



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

YÖNETİM VE ORGANİZASYON BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KAPALI ORTAMDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN SAĞLIK
KAYGISINA BAĞLI TÜKENMİŞLİKLERİNDE PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIĞIN ARACI ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İbrahim ÇAKMAK

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Altuğ ÇAĞATAY

TOKAT-2024

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr. Öğr. Üyesi Altuğ ÇAĞATAY danışmanlığında hazırlamış olduğum “Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Kaygısına Bağlı Tükenmişliklerinde Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

.../.../...

İbrahim ÇAKMAK

JÜRİ KABUL VE ONAY

İbrahim ÇAKMAK tarafından hazırlanan “**Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Kaygısına Bağlı Tükenmişliklerinde Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı **23/09/2024** tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

İlk olarak tez çalışması sürecimde yardımlarını esirgemeyen ve değerli bilgilerini benimle paylaşan saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Altuğ ÇAĞATAY'a teşekkür ederim. Hayatımın her aşamasında desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yol gösteren, beni cesaretlendiren ve her koşulda yanımda olduklarını hissettiğim canım eşim Burcu ÇAKMAK ve çocuklarım Elif Nisa ÇAKMAK ile Hasan Kerem ÇAKMAK'a sonsuz teşekkür ederim.



İbrahim ÇAKMAK

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KAPALI ORTAMDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN SAĞLIK KAYGISINA BAĞLI TÜKENMİŞLİKLERİNDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN ARACI ROLÜ

İbrahim ÇAKMAK

Yüksek Lisans, İşletme Anabilim Dalı Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Altuğ ÇAĞATAY

Eylül 2024, xiv + 107 sayfa

Kapalı ortamda görev yapan sağlık çalışanlarının sağlık kaygılarına bağlı olarak yaşamış oldukları tükenmişlik hallerinde psikolojik sağlamlığın etkin bir rol üstlenip üstlenmediğine ilişkin alan çalışmasıdır.

Çalışmada sağlık kaygısı, tükenmişlik ile psikolojik sağlamlık etkenlerinin bağlantılarının belirlenebilmesi amacıyla anket yöntemi uygulanmıştır. Araştırma, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesinde görev yapmakta olan 348 sağlık çalışanından toplanan verilerle yürütülmüştür. Araştırmaya katkıda bulunan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerini belirlemek amacıyla “Kişisel Bilgi Formu”, sağlık kaygısı düzeyini belirlemek amacıyla “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Form”, tükenmişlik düzeylerini belirlemek amacıyla “Maslach Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği”, psikolojik dayanıklılıklarını belirlemek amacıyla da “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin Analizleri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 ve Analysis of Moment Structures (AMOS) 21 Graphics istatistik programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri ile doğrusallık varsayımını kontrol etmek amacıyla saçılma diyagramı matrisi incelenmiştir. Değişkenler arası ilişkilerin tespiti için korelasyon analizinden faydalanılmıştır. Araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi kullanılmıştır.

Bulgu: Psikolojik sağlamlığın sağlık kaygısı ile tñkenmiřlik arasındaki ilişkiye aracılık ettiği, psikolojik sağlamlık ve sağlık kaygısı değişkenlerinin kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tñkenmiřliklerine ilişkin toplam varyansın %38'ini açıkladığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kapalı Ortam, Sağlık Personeli, Sağlık Kaygısı, Tñkenmiřlik, Psikolojik Sağlamlık.



ABSTRACT
MASTER'S THESIS

**THE MEDIATORY ROLE OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE IN BURNOUT
DUE TO HEALTH ANXIETY OF HEALTH CARE PERSONNEL WORKING IN
CLOSED ENVIRONMENTS**

İbrahim ÇAKMAK

Master's Thesis, Business Administration Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Altuğ ÇAĞATAY

September 2024, xiv + 107 pages

This is a field study on whether psychological resilience plays an active role in the burnout experienced by healthcare professionals working in closed environments due to health concerns. In the study, a survey method was applied in order to determine the connections between health anxiety, burnout and psychological resilience factors. The research was conducted with data collected from 348 healthcare professionals working at Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital. The “Personal Information Form” was used to determine the demographic characteristics of the healthcare professionals who contributed to the research, the “Health Anxiety Scale Short Form” was used to determine their health anxiety levels, the “Maslach Burnout Level Scale” was used to determine their burnout levels, and the “Psychological Resilience Scale for Adults” was used to determine their psychological resilience. Data analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 and Analysis of Moment Structures (AMOS) 21 Graphics statistical programs. Kurtosis and Skewness values were examined to determine whether the research variables showed normal distribution, and the scatter diagram matrix was examined to check the linearity assumption. Correlation analysis was used to determine the relationships between variables. Structural equation modeling was used to test the research hypotheses.

Finding: It was found that psychological resilience mediates the relationship between health anxiety and burnout, and that psychological resilience and health anxiety

variables explain 38% of the total variance in burnout among healthcare personnel working in closed environments.

Keywords: Indoor Environment, Healthcare Personnel, Health Anxiety, Burnout, Psychological Resilience.



İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME	ii
JÜRİ KABUL VE ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	xiv
GİRİŞ	1
ARAŞTIRMANIN AMACI	2
ARAŞTIRMA PROBLEMİ	3
ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	3
ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE GEREKÇESİ	5
ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	6
VARSAYIMLAR.....	6
TERİM VE TANIMLAR	6
BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	8
1.1 Kapalı Ortam	8
1.2 Kapalı Ortamın Birey Üzerindeki Etkileri	8
1.2 Kapalı Ortamın Sağlık Çalışanlarına Etkisi	9
1.3 Kaygı ve Sağlık Kaygısı Kavramları	10
1.4 Kaygı Düzeyleri	11
1.4.1 Hafif Kaygı.....	11
1.4.2 Orta Düzeyde Kaygı.....	11
1.4.3 Şiddetli Düzeyde Kaygı	12
1.4.4 Panik.....	12
1.5 Sağlık Kaygısının Boyutları	12
1.6 Sağlık Kaygısı Belirtileri.....	13
1.7 Sağlık Kaygısı Modelleri	14
1.7.1 Kişilerarası Model	14
1.7.2 Bilişsel-Davranışçı Model.....	16

1.8 Sağlık Kaygısının Yaygınlığı	18
1.9 Sağlık Kaygısının Tedavisi	18
1.10 Sağlık Kaygısı İle İlgili Yapılan Araştırmalar	19
1.11 Tükenmişlik Kavramı.....	19
1.12 Tükenmişliğin Alt Boyutları	21
1.12.1 Duygusal Tükenme	21
1.12.2 Duyarsızlaşma	22
1.12.3 Kişisel Başarı	22
1.13 Tükenmişlik Belirtileri	23
1.13.1 Psikolojik-Duygusal Belirtiler	23
1.13.2 Davranışsal Belirtiler	24
1.13.3 Fiziksel Belirtiler.....	24
1.14 Tükenmişlik İle İlgili Yapılan Araştırmalar.....	25
1.15 Tükenmişlikle Başa Çıkma ve Önleme Yöntemleri.....	26
1.16 Psikolojik Sağlamlık Kavramı	27
1.16.1 Risk Faktörleri.....	28
1.16.2 Koruyucu Faktörler	28
1.17 Psikolojik Sağlamlığın Boyutları	30
1.18 Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Yüksek Bireylerin Özellikleri	31
1.19 Psikolojik Sağlamlık İle İlgili Yapılan Araştırmalar	31
BÖLÜM 2. YÖNTEM	34
2.1 Araştırma Yöntemi ve Modeli	34
2.2 Evren ve Örneklem	35
2.3 Veri Toplama Teknikleri ve Araçları	37
2.3.1 Kişisel Bilgi Formu	37
2.3.2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)	37
2.3.3 Maslach Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği.....	38
2.3.4 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	38
2.4 Verilerin Analizi.....	39
2.5 Araştırmanın Etik Yönü, Süreç ve Uygulama.....	40
2.6 Geçerlilik ve Güvenilirlik	40
BÖLÜM 3: BULGULAR	42
3.1 Demografik Özelliklere Göre Bulgular.....	46

3.2 Sağlık Personelinin Sağlık Kaygısı ile Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlamlığı Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular	51
3.3 Ölçme Modeli.....	58
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	70
4.1 Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Kaygıları ile Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlıklarının Aracılık Rolünün Tartışılması	70
4.2 Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Cinsiyet, Medeni Durum, Kapalı Ortam, Gün Işığı, Eğitim Düzeyi ve Branşa Göre Sağlık Kaygısı Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	71
4.3 Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Gün Işığı, Branş, Cinsiyet, Medeni Durum, Kapalı Ortam, Eğitim Düzeyi Göre Tükenmişlik Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	72
4.4 Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Cinsiyet, Branş, Medeni Durum, Kapalı Ortam, Gün Işığı ve Eğitim Düzeyine Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması.....	73
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME.....	76
ÖNERİLER	80
KAYNAKÇA	82
EKLER	102

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Psikolojik Sağlamlık Kavramının Gelişim Süreci.....	29
Tablo 2: Katılımcıların Demografik Özellikleri	35
Tablo 3: Sağlık Kaygısı, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	36
Tablo 4: Kullanılan Ölçeklerin ve Boyutlarının Normallik Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 5: Box M değerine ilişkin tablo.	44
Tablo 6: Durbin-Watson değeri tablosu.....	45
Tablo 7: Tolerans ve Varyans Artış Faktör Tablosu.....	45
Tablo 8: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları	46
Tablo 9: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları	46
Tablo 10: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımları	46
Tablo 11: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Kapalı Ortamda Çalışmaya Göre Dağılımları	47
Tablo 12: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Gün Işığında Çalışmaya Göre Dağılımları	47
Tablo 13: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımları	48
Tablo 14: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Branş Durumuna Göre Dağılımları	49
Tablo 15: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Çalışma Süresine Göre Bulgular.....	50
Tablo 16: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Yaşa Göre Bulgular	51
Tablo 17: Sağlık çalışanlarının Sağlık Kaygısı ile Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik Puanları Arasındaki Korelasyonlar	52
Tablo 18: Ölçme Modeline Ait Parametre Değerleri.....	59
Tablo 19: Ölçme Modeli Uyum İyiliği Değerleri	60
Tablo 20: İkinci Ölçme Modeline Ait Parametre Değerleri	61
Tablo 21: Ölçme Modeli Uyum İyiliği Değerleri	62
Tablo 22: Yapısal Modele Ait Parametre Değerleri	63
Tablo 23: Yapısal Model Uyum İyiliği Değerleri.....	64
Tablo 24: Yapısal Modele Ait Parametre Değerleri	65
Tablo 25: Yapısal Model Uyum İyiliği Değerleri.....	66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Kaygısının Bilişsel Davranışçı Modeli Döngüsü	17
Şekil 2: Araştırma Modeli.....	34
Şekil 3: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama Değerleri	36
Şekil 4: Doğrusallık Varsayımına İlişkin Saçılma Diyagramı.....	43
Şekil 5: Ölçme Modeli Yol (Path) Diyagramı	59
Şekil 6: İkinci Ölçme Modeli Yol (Path) Diyagramı.....	61
Şekil 7: Yapısal Model Yol (Path) Diyagramı.....	63
Şekil 8: Yapısal Model Yol (Path) Diyagramı	65



KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

APA	Amerikan Psikoloji Derneği (American Psychiatric Association)
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
COVID-19	Yeni Korona Virüs Hastalığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TDK	Türk Dil Kurumu
SPSS	Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı
ICN	Uluslararası Hemşireler Birliği
YEM	Yapısal Eşitlik Modeli
PS	Psikolojik Sağlamlık (Dayanıklılık)
TDO	Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği
SAO	Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

GİRİŞ

İnsanlar yaşamları boyunca çeşitli alanlar ve mekânlarda; kendileri, aileleri, arkadaşları, iş arkadaşları veya görevleri itibarıyla sürekli bir takım insanla iletişim kurmak zorundadır. Bu etkileşimin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi, bireylerin ruhsal sağlığının bir göstergesi olarak kabul edilir (Demir, 2013). Ancak, insanlarla doğrudan iletişim içinde olan meslek gruplarında tükenmişlik en önemli sorunlardan biri olarak öne çıkmaktadır (Cemaloğlu ve Erdemoğlu Şahin, 2007). Özellikle emniyet ve asayiş personeli, doktor, hemşire, öğretmen ve psikolog gibi meslekler, bu tür sorunları en yoğun şekilde yaşayan branşlar arasında yer almaktadır (Cemaloğlu ve Erdemoğlu Şahin, 2007).

