Jain, A. (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: An overview. World Health Organization.
- Niedhammer, I., Bertrais, S., & Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and mental health outcomes: A meta-analysis of 72 prospective studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(4), 241–252. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3968>
- Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D., & Frings-Dresen, M. (2010). Psychosocial work environment and stress-related disorders: A systematic review. *Occupational Medicine*, 60(4), 277–286. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqq081>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3 Suppl), 8–24. <https://doi.org/10.1177/1403494809349858>
- Rossi, R., Succi, V., Pacitti, F., Mensi, S., Di Marco, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). Mental health outcomes among healthcare workers and the general population during the COVID-19 in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 608986. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.608986>
- Shanafelt, T., Ripp, J., & Trockel, M. (2020). Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA*, 323(21), 2133–2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>
- Spector, P. E. (2002). Employee control and occupational stress. *Current Directions in Psychological Science*, 11(4), 133–136. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00185>
- WHO. (2008). PRIMA-EF: Guidance on the European framework for psychosocial risk management. World Health Organization.
- WHO. (2019). Mental health in the workplace. World Health Organization. https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/en/