Bireyler, hayatının büyük bir kısmını çalışma ortamında geçirdiğinden çalışma alanı ve fiziki yapının önemi büyüktür. Çalışma alanları çalışanların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamlarını etkileyebilecek iş kazaları ve riskler içerebilir. Bu nedenle sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmak kritik öneme sahiptir (Kızır, 2016). Kötü çalışma koşulları ve ortamı, uzun ve dengesiz mesai saatleri gibi faktörler, çalışanların motivasyonunu ve performansını olumsuz etkileyebilir, bu da verimlilikte düşüşe yol açar ve çalışanın fiziksel ve ruhsal sağlığını zedeleyebilir (Hayta, 2007).

Sağlık personeli, topluma kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı hedefleyen, sürekli bilgi ve deneyim paylaşımıyla ortak kararlar alınan bir ekip olarak tanımlanır. Sağlık personeli; hekim, sağlık memuru, ebe, hemşire, laboratuvar teknisyeni, anestezi uzmanı, diyetisyen, biyolog, eczacı, fizyoterapist, laborant ve diğer sağlık teknisyenlerinden oluşan bir grup olup, temel amacı topluma sağlık hizmeti sunmaktır (Uçak, 2009).

Sağlık kaygısı, bireyin mevcut bir hastalığı veya ileride görülebilecek sağlık tehditlerine karşı aşırı endişe ve korku hali olarak tanımlanır. Hafif düzeyde sağlık kaygısı erken tedbir almaya yardımcı olabilirken, ileri düzeydeki sağlık kaygısı bireyin yaşam kalitesini etkileyebilir ve farklı davranışlar sergilemesine yol açabilmektedir (Karapıçak vd., 2012; Karaçadır, 2017). Sağlık kaygısı, bireyin ciddi bir fiziksel hastalığa yakalanma korkusu ve bununla ilgili belirtiler yaşaması şeklinde ortaya

çıkabilir. Bu belirtiler arasında baş ağrısı, göğüs ağrısı, halsizlik, his kaybı ve diğer fiziksel belirtiler sayılabilir (Hogan, 2010).

Kapalı ortamlarda çalışan sağlık personeli, anksiyete ve depresyon gibi sorunlarla karşılaşabilir; bu sorunlar sık ve beklenmedik ölüm olayları, çalışanlar arasındaki ilişkiler, rol belirsizlikleri ve uzun süre kapalı ortamda çalışma gibi faktörlerden kaynaklanabilir (Demir, 2013).

Tükenmişlik kavramı ilk olarak Herbert Freudenberger tarafından 1974 yılında “başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır (Freudenberger, 1974). Maslach, tükenmişliği “iş gereği insanlarla iç içe, yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlar ile birlikte çalışmak zorundaki insanlarda gözlemlenen fiziksel bıkkınlık, bitkinlik, uzun süreli halsizlik, yorgunluk, çaresizlik, düşük kişisel başarı, tükenme hali, duyarsızlaşma gibi faktörlerin yansımalarıyla oluşan üç boyutlu bir sendrom” olarak tanımlamıştır ve bu etkenlerin birbirinden bağımsız olamayacağını vurgulamıştır (Sarıkaya, 2007). Sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli iletişim halinde olduklarından, mesleki tükenmişlik düzeyleri yüksek olabilmektedir; tükenmişlik düzeyi düşük olan çalışanlar ise daha etkin ve verimli hizmet sunabilmektedir (Şanlı, 2016).

Psikolojik sağlamlık, bireyin zorlu koşullarla başa çıkabilme ve uyum sağlama becerisi olarak tanımlanır ve sağlıklı yaşamın devam ettirilmesine katkı sağlar (Öz ve Yılmaz, 2009). Sağlık çalışanlarının sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemeleri, hem kendi sağlıkları hem de hizmet verdikleri bireyler açısından önemlidir; psikolojik dayanıklılık ve sağlıklı yaşam biçimi, iş doyumunu olumlu yönde etkileyebilir (Mizmizlioğlu, 2018). Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık durumunun diğer meslek grubu çalışanlarına kıyasla çok daha kötü olduğu belirtilmiştir (Yiğit, 2022).

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısına bağlı tükenmişliklerinde psikolojik sağlamlığın aracı bir rol üstlenip üstlenmediğini

tespit etmektir. Hastalar ile kapalı ve aynı ortamı paylaşmak zorunda olan sağlık çalışanlarının bu durum karşısında yaşadıkları duygusal ve fiziksel sıkıntılar ele alınmaktadır. Bu sıkıntılar arasında stres, kaygı, bulaşıcı hastalık kapma riski, yaralanma veya ölüm riski, mobbing, hareket kısıtlılığı, olağanüstü durumlarda yakınlarına erken ulaşım ve müdahale imkânının bulunmaması gibi etmenler yer almaktadır. Çalışmada, bu faktörlerin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri ve psikolojik sağlamlığın bu süreçteki aracı rolü üzerinde değerlendirme yapılacaktır.

ARAŞTIRMA PROBLEMİ

Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısına bağlı tükenmişliklerinde psikolojik sağlamlığın aracı bir rol üstlenip üstlenmediğine sorusuna cevap aramaktır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H₁: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü vardır.

Alt Problemler

H₂: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile demografik değişkenler arasında farklılık vardır.

H_{2a}: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile cinsiyete göre farklılık vardır.

H_{2b}: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile medeni durumlarına göre farklılık vardır.

H_{2c}: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile yaş ortalamalarına göre farklılık vardır.

H_{2d}: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile eğitim düzeylerine göre farklılık vardır.

H2e: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile branşa göre farklılık vardır.

H2r: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile mesleki kıdem yıllarına göre farklılık vardır.

H3: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile demografik değişkenler arasında farklılık vardır.

H3a: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile cinsiyete göre farklılık vardır.

H3b: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile medeni duruma göre farklılık vardır.

H3c: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile yaşa göre farklılık vardır.

H3d: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile eğitim düzeyine göre farklılık vardır.

H3e: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile branşa göre farklılık vardır.

H3r: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile mesleki kıdem yıllarına göre farklılık vardır.

H4: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile demografik değişkenler arasında farklılık vardır.

H4a: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile cinsiyete göre farklılık vardır.

H4b: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile medeni duruma göre farklılık vardır.

H4c: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile yaşa göre farklılık vardır.

H4d: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile eğitim düzeyine göre farklılık vardır.

H4e: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile branşa göre farklılık vardır.

H4f: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile mesleki kıdem yıllarına göre farklılık vardır.

ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE GEREKÇESİ

Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısına bağlı tükenmişlikleri ve psikolojik sağlamlıklarını incelemek amacıyla bu araştırmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Sağlık çalışanlarının çalışma düzenini ve niteliğini etkileyebilecek birçok unsur bulunmaktadır. Bu unsurlar arasında kaygı düzeyleri, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık da yer almaktadır. Bu faktörler, sağlık çalışanlarının hem kendilerini hem hastaları hem de toplumu etkileyecek şekilde niteliklerini belirlemektedir.

Sağlıklı ve huzurlu bir toplumun oluşmasında kritik bir rol oynayan sağlık çalışanlarının kapalı ve zor koşullarda hastalar ile aynı ortamda görev yapmalarının çalışma hayatlarını nasıl etkilediğinin araştırılması, toplumsal geleceğimize ve alan yazına katkı sağlayacaktır. Ayrıca, sağlık personelinin çalışma ortamlarından kaynaklı sağlık kaygısının tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık ile ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları ortamın sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık arasındaki çoklu ilişkiler açısından ele alınması, literatüre önemli katkılar sağlayacaktır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının sağlık kaygıları, tükenmişlik düzeyleri ve psikolojik sağlamlıklarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, branş ve mesleki kıdem yılı gibi değişkenlere göre incelenmesi, yapılacak çalışmalarda öncelikli grupların belirlenmesi açısından faydalı olacaktır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Yapılan araştırmanın örneklemini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesinde farklı kademe ve farklı branşlarda görev yapan 348 sağlık personeli oluşturmaktadır. Dolayısıyla elde edilen bulgular bu sağlık çalışanlarından toplanan veriler ile sınırlıdır.
- Yapılan çalışmada sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeylerinin ne kadar doğru ölçülebildiği, kullanılan Sağlık Anksiyetesi Ölçeğinin sahip olduğu özellikler ile sınırlıdır.
- Yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin ne kadar doğru ölçülebildiği, kullanılan Maslach Tükenmişlik Düzeyi Ölçeğinin sahip olduğu özellikler ile sınırlıdır.
- Yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıkları düzeylerinin ne kadar doğru ölçülebildiği, kullanılan Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin sahip olduğu özellikler ile sınırlıdır.

VARSAYIMLAR

- Araştırma için belirlenen örneklem grubunun evreni temsil edici düzeyde olduğu varsayılmıştır.
- Katılımcı sağlık çalışanlarına ölçeklerin yönergeleri ve ölçeklerin ne için kullanılacağı ifade edilerek içtenlikle yanıt verdikleri varsayılmıştır.

TERİM VE TANIMLAR

Sağlık Kaygısı: Bireyin bedensel his ve duyumlarını olağanın dışında değerlendirmesi veya normal olarak yaşadığı seviyedeki fiziksel rahatsızlığı olduğundan ciddi şekilde tanımlamasıdır (Melli vd., 2016)

Tükenmişlik: Kişinin iş hayatında veya özel yaşamında karşılaştığı stresli bir durumla başarısız olması ve bundan kaynaklı yaşadığı yoğun stresin üstesinden gelememesidir (Cherniss, 1988).

Psikolojik Sağlamlık: Bireyin yaşamış olduğu hastalık, psikolojik duygusal durum bozuklukları ya da zorlayıcı yaşam olayı karşısında hızlı bir şekilde toparlayarak iyileşme ve eski düzene dönebilme yeteneğidir (Earvolino-Ramirez, 2007).



BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

1.1 Kapalı Ortam

Kapalı ortamlar, tamamı veya belirli bir bölümü kapatılmış, belirli bir hacme sahip ve içinde sınırlı miktarda hava bulunan, çalışma alanı olarak belirlenen alanlar olarak tanımlanmaktadır (Demir, 2013). Bu ortamlar, insanlar tarafından inşa edilmiş ve bireyleri dış çevreden ayırmak amacıyla oluşturulmuş yapılardır (Düzovalı, 2007).

İnsanlar günlük yaşamlarının büyük bir kısmını ev, iş, okul gibi kapalı alanlarda geçirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan araştırmaya göre günümüzde insanlar zamanlarının %90'ını kapalı alanlarda geçirmektedir. Bu oranın ise %70'ini işte, %20'sini ise ev gibi mekanlarda sürdürmektedir (Erdoğan vd., 2009).

1.2 Kapalı Ortamın Birey Üzerindeki Etkileri

İnsanlar, hayatlarını sürdürebilmek için çalışmak zorundadır ve bu çalışma hayatı içinde yer alan bireyler toplumsal yapıda bir statü kazanarak ekonomik bir güç elde etmektedir. Ancak, çalışma hayatının sağladığı bu pozitif durumların yanı sıra olumsuz etkileri de bulunmaktadır.

Çalışanın sağlığını tehdit edebilecek faktörler arasında çalışma alanının ve ortamının uygun olmaması, fazla mesai, gece nöbeti, vardiya sistemli çalışma, iş bölümündeki dengesizlikler ve belirsiz sorumluluklar gibi durumlar sayılabilir (Tel vd., 2003).

Son yıllarda, insanların büyük bir kısmı zamanının büyük bir kısmını kapalı ortamlarda geçirmelerinin ortak sağlık sıkıntılarına yol açtığı belirtilmektedir (Düzovalı, 2007). Dünya Sağlık Örgütü'nün (1984) yılında yayımlanan raporunda, dünya genelinde yeni sayılabilecek yapıların %30'unda kapalı ortamdaki hava kirliliğine rastlandığı ifade edilmiştir (DSÖ, 1984).

Kapalı işyeri düzeninde çalışan bireylerde, açık alanda çalışanlara göre daha az mahremiyet algısı ve dikkat dağınıklığı gibi psikolojik etkiler gözlemlenmiştir (Brookes ve Kaplan, 1972; Oldham ve Brass, 1979; Sundstrom vd., 1982).

Kapalı ortamda solunan hava hem yararlı hem de zararlı olabilir. Özellikle radon gazı gibi zararlı gazlar, sıcaklık, nem, radyasyon yoğunluğu ve havalandırma kapasitesi gibi faktörler, kapalı ortamların insan sağlığı üzerindeki etkilerini belirlemektedir (Elek, 2022).

1.2 Kapalı Ortamın Sağlık Çalışanlarına Etkisi

Kapalı, boğucu ve basık hastane binalarının çalışanlarda sağlık sorunlarına yol açtığı ilk defa 1984 yılında Fischer tarafından ifade edilmektedir (Fischer, 1984). Fischer'in, doktorların psikolojik durumları üzerine yaptığı araştırmasında, çalışma ortamının sağlık problemlerinin tetikleyicisi olduğu Özyaral ve Keskin (2009) tarafından belirtilmektedir. Kapalı ortamda görev yapan hemşirelerde anksiyete ve depresyona yol açan faktörlerin; sık ve beklenmedik ölümler, çalışanlar arası ilişkiler, rol belirsizlikleri ve uzun süre kapalı ortamda çalışma gibi unsurlar olduğu değerlendirilmiştir (Demir, 2013).

Özellikle Covid-19 döneminde yaşanan ölüm vakalarının sağlık çalışanlarını etkilediği ve korku yaşadıkları, yarıdan fazla sağlık çalışanının görev yapmış olduğu ortamdan memnun olmadıkları ve tekrar aynı mesleği yapmak istemedikleri ifade edilmiştir (Arslan vd., 2023). Fiziksel çevre unsurları, çalışanlar üzerinde stres yaratarak iş doyumu, performans ve iş kalitesini olumsuz etkileyebilir. Kapalı ortamda görev yapan hemşireler, çevresel etkenlerin etkisiyle depresyon ve sağlık kaygısına daha yatkın meslek grupları arasında gösterilmektedir (Demir, 2013).

Hastaneler, kimyasal maddelerin kullanımından dolayı havalandırma, aydınlatma, gürültü ve stres gibi unsurlardan etkilenir. Özellikle yoğun bakım, radyoloji, patoloji, biyokimya, ameliyathane ve mikrobiyoloji servislerinde hijyen açısından kullanılan kimyasalların çeşitli sendromlara yol açabileceği vurgulanmaktadır (Özyaral ve Keskin, 2009). Kapalı alanda çalışan hemşirelerde anksiyete, uyum bozukluğu, depresyon ve iş doyumunda azalma gibi psikolojik etkilerin fiziksel etkilerden daha fazla olduğu belirtilmiştir (Demir, 2013). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), dünya genelinde etkin ve verimli sağlık hizmeti sunmanın, tüm sağlık ortamlarında olumlu çalışma koşulları oluşturmaya bağlı olduğunu vurgulamaktadır (Demir, 2013).

1.3 Kaygı ve Sağlık Kaygısı Kavramları

Literatür incelemesinde kaygı ve sağlık kaygısına ilişkin çeşitli tanımlamaların yapıldığı ve kavramların genellikle birbirinin yerine kullanıldığını anlaşılmaktadır. Kaygı, Freud tarafından bireyin yaşamında karşılaşılabileceği kötü durumlar karşısında duyduğu sebebi bilinmeyen bir duygu olarak tanımlandığı Hekimoğlu ve Bilik (2020) tarafından ifade edilmektedir. Türk Dil Kurumuna (TDK) göre kaygı, üzücü veya kötü bir şey olacak korkusundan doğan tedirgin edici bir duygu olarak tanımlanmaktadır.

Freud'un çalışmaları, kaygıyı egonun bir işlevi olarak psikolojik literatüre kazandırmıştır. Kaygı kavramı, Freud'un öncülüğünde daha geniş bir anlam kazanmış ve bireydeki ruhsal durumun yanı sıra çeşitli psikolojik halleri ifade eder hale gelmiştir (Manav, 2011). Amerikan Psikoloji Derneği kaygıyı bireyi tehdit eden bir duruma karşı gösterilen olağan bir tepki olarak tanımlamaktadır. Bu tepki, bireyin davranış ve düşüncelerini etkileyen duygusal ve bedensel bir reaksiyon olarak kabul edilir.

Sağlık kaygısı, kişinin bedensel olarak herhangi bir rahatsızlığı bulunmasa da kendini hasta hissetmesi ve bu hastalığın daha ciddi sonuçlara yol açacağına yönelik endişe duyması olarak tanımlanmaktadır (Aydemir vd., 2013). Sağlık kaygısı, genellikle bedensel belirtileri yanlış yorumlama ve ciddi bir hastalık kapma korkusundan kaynaklanır (Karapıçak vd., 2012). Ruh sağlığının bedensel sağlık ile etkileşim içinde olduğu Hipokrat'ın etkileşim kuramında ifade edilmiştir (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Sağlık kaygısı, kişinin sağlık durumuna yönelik algıladığı tehditten kaynaklanan korku ve endişeleri yansıtır (Abramowitz ve Braddock, 2009). Bu durum, bireylerin aşırı kaygı ve endişe duymalarına neden olabilir (Thorgaard vd., 2018). Sağlık kaygısı yaygın bir durumdur. Ancak bazı bireylerde şiddetli bir hal alabilir. Amerikan Psikoloji Derneği tarafından yapılan araştırmalara göre sağlık kaygısı toplumda %5,7 oranında görülürken 2000 yılında bu oranı %10 olarak belirlediği Sunderland vd., (2013) tarafından ifade edilmektedir. Ayrıca, Deale (2007) tarafından da şiddetli sağlık kaygısının, kalıcı ve tıbbi müdahale ile kolayca geçmeyebileceği belirtilmektedir.

Sağlık kaygısı yaşayan bireyler, genellikle sağlık durumlarını kontrol etmek için sürekli olarak doktor muayenesi yaptırmak, birden fazla doktordan görüş almak ve yakınlarından teyit almak isteyebilirler (Hogan, 2010). Ayrıca, hastalıkla ilgili bilgi

edinme amacıyla ansiklopediler, internet ve dergilere başvurabilirler ve hastalığı tetikleyebilecek etkinliklerden kaçınabilirler (Hogan, 2010). Hipokondriyazis, sağlık kaygısının en yüksek şiddetidir ve bireylerin %75'i somatik semptomlar yani yorgunluk, ağrı, uyuşma gibi fiziksel belirtiler karşısında ciddi endişe duyarken, %25'lik kısmı bu semptomlara karşı daha az endişe duyar (Starcevic ve Noyes, 2014). Bu durum Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabında (DSM-V) somatik semptom ve hastalık kaygısı bozukluğu olarak güncellenmiştir (APA, 2013).

Sağlık çalışanları, özellikle hemşireler ağır çalışma koşulları ve düzensiz iş saatleri nedeniyle kaygı seviyeleri yüksek olabilmektedir. Gece çalışan sağlık personelinin psikiyatrik semptomlar gösterme oranı daha yüksektir ve bu durum kişiler arası ilişkilerde bozulmalara, iletişim sorunlarına ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilir (Selvi vd., 2010). Yoğun bakım ve ameliyathane gibi kapalı alanlarda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygıları, çalışanların ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir (Almaghrabi vd., 2020). Covid-19 döneminde sağlık çalışanlarının sağlık kaygılarının arttığı, iş ve sosyal yaşamlarının olumsuz yönde etkilendiği ve bu nedenle psikolojik destek alma ihtiyacının doğduğu tespit edilmiştir (Kılınçel vd., 2020).

1.4 Kaygı Düzeyleri

Kaygı düzeyleri hafif, orta, şiddetli ve panik olmak üzere 4 düzeyden oluştuğu ifade edilmektedir (Kahraman, 2022).

1.4.1 Hafif Kaygı

Birçok birey hafif seviyede bir kaygı yaşamaktadır. Hafif kaygı bireyde huzursuzluk halinin oluşmasına sebep olmakta ve birey bu sebeple soru sorma ve bilgi araştırmaya yönelmektedir. Kişi insanlarla olan ilişkilerini azaltıp kendisini sınırlandırabilir.

1.4.2 Orta Düzeyde Kaygı

Uyarılma halinde bireyin sinirlilik, gerilim ve merak duygusu bir önceki haline nazaran artış gösterir. Algılama, dikkat ve adaptasyon seviyesi azalmıştır.

1.4.3 Şiddetli Düzeyde Kaygı

Bireyin enerji kaybı yüksektir. Algılama seviyesinde ciddi bir şekilde azalma mevcuttur. Birey çevresinde yaşananları algılamakta zorlanır, olanlara odaklanamayarak kaygısını arttırabilecek küçük detaylar üzerinde durur.

1.4.4 Panik

Kaygılı hal, bireyin istem dışı hareket etmesine yol açacak şekilde ve çok yüksek bir seviyededir. Paniğe kapılmış bireyin olayları normal dışı algılayarak farklı yorumlayabilmektedir. Bireyin halüsinasyon görme ihtimali ile endişe, korku, dehşet gibi durumlar yaygın olarak gözlemlenebilmektedir (Kahraman, 2002).

1.5 Sağlık Kaygısının Boyutları

Sağlık kaygısı yabancılaşma, güvence arama, özümseme ve endişe olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır.

Yabancılaşma; bireyin herhangi bir hastalığının bulunmadığının tespit edilmiş olmasına rağmen, bireyin hasta olduğuna ve diğer bireylerin bu durum karşısında kendisine ilgi gösterilmediğine inanma eğilimi olarak ifade edilen kişilerarası boyutudur.

Güvence arama; sağlık kaygısının davranışsal boyutu içerisinde yer almaktadır. Bireyin hissetmiş olduğu sağlık problemleri karşısında sosyal destek arayışı içerisine girmesi eylemidir.

Özümseme; bireyin bedensel izlenimlere karşı odaklanmasını, sağlık kaygısının ise algısal boyutunu ifade etmektedir.

Endişe; sağlık kaygısının duygusal yönünü ifade etmektedir. Bireyin sağlığı veya hastalığına ilişkin aşırıya kaçan kaygılı halidir (Longley vd., 2005).

Kişiler arası yaklaşımda sağlık kaygısının, bireyin çocukluk dönemindeki bağlanma şekilleri ile ilişkili olarak meydana geldiği belirtilmiştir. Bunun sonucunda ise bu kişiler, aşırılaşmış olarak yaptıkları bedensel sağlık taramalarıyla kendilerine

yabancılaşmaktadır. Sağlık kaygısına yakalanmış bir birey sürekli olarak sağlığına yönelik yoğun bir kaygıya sahiptir. Sağlık durumuna yönelik sık sık güvence aramakta, buna bağlı olarak da dışlanma duygusu ile karşılaşabilmektedir. Ayrıca, birey çevresinde bulunan diğer insanlar tarafından önemsenmediğini düşünmekte ve bu durum günden güne kaygılarının artmasına sebep olmaktadır. Aşırı kaygı sonucunda ise bireyde endişe oluşmakta ve bireyin hayatını negatif etkileyerek sürekli muayene olma, test verme, araştırma yapma gibi davranışların artmasına sebep olmaktadır (Birnie vd., 2013).

1.6 Sağlık Kaygısı Belirtileri

Sağlık kaygısı, bireylerin çeşitli fiziksel ve duygusal belirtiler yaşamasına neden olabilir. Bu belirtiler genellikle somatik hastalıkların yansıması olarak algılanır ve bireyin kaygı seviyesini artırabilir. Baş ağrısı, halsizlik, terleme, titreme, solunum güçlüğü, his kaybı ve göğüs ağrısı gibi belirtiler, sağlık kaygısının yaygın işaretlerindendir. Bu tür belirtiler, kişiyi somatik bir hastalığın varlığı konusunda endişelendirebilir ve bu endişe, kaygının artmasına neden olabilir. Uzun süreli bir sağlık kaygısı, mide hastalıkları ve kalp çarpıntısı gibi fiziksel sorunlara yol açabilir (Hogan, 2010).

Anksiyete, tanımlanması güç olan bir korku ve endişe duygusu olarak ifade edilebilir. Bu duyguya bir takım belirtiler eşlik edebilmektedir. Baş ağrısı, çarpıntı, terleme, göğüs sıkışması, mide hastalıkları bunlar arasında gösterilebilir. Bireyde huzursuzluk ve sürekli gereksiz dolaşma gibi davranışlar görülebilir. Bu durumlar kişinin olaylarla baş etme ve savunma mekanizmalarına bağlı olarak bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (Kocabaşoğlu, 2005).

Kişilerarası modelde, bebeklik döneminde yaşanan kaygılı bağlanma tarzının, bireyin sağlık kaygısının gelişiminde önemli bir rol oynadığı belirtilir. Bu tarzda, çocuklar genellikle ebeveynlerinden yeterli güvenceyi ve duygusal desteği almazlar. Sonuç olarak, bu çocuklar büyüdüklerinde sağlık durumları hakkında sürekli bir teyit arayışı içinde olabilirler. Bu bağlamda, sık sağlık kontrolü yaptırma, sağlık durumuna yönelik sürekli teyit alma isteği ve başkalarından sağlığıyla ilgili rahatlatıcı bilgiler

talep etme gibi davranışlar sağlık kaygısının belirtileri arasında yer alır (Birnie vd., 2013).

Belirtiler bireyden bireye değişiklik gösterebilir. Göğüs çarpıntısı ve sıkışması, terleme ve huzursuzluk gibi rahatsızlıklar yaşanabilir. Bu tür belirtiler, belirgin bir neden olmaksızın ortaya çıkıyor ve sık sık tekrar ediyorsa, bu durum anksiyete bozukluğu veya sağlık kaygısı olarak değerlendirilebilir (Türkçapar, 2004). Sağlık kaygısı yüksek olan bireyler genellikle sağlık kuruluşlarına sık sık başvurur, düzenli muayene ve tahlil yaptırma eğilimindedir. Bu bireylerin sağlık harcamaları diğer insanlara göre daha fazladır. Ayrıca, kaygı duydukları hastalıklarla ilgili araştırma yapma oranlarının daha yüksek olduğu ve yaptırdıkları muayeneler sonucu rahatlama oranlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (Yılmaz ve Dirik, 2020).

1.7 Sağlık Kaygısı Modelleri

Bireylerin sağlık kaygısı seviyesini belirlemek için çeşitli kriterler ve belirtiler göz önünde bulundurulur. Bu kriterler arasında sağlığını kaybetme korkusu, endişe, kaygı hali ve ölüm korkusu gibi durumlar yer almaktadır (Lucock ve Morley, 1996). Yüksek sağlık kaygısı taşıyan bireylerde genellikle stres, endişe ve yalnızlık gibi belirtiler gözlemlenmiştir. Heinen vd., (2021) tarafından yapılan gözlem ve anket çalışmaları, bu belirtileri doğrulamıştır.

Literatürde hemşirelere yönelik yapılan araştırmalar, genellikle hemşirelerin sağlık kaygı düzeylerinin alt veya orta düzeyde olduğunu ortaya koymuştur (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016; Özdelikara vd., 2018). Sağlık kaygısına yönelik yapılan çalışmalarda, sağlık kaygısının iki ana boyutta değerlendirildiği görülmektedir: kişiler arası boyut (güvensizlik, bağlanma) ve bilişsel-davranışçı boyut (inançlar) olarak bu iki boyut, bireylerin sağlık kaygısını anlamak ve yönetmek için önemli bir çerçeve sunmaktadır (Taylor, 2004; Alberts ve Hadjistaouropoulos, 2014).

1.7.1 Kişilerarası Model

Kişilerarası model, sağlık kaygısının bebeklik dönemindeki kaygılı bağlanma tarzına dayalı olarak sürdüğünü öne sürer. Bu modelde, çocuklukta yaşanan ebeveyn tutumları ve aile dinamikleri, bireyin ileriki yaşlarda sağlık kaygısını etkileyen önemli

faktörler olarak kabul edilir. İşte bu modelin temel noktaları; bebeklik dönemindeki kaygılı bağlanma, aile bireylerinin etkisi, güvence arayışı ve güvensizlik ile negatif davranışlar olarak ifade edilebilir (Birnie vd., 2013).

Kişilerarası model, sağlık kaygısının aile bireylerinin davranışları sonucu geliştiğini savunur. Ebeveynlerin çocuklara yaklaşımları, çocukluk dönemindeki davranışlar ve travmalar, bireylerin ilerleyen yaşlarda sağlık kaygısı geliştirmelerinde etkili olabilir. Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, cinsel istismar, kötü davranış biçimleri, psikolojik ve fiziksel şiddet gibi faktörler, bireyin ileriki yaşlarda ruhsal ve psikolojik sorunları fiziksel hastalık belirtisi olarak yaşamasına ve bireyde sağlık kaygısı oluşmasına neden olabilmektedir (Noyes vd., 2002; Spitzer vd., 2008).

Kişilerarası model, sağlık kaygısının çocukluk dönemindeki travmalar ve ebeveyn tutumlarından etkilendiğini öne sürer. Bu model, sağlık kaygısının yönetilmesinde, bireylerin geçmiş yaşantılarının ve kişilerarası dinamiklerinin dikkate alınmasının önemini vurgular. Ayrıca, güvensizlik ve güvence arayışı gibi duygusal durumların sağlık kaygısını nasıl etkilediğine dair iç görüler sağlar. Bu anlayış, sağlık kaygısının daha etkili bir şekilde ele alınabilmesi için hem bireysel hem de profesyonel destek stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunabilir (Sherry vd., 2014).

Ayrıca kişilerarası model, yüksek sağlık kaygısına sahip bireylerin genellikle daha fazla güvence arayışı içinde olduklarını ve bu süreçte daha güvensiz ve kaygılı bir durumda olduklarını belirtir. Bu durum, bireyin sağlık durumunu değerlendirmek için sürekli olarak tahlil ve muayenelere başvurmasına neden olabilir. Güvence arama davranışı, bireylerin sağlık durumuna ilişkin duygusal ve fiziksel belirtileri sürekli olarak değerlendirmelerini sağlar (Birnie vd., 2013; Sherry vd., 2014).

Sağlık kaygısı yüksek bireylerde, güvensizlik duygusu sağlık merkezine başvuru sıklığını artırabilir. Bu güvensizlik, bireylerin sağlık çalışanları ve diğer kişilerle sağlıklı iletişim kurmalarını engelleyebilir. Güvensizlik nedeniyle ortaya çıkan negatif davranışlar, sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyebilir ve bireylerin tedavi süreçlerinde zorluklar yaşamasına neden olabilir (Noyes vd., 2003; Anagnostopoulos ve Botse, 2016).

1.7.2 Bilişsel-Davranışçı Model

Walker ve Furer (2008) tarafından geliştirilen bilişsel davranışçı model, sağlık kaygısının oluşum ve gelişim sürecini detaylandırır. Bu model, içsel ve dışsal faktörlerin sağlık kaygısını nasıl tetiklediğini açıklar:

İçsel Uyarıcılar: Bireyde ciddi bir hastalığın belirtilerine dair hisler uyandırabilir. Örneğin, normal bedensel değişiklikler veya rahatsızlıklar, ciddi bir hastalık belirtisi olarak algılanabilir (Salkovskis vd., 2003).

Dışsal Uyarıcılar: Bireyin hastalıkla ilgili bilgi edinme çabaları, hastalık hakkındaki konuşmalar veya medyada yer alan haberler gibi dışsal faktörler, sağlık kaygısını tetikleyebilir. Bu, hastalığa dair araştırma yapma ve bilgi edinme ihtiyacı ile kendini gösterir (Marcus, 1999; Rachman, 2012).

Bilişsel model, sağlık kaygısını, bireylerin işlevsiz inançları ve düşüncelerinin sonucu olarak ele alır. İçsel ve dışsal uyarıcılar, bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal faktörler sağlık kaygısının temel unsurları olarak kabul edilir. Bu model, sağlık kaygısının nasıl oluştuğunu ve sürdüğünü anlamak için kapsamlı bir çerçeve sunar. Ayrıca bu anlayış, sağlık kaygısının yönetiminde etkili stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabilir. Bilişsel model, sağlık kaygısının kökenlerini bireylerin sahip olduğu işlevsiz inançlar ve düşünceler üzerinde yoğunlaşarak açıklar. Bilişsel model, sağlık kaygısının kaynağını bireylerin inançlarında ve düşünce biçimlerinde bulur. Tehdit edici unsurlar, bireylerin sağlığına yönelik işlevsiz inançlar oluşturarak belirli varsayımlar yaratır. Bu inançlar, bireylerde ciddi hastalık veya ölüm korkusunu tetikler (Beck ve Haigh, 2014; Warwick ve Salkovskis, 1990).

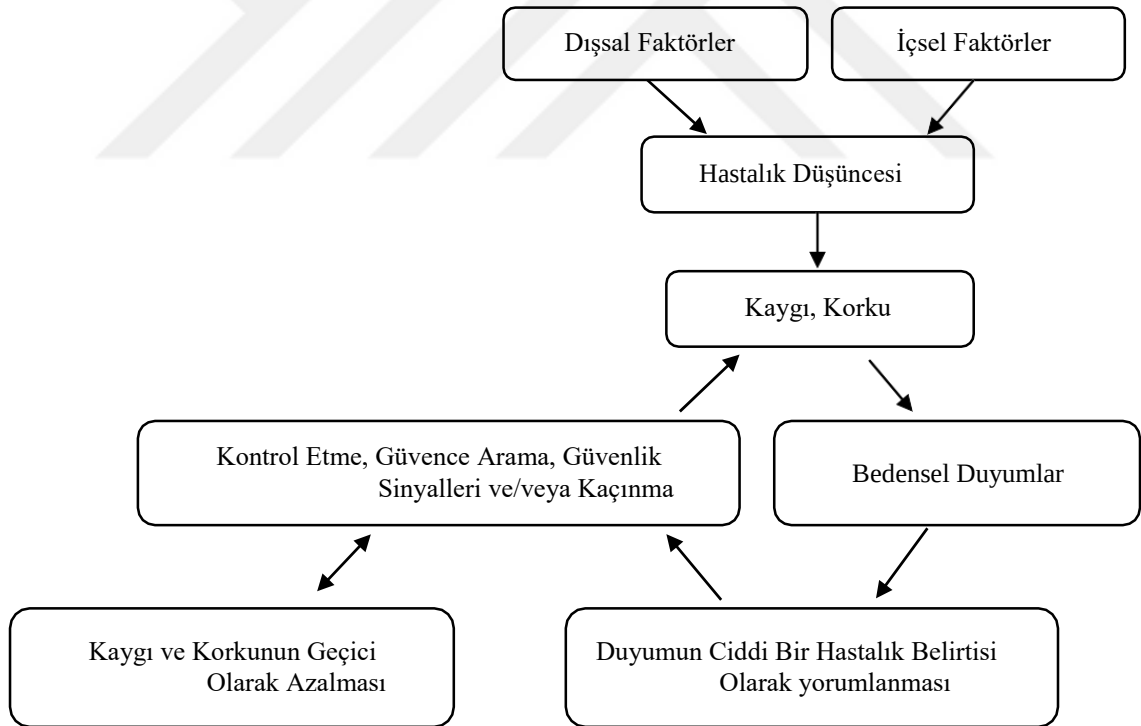
Bilişsel davranışçı modelde sağlık kaygısı, bilişsel, duygusal, fizyolojik ve davranışsal dört ana unsurla sürdürülebilir.

Bilişsel Faktörler: Tekrarlayıcı düşünceler, seçici dikkat ve bilişsel hatalar bu grubun içindedir. Bireyler, sağlıklarına dair endişelerini sürekli olarak zihninde tekrar eder ve bu da sağlık kaygısını artırır.

Duygusal Faktörler: Kaygı, korku ve depresyon gibi ruhsal durumlar sağlık kaygısının duygusal bileşenlerini oluşturur. Bu duygular, sağlık kaygısını artırabilir ve bireyin genel ruh halini olumsuz etkileyebilir.

Fizyolojik Faktörler: Kalp atışındaki dengesizlikler, uyku düzensizlikleri, solunum problemleri ve bağırsak fonksiyonlarındaki değişiklikler sağlık kaygısının fizyolojik boyutlarını temsil eder.

Davranışsal Faktörler: Tekrarlayan muayeneler, sağlık kontrolü isteği, kaçınma davranışları ve onay arayıcılık gibi davranışsal faktörler sağlık kaygısını sürdüren unsurlardır. Onay arayıcılık, bireylerin semptomlarını aile bireylerine sorma, sürekli doktora gitme veya hastalığa ilişkin araştırma yapma şeklinde kendini gösterebilir (Salkovskis ve Warwick, 1986; Weardon vd., 2006; Wells, 1997).



Şekil 1: Sağlık Kaygısının Bilişsel Davranışçı Modeli Döngüsü (Abramowitz vd., 2007)

Kaygı Döngüsü: Sağlık kaygısının bilişsel davranışçı modelinde, genellikle artan veya azalan kaygı döngüsü olarak tanımlanan bir süreç gözlemlenir. Bireylerin sağlık kaygısı, bu döngü içinde artabilir veya azalabilir. Bu döngü, bireylerin sağlık kaygısı ile başa

çıkma biçimlerine ve bu kaygının nasıl sürdürüldüğüne dair bir anlayış sağlamaktadır (Abramowitz vd., 2007). Kaygı döngüsü Şekil 1’de gösterilmektedir.

1.8 Sağlık Kaygısının Yaygınlığı

Sağlık kaygısının yaygınlığına dair pek çok araştırma mevcuttur. Genel olarak, sağlık kaygısının hayat boyu yaşanma sıklığının yaklaşık %5,7 olduğu belirlenirken, belirli bir dönemde katılımcıların %3,4’ünün sağlık kaygısına yönelik kriterleri karşıladığı bildirilmiştir (Sunderland vd., 2013). Amerikan Psikoloji Derneği ise 2000 yılında yaptığı araştırmada sağlık kaygısının toplumun %10’unu etkilediğini ifade etmektedir. Ayrıca, hastanede görevli hemşirelerin karşılaştıkları olumsuz durumların iş performansını, ruhsal ve bedensel sağlığını, sosyal hayatını etkilediği belirtilmiştir. Özellikle ağır iş koşulları ve düzensiz çalışma hayatının, sağlık çalışanlarının hastalıklarından kaynaklanan kaygı düzeylerini artırdığı ve sağlıklarıyla ilgili endişe seviyelerinde yükselmelere yol açtığı vurgulanmıştır (Şimşekoğlu, 2013).

Topluma kıyasla sağlık alanında çalışan personelde sağlık kaygısı, tükenmişlik ve depresyon gibi ruhsal sağlık problemlerinin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Avidan, 2013). Uzun süreli stresli durumların, sağlık çalışanlarında kaygıyı artırarak anksiyete bozukluğunu tetiklediği ve bu durumun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Demir, 2020).

1.9 Sağlık Kaygısının Tedavisi

Depresyon ve sağlık kaygısı rahatsızlığı yaşayan 32 hasta üzerinde yapılan davranışçı terapi uygulaması gerçekleştirildiği ve hastalarda belirgin bir iyileşme sağladığı bildirilmiştir. Bu süreçte, tedavi gören hastalara toplamda 16 seans bilişsel davranışçı terapi uygulanmıştır. Terapi sonrasında, hastaların sağlık kaygısı ve hastalığa olan inanç seviyelerinde bir düşüş gözlemlenirken, depresyon seviyelerinde de belirgin bir azalma yaşanmıştır (Rachman, 2012).

1.10 Sağlık Kaygısı İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Covid-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı, psikolojik iyilik hali, psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluk düzeyleri, sağlık çalışanı olmayan yetişkinlerle karşılaştırıldığında sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sağlık çalışanı olmayanların psikolojik sağlamlık seviyelerinin genel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yiğit, 2022). Üniversite hastanesinde görevli hemşireler üzerinde yapılan bir araştırma, hemşirelerin ağır ve düzensiz çalışma koşulları ile sağlık durumu kötü olan insanlara hizmet etmenin kaygı düzeylerini artırdığını, sürekli hasta iletişiminin kendi sağlık endişelerini ve kaygılarını da artırdığını ortaya koymuştur (Şimşekoğlu, 2013).

Hemşirelik öğrencilerinin Covid-19 pandemi sürecinde sağlık kaygısı ile umutsuzluk, gelecek kaygısı ve ölüm korkusu arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Birimoglu Okuyan vd., 2020). Ayrıca, hemşirelerin sağlık anksiyete seviyesindeki artışın iş yaşam kalitesini azalttığı ve her iki faktör arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Kayacı, 2023). Covid-19 sürecinde hastalarla yüz yüze çalışan hemşirelerin, virüs kapma riski ve uzun süreli, tempolu çalışma koşulları nedeniyle fiziksel ve ruhsal sorunlar yaşadıkları, ayrıca virüsü başkalarına taşıma endişesiyle ciddi şekilde kaygılandıkları belirtilmiştir (Özdelikara ve Yaman, 2021).

1.11 Tükenmişlik Kavramı

Tükenmişlik kavramı ilk olarak Herbert Freudenberger tarafından 1974 yılında "başarısız olma, yıpranma, enerji ve gücün azalması veya tatmin edilemeyen istekler sonucunda bireyin iç kaynaklarında meydana gelen tükenme durumu" olarak tanımlanmıştır (Freudenberger, 1974). Dünya Sağlık Örgütü ise tükenmişlik sendromunu, insanların sağlığını etkileyebilecek mesleki bir deformasyon olarak ifade ettiği belirtilmektedir (Şengün, 2021). Bu kavram, kişisel kaynakların tükenmeye başladığı, günlük durumlara karşı çözümsüzlük ve olumsuz düşüncelerin baş gösterdiği, yaşam hevesinin bittiği bir hal olarak da tanımlanabilir (Barutçu ve Serinkan, 2008).

Tükenmişlikle ilgili en çok kabul gören ve kullanılan tanım, Maslach ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ergin, 1992). Maslach, tükenmişliği bir sendrom olarak tanımlamış ve üç alt boyut içerdiğini belirtmiştir. Özellikle insanlarla sürekli etkileşimde bulunan ve yoğun duygusal taleplere maruz kalan hizmet sektöründeki çalışanlarda yaygın olarak görüldüğünü ifade etmiştir. Maslach'ın tükenmişlik modeli, bireyin stres düzeyini ve karşısındaki bireylerle ilgili düşünce ve algılarını belirlemesi açısından önemlidir. Bu model doğrultusunda bireylerin tükenmişlik düzeyini ölçmek amacıyla 22 ifadeli “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” geliştirilmiştir (Maslach ve Leiter, 1997).

Maslach ve Jackson tükenmişliği, etkileşimde bulunulan bireylerde yorgunluk, uyku hali, bitkinlik, umutsuzluk ve çaresizlik gibi duyguların diğer insanlara ve çalışma ortamına negatif yansımaları ile oluşan sendrom olarak tanımlamıştır (Maslach ve Leiter, 2009; Maslach ve Leiter, 2016; Schaufeli, 2018). Maslach, tükenmişliği, stresli ortamlarda görev yapan bireylerde uzun süreli psikolojik sendrom olarak ifade etmiş ve Freudenberg'er'den sonra bu alanda en fazla tanınan bilim insanı olmuştur (Arı ve Bal, 2008). Freudenberg'er tükenmişliği, bireyin isteklerinin karşılanmaması sonucu oluşan isteksizlik, memnuniyetsizlik, başarısızlık, enerji kaybı ve yıpranma olarak tanımlamıştır (Freudenberg'er, 1974).

Tükenmişlik, ayrıca uzun süren stres sonucunda duygusal, fiziksel ve zihinsel yorgunluk olarak da açıklanabilir (Gürbüz ve Karapınar, 2014). Günlük olaylara karşı ümitsizlik ve olumsuz tutum nedeniyle bireyin enerjisinin tükenmesi şeklinde de belirtilmektedir (Dolan, 1987). Tükenmişliği deneyimleyen kişiler genellikle öfkelenme, sürekli gerginlik, kızgınlık, umutsuzluk ve çaresizlik gibi duygular yaşar; ileri evrelerde ise “etrafımdaki her şey ters, bunlara ne oluyor?” şeklinde bir sorgulama yapabilirler; yanıt ise genellikle “kendilerinin tükendiğidir” (Baltaş ve Baltaş, 1997). Tükenmişlik hali yaşayan bir birey günlük yaşamını sürdürme güçlüğü yaşamasına ve psikolojik olarak etkilenmesine sebep olacağı vurgulanmaktadır (Çağatay, 2024).

Tükenmişlik, bireyleri etkilediği gibi çalıştıkları alanı da olumsuz yönde etkileyebilir ve ciddi sıkıntılara neden olabilir. Araştırmalar, tükenmişliğin birey üzerinde fiziksel etkiler yarattığını ve kaygı gibi psikiyatrik problemlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Oğuzberk ve Aydın, 2008). Bireyin kendisini halsiz ve

güçsüz hissetmesi, yapmış olduğu işinde stres faktörü ile başa çıkamaması, duygusal ve fiziki olarak yıpranma, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyinin düşmesiyle birlikte bu durumların kronik olarak yaşanması “tükenmişlik” olarak ifade edilmiştir (Arslan vd., 2023).

Tükenmişliğin çalışanlar üzerindeki etkileri arasında sinirlilik, depresyon, iş devamsızlık, gerginlik, motivasyondaki düşüş, olumsuz tutum ve davranışlar ile artan duygusallık yer almaktadır (Perlman ve Hartman, 1982). Deckard ve diğerleri (1994) tükenmişliğin psikolojik-duygusal, davranışsal, fiziksel ve ruhsal faktörler olmak üzere dört alanda meydana geldiğini ifade etmiştir. Maslach ve diğerleri (2001) tükenmişliği, duygusal ve fiziksel enerji düşüklüğü, bitkinlik, isteksizlik ve memnuniyetsizlik hali olarak tanımlamış ve işin gereği olarak insanlarla sürekli etkileşimde bulunan bireylerde gözlemlenen üç boyutlu bir sendrom olarak açıklamıştır (Maslach vd., 2001). Tükenmişlik, duygusal tükenme, kişisel başarıda azalma ve duyarsızlaşma olarak üç alt boyutta ele alınmış olup, Maslach tükenmişliğin bu üç boyutunu ortaya koyarken, Freudenberger sadece duygusal boyutu tanımlamıştır (Arı ve Bal, 2008).

1.12 Tükenmişliğin Alt Boyutları

Tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere üç alt boyutta ele alınmaktadır. Yapılan araştırmalarda, tükenmişliğin duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşüş gibi faktörlerle birlikte ele alınması gerektiği ve bu faktörlerin birbirinden bağımsız olmayıp yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Sarıkaya, 2007).

1.12.1 Duygusal Tükenme

Duygusal tükenme, bireyin duygusal olarak yorgunluk ve bitkinlik hissetmesi ile ilişkilidir; bu durum genellikle yoğun ve stresli çalışma koşullarından kaynaklanır. Duygusal yorgunluğa sahip çalışanlar, hizmet ettikleri insanlara karşı görev ve sorumluluklarını tam anlamıyla yerine getiremediklerini düşünürler. Aşırı strese bağlı tükenmişlik yaşayan bireyler, hem duygusal hem de fiziksel olarak yorgun hisseder ve çalışma arkadaşlarına ve hizmet ettikleri insanlara karşı sorumluluk duygularını kaybetme eğilimindedir. Bu durum, çalışanın günlük olarak iş sorumluluğunu

kaybetmesine ve işe gitme konusunda aşırı endişe duymasına neden olabilir (Aslan vd., 2005).

İş yükünün fazla olması, yoğun çalışma ve sıkıcı çalışma ortamı, duygusal tükenmeyi tetikleyebilir ve bu durum, insan ilişkileri yoğun olan sektörlerde ve meslek gruplarında daha sık karşılaşılr. Yoğun çalışan bireyler, işlerinde kendilerini sürekli olarak zorlamakta ve hizmet ettikleri kişilerin duygusal sorunlarına çözüm üretmeye çabalamaktadır. Bu süreç, duygusal tükenmeye yol açar (Maslach, 1981). Duygusal tükenme, bireyin çalışma performansında düşüşe ve hizmet kalitesinin azalmasına neden olabilir. Ayrıca, psikolojik sorunlara ve ruhsal hastalıklara zemin hazırlayarak depresif bozukluklar, uykusuzluk, mesai saatlerinin aksatılması, sık rapor alma, hata yapma ve kötü alışkanlıkların başlaması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Altay vd., 2010).

1.12.2 Duyarsızlaşma

Duygusal olarak bitkin ve yorgun durumda olan birey, çevresindeki mesai arkadaşları ve hizmet ettiği diğer kişiler karşısında ilgisiz bir tutum sergileyebilir. Bu kişiler, duygusal tükenmişlik ve stres ile başa çıkmak için çevrelerinden mesafe koyma yoluna gidebilirler (Maslach ve Jackson, 1981). Duyarsızlaşma hali yaşayan bireyler, başkalarının etkisi altında olduklarını ve kendilerinin başkaları tarafından yönetildiğini düşünebilirler. Bu durum, onları insanlardan uzaklaştırarak bireysel hareket etmeye yönlendirebilir. Duyarsızlaşma yaşayan bireyler, hizmet ettikleri insanların istek ve taleplerini yerine getirmeyerek onları küçümseyici davranışlar sergileyebilir ve kendi sıkıntı ve problemlerini göz ardı ederek, hizmet ettiği kişilere karşı olumsuz tavır sergileyebilirler (Yıldız, 2012).

1.12.3 Kişisel Başarı

Kişisel başarı, bireyin karşılaştığı sorunlarla baş edebilme ve zorlu durumların üstesinden gelebilme yeteneği ile ilgilidir ve bu, bireyin kendisini yeterli görmesiyle doğrudan bağlantılıdır. Ancak, birey işinde veya sorumluluklarında kendisini yetersiz ve başarısız hissettiğinde, kişisel başarısızlık hissi oluşur. Bu durumda, bireyin çalışma ortamındaki diğer kişilere yönelik olumsuz düşünceleri artar ve kendisindeki olumsuz

düşünceler ve tavırlar da çoğalır. Bu süreçler sonucunda bireyde ruhsal çöküntü ve depresyon gözlemlenebilir (Maslach ve Jackson, 1981).

Birey bu aşamada kendisini yetersiz görmekte ve motivasyonu düşmektedir. Bu da çalışma performansını olumsuz etkilemektedir. Sonuç olarak birey kendisini yargılamaya, olumsuz tutum ve davranışlar sergilemeye başlamaktadır. Çalışma hayatında bozulmalar ve iş verimliliğinde düşüşler yaşanır. Bu olumsuzluklar karşısında bireyde benlik kaygısı oluşur ve ruhsal çöküş yaşanabilir. Çalışan kendisini mutsuz ve doyumsuz hissettiğinde, görev bilinci azalır ve işlerdeki etkinlik ve verimlilik düşmektedir (Leiter ve Maslach, 1988).

İşine bağlı ve işini severek yapanlar çalıştığı kurumu, kurumca belirlenen hedef ve amaçlarına ulaştırabilecek en büyük güçtür. Çalışılan kurumun sürekliliği çalışanların moral ve motivasyonunun yüksek olması ile yakından bağlantılı olmakla birlikte bireyin tükenmişlik durumu ile bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır (Çağatay ve Kızılkaya, 2022).

1.13 Tükenmişlik Belirtileri

Tükenmişlik belirtileri üçlü sınıflandırma ile ele alınmaktadır. Bunlar psikolojik duygusal belirtiler, davranışsal ve fiziksel belirtilerdir (Kaçmaz, 2005)

1.13.1 Psikolojik-Duygusal Belirtiler

Tükenmişliğin ilk aşaması genellikle duygusal tükenmeden bahsedilir ve bireylerin işlerinden kaynaklanan duygusal olarak tükenme hali ile karakterize edilir. Bu aşamada bireyler kendilerini halsiz, güçsüz veya diğer bireyler tarafından kullanılmış olarak hissederler ve yolun sonuna geldiklerini fiziksel olarak bitkin bir durumda olduklarını belirtmektedirler (Ören ve Türkoğlu, 2006).

Psikolojik-duygusal belirtiler arasında sinirlilik, unutkanlık, hareket kaybı, tembellik, işe yabancılaşma, ani tepkiler, sabırsızlık, diğer insanlarla ilgilenmemek, umutsuzluk, dikkat dağınıklığı, alınganlık, sürekli savunma ve suçlanma hali, memnuniyetsizlik, bireylerle ikili ilişkiler kuramama ve duygusuz davranışlarda bulunma gibi durumlar yer alır (Barutçu vd., 2008).

1.13.2 Davranışsal Belirtiler

Davranışsal belirtiler, tükenmişlik yaşayan bireylerin davranışlarında meydana gelen değişikliklerin çevresindekiler tarafından gözlemlenemese bile bireyin fark ettiği belirtiler yaşayabilir. Dolayısıyla “davranışsal belirtiler, tükenmişlik yaşayan bireylerin davranışlarında meydana gelen değişikliklerdir” şeklinde ifade edilebilir. Belirtiler, genellikle çalışanın işyerinde karşılaştığı olumsuz durumlar sonucunda ortaya çıkar. Bireyde dikkat dağınıklığı, alkol ve sigara tüketiminde artış, işe ilgisizlik, devamsızlık ve yapılan işten zevk alamama gibi davranışsal değişimler gözlemlenebilir (Oruç, 2007). Davranışsal ve fiziksel belirtiler arasında işe gitmekte isteksizlik, işyerindeki sorunları dışarıya taşıma, çalışma hevesinde gerileme, performans düşüşü ve bireyin kendisini işe yaramaz ve değersiz hissetmesi yer alır (Hogan ve McKnight, 2007).

Tükenmişlik yaşayan bireyler, işlerine yönelik beklentilerini ve coşkularını kaybederler. Çalışanlara ve hizmet sundukları kişileri önemsemeyerek karşısındakilere düşmanca tepkiler sergileme gibi davranışlarda bulunabilirler (Maslach vd., 2001). Tükenmişliğin ileri boyutlara ulaştığının en büyük göstergesi, bu davranışsal belirtilerin görülmesidir. Birey, yaşadığı tükenmişlik duygusunu uzun süre gizlemeye çalışsa da, bu durum içsel huzursuzluk yaşamasına neden olabilir (Sürgevil, 2006).

1.13.3 Fiziksel Belirtiler

Tükenmişlik, çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir ve bu sağlık sorunları arasında baş ağrısı, uykusuzluk, diyabet, ülser, hipertansiyon ve kanser gibi ciddi hastalıklar bulunabilir. Ayrıca, tükenmişliğin olası sonuçları arasında iş başarısızlığı, aşırı kilo alma ile aile düzeninin bozularak eşlerin ayrılması gibi durumlar da yer almaktadır (Tümkaya, 1996).

Tükenmişliğin fiziksel belirtileri arasında düzensiz ve yüksek kalp atışları, uykusuzluk, bitkinlik, halsizlik, enfeksiyonlara karşı bünye direncindeki zayıflama, uyuşukluk, sersemlik hali, hafıza problemleri, mide sorunları, mutsuzluk, iyileşmeyen hastalıklar, baş ve kas ağrıları gibi durumlar gözlemlenebilir (Ören ve Türkoğlu, 2006).

1.14 Tükenmişlik İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Tükenmişlik ile ilgili literatür araştırması yapıldığında, bu kavramın kapsamlı bir şekilde ele alındığı ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerinin incelendiği birçok araştırma olduğu görülmektedir. Freudenberger, sağlık çalışanlarının tükenmişliğini, kliniklerde hastalara hizmet veren sağlık personelinin yaşadığı duygusal, fiziksel ve psikolojik stresin bir sonucu olarak tanımlamış ve bu stresin yorgunluk, bıkkınlık ve iş bırakma gibi durumlara yol açtığını ifade etmiştir (Freudenberger, 1974). Maslach ise tükenmişliğin, genellikle polis, hemşire, öğretmen, avukat gibi insanlarla sürekli yüz yüze çalışan ve hizmet sektöründe görevli meslek gruplarında daha fazla görüldüğünü belirtmiştir (Maslach, 1982).

Tükenmişlik kavramı, ilk olarak sağlık ve sosyal hizmet alanlarında incelenmiş olup, bu hizmetlerde çalışanların aşırı tükenmişlik durumlarına yönelik gözlemler bu ortamların değerlendirilmesine neden olmuştur (Işıksan, 2006). Tükenmişlik, uzun süre insanlarla yüz yüze çalışan ve yardım hizmetleri sunan meslek gruplarında, özellikle duygusal beklentilerin yüksek olduğu sektörlerde görülen fiziksel, zihinsel ve duygusal yorgunluk durumunu ifade eder (Basım ve Şeşen, 2007). Bu kavram, insan ilişkilerinin sık olduğu sağlık ve sosyal hizmet sektörlerinde yüksek oranda gözlemlenmektedir. Sağlık personelinin günün 24 saati hastalara hizmet verme zorunluluğu bulunduğu diğer sektörlerle göre daha fazla mesleki tükenmişlik yaşamaktadır (Çevik ve Özbacı, 2020).

Covid-19 sürecinde sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve kaygı ilişkisini inceleyen çalışmalar, tükenmişlik arttıkça kaygının da arttığını ortaya koymuştur (Oruç, 2021). Ayrıca, duygusal zekâ ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki bulunurken, kişisel başarı ile pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Aslan ve Özata, 2008). Hemşirelerin yaşamış oldukları duygusal tükenmişliğin öncelikle duyarsızlaşmaya, sonrasında ise kişisel başarılarındaki azalmaya sebep olabileceği ifade edilmiştir (İrk vd., 2019). Mobbing ile tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki olduğu ve mobbing düzeyinin arttığı durumlarda tükenmişlik seviyesinin de yükseldiği belirlenmiştir (Yüksel, 2023).

Aile hekimlerinin tükenmişlikleriyle ilişkili faktörlerde çalışma süreleri ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır (Baykan vd., 2014). Covid-19 sürecinde sağlık çalışanları ve eğitimciler arasında yapılan karşılaştırmada, her iki sektörde de tükenmişlik yaşandığı ancak sağlık çalışanlarının eğitimcilere kıyasla daha yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır (Civek, 2021).

Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarıyla sürekli iletişim halinde olmaları, bu sektörde mesleki tükenmişliğin yüksek olmasına neden olmaktadır; tükenmişliği düşük olan çalışanların ise işlerinde daha etkin ve verimli oldukları vurgulanmaktadır (Şanlı, 2016). Tükenmişlik, sağlık çalışanları arasında giderek artan bir sorun olarak kabul edilmekte ve salgın hastalık döneminde kadın sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu, kişisel başarı azalma hissinin ise orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (Atilla ve Karakaya, 2021). Türkiye Psikiyatri Derneği (2020), sağlık çalışanlarının zamanla korku, uykusuzluk, bitkinlik, hayal kırıklığı, suçluluk ve kaygı gibi psikolojik ve fiziksel durumlar yaşayabileceklerini ve kronik tükenmişlik hali hissedebileceklerini rapor etmiştir.

1.15 Tükenmişlikle Başa Çıkma ve Önleme Yöntemleri

Tükenmişliği etkileyen faktörler arasında bireysel ve örgütsel unsurlar yer almaktadır. Bu nedenle tükenmişlikle başa çıkabilmek için bireysel ve örgütsel faktörlerin birlikte ele alınması gerekmektedir. Bireysel faktörler arasında insanın yaşı, cinsiyeti, aldığı eğitim ve aile yapısı tükenmişliği etkileyen bazı faktörler arasında gösterilmektedir (Cordes ve Dougherty, 1993). Örgütsel faktörler ise öncelikle tükenmişliğe neden olan faktörlerin tespit edilmesi ve bu durumla mücadele etmek için gerekli tedbirlerin önceden alınması önem arz etmektedir. Yöneticilerin, çalışanlarının özellik ve yeteneklerine göre iş bölümü yapması, işyerinde huzurlu ve mutlu bir çalışma ortamı sağlaması gibi uygulamalar, iş tatminini artırarak tükenmişliğin önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Pelit ve Türkmen, 2008).

Çalışanlar için iş ve meslek tanımlarının oluşturulması, personel alımlarında işe uygun personelin seçimi, yeni personele yönelik uyum eğitimlerinin verilmesi, sorunların büyümeden çözüme kavuşturulması, teşvik edici ödüllendirme ve kariyer sistemi sistemi oluşturulması, çalışanların sorunlarının dinlenilmesi ve çözüme

kavuşturulması, çalışma saatleri ve ücretin tatmin edici şekilde ayarlanması gibi durumlar örgütsel yönden alınabilecek tedbirler arasındadır (Sağlam vd., 2008).

1.16 Psikolojik Sağlamlık Kavramı

Sağlamlık, bireylerin yaşantıları boyunca karşılaştıkları sıkıntı, tehdit ve stres gibi olumsuz durumlar karşısında aldıkları tedbirler ve bu tedbirleri kullanabilme yeteneği olarak tanımlanabilir (Akdoğan ve Yalçın, 2018). Psikolojik sağlamlık ise, Latince “resilience” kelimesinden türetilmiş olup, Türkçe literatürde “psikolojik sağlamlık”, “psikolojik dayanıklılık”, “bireyin kendini toplama seviyesi ve gücü” ve “yılmazlık” gibi terimlerle ifade edilmektedir (Şahin ve Buzlu, 2019). Amerikan Psikoloji Derneği psikolojik sağlamlığı, “sıkıntı, travma, trajedi, tehditler ve hatta önemli stres kaynakları karşısında iyi uyum sağlamak” olarak tanımlamaktadır.

Diğer bir ifadeyle, psikolojik sağlamlık, bireyin sorun, tehdit veya riskli durumlar karşısında uyum sağlama ve toparlanma hareketlerini içerir (Aburn vd., 2016; Mesman vd., 2021). Sözlük tanımında ise resilience (dayanıklılık); büküldükten gerildikten sonra eski halini geri kazanma, hastalık veya olumsuz bir durumdan sonra kolay ve hızlı toparlanabilme gibi anlamlar taşımaktadır (Windle 2011). Psikolojik dayanıklılık, bireyin kendini toplama seviyesi ve gücü, yılmazlık gibi terimlerle de ifade edildiği görülmektedir (Şahin ve Buzlu, 2019).

Bireyler yaşantılarında karşılaştıkları olumsuzluklarla başa çıkamayabilirken, bazıları bu tür durumlarla karşılaştığında hızlı şekilde toparlanarak ve çeşitli teknikler kullanarak olumsuz ruh halinden kurtulabilir (Polatçı, 2017). Günlük hayatta yaşanan olaylardan kaçmak ve stresli durumları engellemek neredeyse imkânsızdır. Ancak her bireyin bu durumlara verdiği tepki farklı olabilir. Bazı bireyler zor durumlar karşısında kaygı, depresyon, stres ve endişe gibi olumsuzluklar yaşarken, bazıları bu durumlardan çok az etkilenir (Yalçın, 2013).

Psikolojik sağlamlık diğer bir ifadeyle, bir sorun, tehdit veya riskli bir durum karşısında bireyin bu durumlara uyum sağlaması ve toparlanmaya yönelik hareketleridir (Aburn vd., 2016; Mesman vd., 2021). Bazı bireyler yaşantısında karşılaştığı olumsuzluklarla başa çıkamayabilir. Bazı bireyler ise olumsuz durum karşısında hızlı

şekilde toparlayarak ve bir takım teknikler kullanarak olumsuz ruh halinden kurtulabilir (Polatcı vd., 2017).

Hastanelerin özellikle yoğun bakım ve ameliyathane gibi birimlerinde sağlık durumu ağır olan hastaların bulunması nedeniyle, hastaların tedavi sürecini yönetmek duygusal anlamda yoğun ve streslidir. Yoğun bakım servislerinde tükenmişlik sendromu sık bir şekilde görülmektedir. Tükenmişlik bireylerin iş değiştirmesi yada işten ayrılmasıyla sonuçlanmaktadır. Hemşirelerde psikolojik sağlamlığın tükenmişlik düzeyini azalttığı, etkili bir sağlık hizmeti neticesinde ise çeşitli olumlu etkilerinin bulunduğu görülmektedir (Özçetin vd., 2019).

1.16.1 Risk Faktörleri

İnsanların psikolojik sağlığı ve sağlamlığı üzerinde etkili olan birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bu faktörler bireysel, ailesel ve çevresel kaynaklardan oluşmaktadır. Risk faktörleri arasında cinsiyet, ırk, duygusal problemler ve düşük eğitim seviyesi öne çıkarken; ailesel risk faktörleri aile içindeki problemler ve aileden gelen ruhsal hastalıklar gibi etmenlere dayanmaktadır. Çevresel faktörler ise toplumun yapısı ve yaşanılan çevreden kaynaklanan durumları içerir (Scudder ve Sullivan, 2008).

Yaşanılan toplum, ekonomik statü, toplumun şiddet ve suç potansiyeli, ülkenin gelişmişlik düzeyi bu faktörlere örnek olarak verilebilir (Scudder ve Sullivan, 2008). Ayrıca, olumsuz yaşam biçimi ve şartları da risk faktörleri arasında yer alır. Bireysel risk faktörleri kronik hastalıklar, eğitim seviyesi, yaşam kalitesi ve olumsuz yaşam olaylarını kapsarken, ailesel risk faktörleri ebeveynlerin yaşam tarzı, yaşı, boşanma durumu ve aile bireylerinden gelen ruhsal hastalıklar gibi etmenleri içerir. Çevresel risk faktörleri ise toplumun büyük kısmını veya genelini etkileyen olumsuz durumları kapsar; ekonomik krizler, yaşam şartları, doğal afetler, savaşlar, salgınlar ve şiddet bu tür faktörler arasında gösterilmektedir (Gizir, 2007).

1.16.2 Koruyucu Faktörler

Bu faktörler, bireyin karşılaştığı olumsuzluk karşısındaki riskin ya da zorlu durumun etkisini hafifleten ya da tamamen ortadan kaldıran, sağlıklı uyumu ve bireyin becerisini geliştiren durumlar olarak tanımlanmaktadır (Masten, 2014). Koruyucu

faktörler kişisel özellikler, ailesel ve çevresel etmenler ya da bunların etkileşimi ile ortaya çıkan durumları içerebilir. Bireysel faktörler arasında kişinin zekası, becerisi, uyum sağlayabilme yeteneği, geleceğe yönelik umut ve güven, iyimserlik, aidiyet duygusu, inançlar, alışkanlıklar, planlı hareket ve başarı motivasyonu gibi özellikler bulunur. Ailevi faktörler ise anne ve babanın niteliği, aile içi uyum, aile yönetimi ve çocuğa güven gibi unsurları içerir. Çevresel faktörler, toplumdaki gelenek ve görenekler, ülkenin ekonomik ve toplumsal yapısı, örf ve adetler ile yetenekli bireylere gösterilen ilgi gibi dış etkenlerdir (Lerner, 2006; Afifi ve Macmillan, 2011; Masten, 2014).

Psikolojik sağlamlık; kaza, ölüm, kavga, yaralanma, aile içi sıkıntılar, terör saldırıları, doğal afetler, ekonomik sıkıntılar, işsizlik gibi olumsuz durumlar karşısında koruyucu önlemler ile riskli durumların etkileşimi sonucunda ortaya çıkan dinamik bir süreç içinde bireyin yaşantısındaki değişikliğe uyum göstermesidir. Yani bireyin karşılaştığı olumsuz durumlara rağmen bu süreci iyi bir şekilde yöneterek olumsuz durumdan etkilenmeden sürecin atlatmasıdır (Luthar vd., 2000).

Tablo 1: Psikolojik Sağlamlık Kavramının Gelişim Süreci

Evre	Süreç
Birinci Dalga	Bireysel ve sosyal başarıyı tahmin eden, sağlam bireylerin niteliklerinin fenomenolojik olarak tanımlanması.
İkinci Dalga	Sağlamlık sürecinin, koruyucu faktörlerin ve sağlamlık özelliklerinin belirlenmesi.
Üçüncü Dalga	Grup ve bireysellerdeki motivasyonel güçlerin tanımlanması, etkinleştirilmesi ve kullanımını besleyen deneyimlerin yaratılması.

Kaynak: (Özer, 2013)

Araştırmalar, psikolojik sağlamlığın üç ayrı basamakta ele alınması gerektiğini belirtmiştir. Birinci basamak, psikopatolojik sorunların başlangıç noktası, gelişim süreci ve nasıl atlatılabileceğine yönelik çözümsel değerlendirme aşamasıdır (Masten, 2011).

İkinci basamak, psikolojik sağamlık seviyesinin korunması ve bu sağamlığa destek olan koruyucu unsurların belirlenerek uyum süreci uygulanmasıdır (Masten ve Obradovic, 2006). Üçüncü basamak ise, psikolojik sağamlığın destekleyici veya koruyucu tedbirlerin analizine değil, psikolojik sağamlığı ortaya çıkaran sistemin çözümlüne yönelik yapılan çalışmalardır (Becker vd., 2000). Psikolojik sağamlığın gelişim süreci Tablo 1’de verilmiştir.

Birey tüm olumsuzluklara uyum sağlayabiliyorsa ve sonuç olarak bu olumsuzlukların üstesinden başarılı bir şekilde gelebiliyorsa bu durum bireyin psikolojik sağamlık seviyesi ve işlevselliğinin arttığının bir işaretidir. İşlevsellik; davranış ve duygusal problemlerin azalması, eğitimdeki başarı, insanlar ile olan ilişkilerin düzelmesi, psikososyal uyumluluk olarak ifade edilmektedir (Mesman vd., 2021). Literatür incelendiğinde psikolojik sağamlık düzeyi yüksek olan bireyler ile ilgili olarak; yüksek riskli koşullar altında bulunmasına rağmen iyi bir ruh haline sahip, uzun süreçli yaşanan stres ve zor şartlar karşısında yaşantısını uyumlu bir biçimde devam ettiren, yaşanması muhtemel zorlu süreci kısa sürede atlatabilen bireyler olduğu ifade edilmektedir (Terzi, 2006).

1.17 Psikolojik Sağamlığın Boyutları

İnsanın bireysel özellikleri arasında olan psikolojik sağamlık bağlanma, kontrol ve güçlük olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır (Sezgin, 2012).

1) Bağlanma boyutu, bireyin günlük hayatta yaşadığı olaylar sonucu oluşan amaç ve anlam duygusunu içermektedir.

2) Kontrol boyutu, şüpheli ve riskli durumlar karşısında bu durumu kabullenmek veya pes etmek yerine bunlarla başa çıkabilme yönünde davranış sergilemektir.

3) Güçlük boyutu, değişim ve gelişimin olması gereken bir durum olduğunu kabullenerek, ilerlemenin gerekliliğine inanarak yeni durumun mevcut durumdan daha iyi olacağına inanma duygusudur (Sezgin, 2012).

1.18 Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Yüksek Bireylerin Özellikleri

Psikolojik sağlamlık, bireyin doğuşunda mevcut olan ancak sonradan geliştirilebilecek bir özelliktir ve kişinin hayatta karşılaştığı sorunlar ile zorluklar karşısındaki tutum ve davranışları bu özelliğin seviyesini yansıtır. Bireylerin karşılaştıkları tüm sorun ve zorluklara uyum sağlayabilmesi ve hayatlarının diğer alanlarındaki olumsuzluklarla mücadele edebilmesi gerekmektedir. Psikolojik sağlamlığı yüksek olan kişiler, güç durumlara karşı koyabilen, empati yeteneği gelişmiş, kendini yeniden enerjiyle doldurabilen ve stres ile depresyon gibi psikolojik durumları sorun haline getirmeden atlatabilen ve strese dayanıklı insanlardır (Gürkan, 2006).

Ayrıca, psikolojik yönden kendini geliştirmiş ve güçlü yönleri bulunan kişilerin sosyal becerilerinin daha yüksek olduğu, yaşama daha iyimser baktığı ve yaşam sevincinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Penick ve Jepsen, 1992; Rutter, 1987). Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek bireylerin, daha hızlı ve kuvvetli arkadaşlık ilişkileri kurabildikleri ve bu ilişkileri uzun yıllar boyunca dostluğa dönüştürebildikleri de vurgulanmaktadır (Werner, 1996).

1.19 Psikolojik Sağlamlık İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Psikolojik sağlamlıkla ilgili literatür incelendiğinde, bu konuya dair birçok araştırmanın yapıldığı görülmektedir. Söz konusu araştırmalarda psikolojik sağlamlık kavramının çeşitli kavramlarla ilişkilendirilerek araştırmalara konu edilmiştir (Cevizci ve Müezziz, 2019).

Foureur ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, psikolojik sağlamlığın sertlik, zorlu durumlarla başa çıkabilme, öz yeterlilik, kolay uyum sağlama ve mücadeleci yapı gibi bireysel yeteneklerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Foureur vd., 2013). Psikolojik sağlamlık seviyesi yüksek bireylerin daha az kaygılı oldukları ve kendine güven düzeyinin yüksek olduğu ifade edilmektedir (Yalçın, 2013).

Öğretmenlerin sağlık kaygıları ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği ve sağlık kaygısı ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü, psikolojik sağlamlık ile ise negatif yönlü bir ilişki olduğu, öğretmenlerin tükenmişlik düzeyleri arttıkça

sağlık kaygılarının arttığı, psikolojik dayanıklılıkları yükseldikçe sağlık kaygı düzeylerinin ise azaldığı ifade edilmektedir (Demirbaş, 2022).

Psikolojik sağlamlıkları yüksek olan bireylerin kaygı düzeyinin düşük, kendine güven düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Yalçın, 2013). Öğretmenlerin sağlık kaygılarının tükenmişlik düzeyine arasındaki ilişkinin tespiti için yapılan araştırmada, her iki değişken arasında pozitif yönlü, psikolojik sağlamlık arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu, öğretmenlerin tükenmiş düzeyleri artış gösterdikçe sağlık kaygısı da artmakta, psikolojik dayanıklılıkları arttıkça sağlık kaygı düzeyleri azalmakta olduğu tespit edilmiştir (Demirbaş, 2022).

Sağlık çalışanları, günün 24 saati hastalara hizmet eden ve hastalarla sürekli iletişim halinde olan meslek grubunu oluşturur. Doktorlar ve hemşireler gibi sağlık çalışanlarının diğer sektör çalışanlarına kıyasla daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı ve psikolojik açıdan daha fazla yıprandığı belirtilmiştir (Baruth ve Carroll, 2002). Hemşirelerde psikolojik sağlamlık açısından risk faktörleri; meslekle ilgili duygusal hazırlığın olmaması, yoğun ve nöbetli çalışma düzeni, stresli çalışma şartları, ailesine yeterince zaman ayıramama ve profesyonel destek eksikliği gibi unsurları içerir. Bu risk faktörleri arasında riskli birimlerde görev yapmaları da eklendiğinde, hemşirelerin stres düzeyinin arttığı ve bu stresle başa çıkmada zorlandıkları gözlemlenmiştir (Hökkaş, 2019; Kaya, 2019).

Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek hemşireler, günlük yaşam ve çalışma ortamında karşılaştıkları problemlerle kaygı, tükenmişlik ve depresyon gibi faktörlerle başa çıkmada daha başarılıdır (Mealer vd., 2017). Hemşirelerde psikolojik sağlamlık ile ilgili yapılan araştırmalar, pozitif duygulara sahip olma, ümit besleme, özerklik yapısına sahip olma, çözümücü yaklaşım, mücadeleci yapı, duygusal farkındalık ve ifade yeteneği gibi faktörlerin önemli olduğunu ortaya koymuştur (Çam, 2014). Sağlık çalışanlarının çalıştıkları ortamın depresyon, sağlık kaygısı ve öfke gibi psikolojik belirtileri tetiklediği, askeri hastanelerde görev yapan hemşireler arasında yapılan bir çalışmada ise psikolojik sağlamlık ile tükenmişlik düzeyi arasında negatif bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir (Tekin, 2011).

Sağlık çalışanları görev ve sorumlulukları gereği, hastalara ve ailelerine muayene, tedavi ve bakım hizmeti sunmaktadır. Bu aşamada çalışanlar ile hasta ve yakınları arasında yakın bir ilişki kurulması kaçınılmaz olmakta ve bu da yüksek bir tükenmişlik halinin oluşmasına neden olmaktadır (Jarrad vd., 2018). Koruyucu etmenler sağlık çalışanı olan hemşirelerin, stresli çalışma koşulları ve ortamına uyum göstermelerine olanak sağlamaktadır. Psikolojik sağlamlığın bireylere yönelik sayılan bu faktörlerle mücadele etmelerinde faydalı ve etkili olduğu raporlanmıştır (Cusack vd., 2016; Rushton vd., 2015).

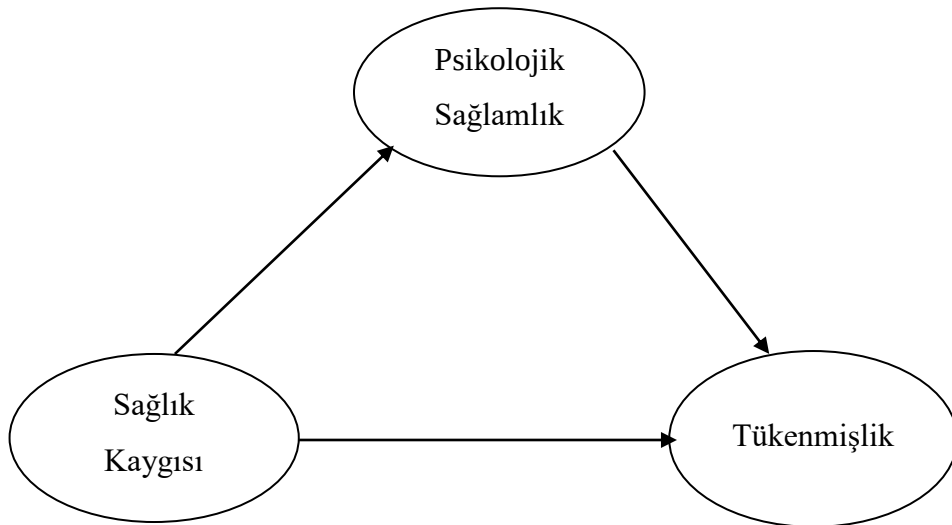
Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan sağlık personelinin görev, meslek ve ileriki dönemlere ilişkin tutumları olumlu olmakla birlikte, mesleğine yönelik bilgi, beceri ve yeteneklerini yükseltmeye yönelik olumlu düşünceler taşımaktadır. Kendisini yeterli gören, mesleğini sürekli geliştirmek ve kendisini yenilemek isteyen, gelişim ve değişimi destekleyen hemşirelerin varlığı sağlık sistemindeki problemlere ve imkânsızlıklara nazaran hemşirelik hizmetlerinin olumlu yönde gelişimine imkân sağlamaktadır (Kararırmak, 2006).

BÖLÜM 2. YÖNTEM

2.1 Araştırma Yöntemi ve Modeli

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesinde kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin yaşamış oldukları sağlık kaygısına bağlı tükenmişlik düzeyi ile psikolojik sağlamlık ilişkisinin incelendiği bu çalışmada betimsel yaklaşım ve ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Betimsel araştırma, herhangi bir olayın veya olgunun ne olduğunun açıklanmaya çalışılmasıdır. Tarama modelleri, mevcut bir durumu olduğu gibi yansıtmayı amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Olaylara yön verme veya etkileme amacı taşınmaz. İlişkisel tarama modeli ise birden fazla değişken arasındaki bağlantının varlığını veya ölçüsünü saptamayı hedeflemektedir (Karasar, 1999).

Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı, tükenmişlik düzeyi ve psikolojik sağlamlığı arasındaki ilişkiler incelenerek bu değişkenlerin cinsiyet, medeni durum, kapalı ortam, gün ışığı, eğitim düzeyi ve branşa göre anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını ele alan bu tez çalışmasında, betimsel yöntemli ve ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma modeli, yaşanmakta olan mevcut durum veya geçmişte yaşanan bir durumu olduğu haliyle tanımlamayı amaçlayan bir araştırma yaklaşımıdır (Karasar, 1998). Çalışmaya ilişkin araştırma modeli aşağıda gösterilmiştir.



Şekil 2: Araştırma Modeli

2.2 Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini bir Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesinde görev yapan 1017 sağlık personeli oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesinin farklı birimlerinde ve kademelerinde görev yapan 348 farklı unvanlı sağlık personeli oluşturmaktadır. Çalışmada kolay ulaşılabilir örneklem yöntemi kullanılmıştır. Uygun örnekleme metodu araştırmacının erişimi kolay olan (yakın çevredeki) gönüllü bireyleri çalışmaya dahil ettiği, olasılık temelli olmayan bir yöntemdir (Straton, 2021). Katılımcıların demografik verileri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Demografik Özellikleri

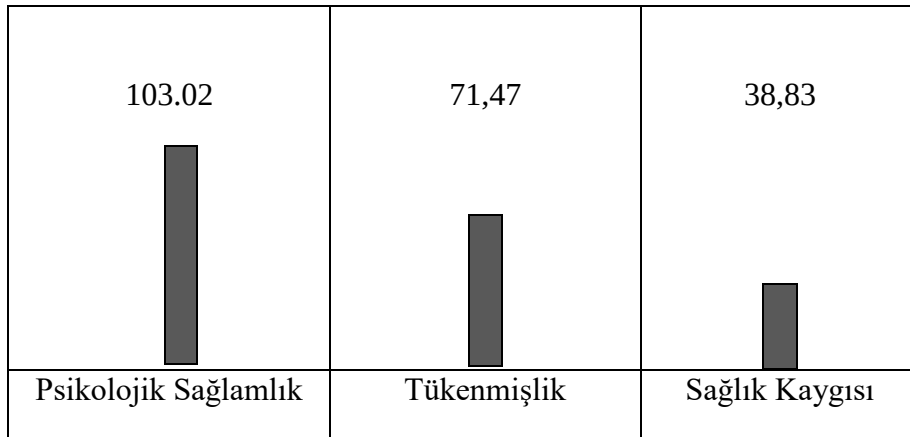
		n	%
Cinsiyet	Kadın	205	58.9
	Erkek	143	41.1
Medeni Durum	Evli	220	63.2
	Bekâr	128	36.8
Yaş	20-29	123	35.3
	30-39	135	38.8
	40-49	79	22.7
	50-59	11	3.2
Eğitim Durumu	Lise	54	15.5
	Önlisans	80	23.0
	Lisans	183	52.6
	Lisansüstü/Tıpta Uzmanlık	31	8.9
Mesleki Kıdem	1-5Yıl	106	30.5
	6-10Yıl	82	23.6
	11-15Yıl	80	23.0
	16-20Yıl	51	14.7
	21+Yıl	29	8.3
Branş	Doktor	23	6.6
	Hemşire/Ebe	158	45.4
	Sağlık Teknikeri/Teknisyeni	82	23.6
	Sağlık Lisansiyeri	20	5.7
	Sağlık İdarecisi	6	1.7
	Sağlık Destek Personeli	59	17.0
Kapalı Ortamda Çalışan	Evet	327	94.0
	Hayır	20	5.7
Gün Işığında Faydalanma	Evet	266	76.4
	Hayır	81	23.3

Tablo 2. incelendiğinde araştırmaya katılan sağlık personelinin %59'unun kadın, %41'inin erkek olduğu, %63'ünün evli, %37'sinin bekar olduğu, %35'inin 20-29 yaş aralığında, %39'unun 30-39 yaş aralığında, %23'ünün 40-49 yaş aralığında, %3'ünün 50-59 yaş aralığında olduğu, %15'inin eğitim durumunun lise, %23'ünün önlisans, %53 lisans, %9'unun lisansüstü veya tıpta uzmanlık olduğu, %7'sinin doktor, 45%'inin hemşire, %24'ünün sağlık teknisyeni-teknikeri, %6'sının sağlık lisansiyeri, %2'sinin sağlık idarecisi, %17'sinin sağlık destek personeli olduğu, %30'unun mesleki kıdeminin 1-5 yıl aralığında, %24'ünün 6-10 yıl aralığında, %23'ünün 11-15 yıl aralığında, %15'inin 16-20 yıl aralığında, %8'inin 21 yıl ve üzerinde olduğu, katılımcıların %94'ünün kapalı ortamda çalıştığı, %76'sının gün ışığı görmediği görülmektedir.

Sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Sağlık Kaygısı, Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlamlık Puanlarının Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Minimum	Maximum	Aritmetik Ortalama	S.s.
Psikolojik Sağlamlık	75	135	103.02	8.719
Tükenmişlik	22	102	71.47	10.769
Sağlık Kaygısı	19	66	38.83	10.031



Şekil 3: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarına İlişkin Aritmetik Ortalama Değerleri

Şekil 3. incelendiğinde psikolojik sağlamlık puan ortalamasının 103.02, tükenmişlik puan ortalamasının 71.47, sağlık kaygısının puan ortalamasının ise 38.83 olduğu görülmektedir.

2.3 Veri Toplama Teknikleri ve Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak çalışmaya katkıda bulunan sağlık personelinin demografik özelliklerinin tespiti için “Kişisel Bilgi Formu”, sağlık kaygısı düzeyinin tespiti amacıyla “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği”, tükenmişlik düzeylerinin tespiti için “Maslach Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği”, psikolojik dayanıklılıklarının tespiti içinse “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kullanılmıştır. Veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler aşağıda sunulmuştur.

2.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katkıda bulunan sağlık personelinin demografik özelliklerinin tespit edilmesi amacıyla “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Form; cinsiyet, eğitim durumu, branş, meslekteki çalışma süresi, yaş, medeni durum, kapalı ortamda çalışılıp çalışılmadığı ve gün ışığı görüp görmediği değişkenlerinden oluşmaktadır. Bu form ek 1’de yer almaktadır.

2.3.2 Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Salkovskis vd. (2002) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 18 maddeden oluşmakta olup 4’lü likert tipinde değerlendirilmektedir. Aydemir vd. (2013) tarafından ölçek Türkçeye çevrilerek uyarlanmıştır. Sağlık Anksiyetesi ölçeğinin ilk 14 maddesi gövde kısmı olup “Bedensel Belirtilere Karşı Aşırı Duyarlılık” boyutuyla dörtlü cevaplardan oluşmaktadır. Geriye kalan 4 madde ise, “Hastalığın Olumsuz Sonuçlarıyla İlişkili” ek boyutu oluşturarak, bireylerin ciddi bir hastalığa sahip olmaları durumunda ki ruhsal yapılarını ifade etmektedir. İç tutarlılık katsayısı .91, test tekrar test güvenirliği .57 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin bedensel belirtilere yönelik kaygıyı değerlendirmede geçerli olduğu da saptanmıştır. Ölçeğin toplam puanı her bir maddenin aritmetik ortalaması şeklinde oluşturulmaktadır (Ünalın, 2014).

2.3.3 Maslach Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği

Ölçek, Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiştir. 22 maddeden oluşan ölçek, tükenmişliği üç boyutta değerlendirmektedir. “Duygusal Tükenmişlik Boyutu” 9, “Kişisel Başarı Boyutu” 8 ve “Duyarsızlaşma Boyutu” 5 maddeden oluşmaktadır (Maslach ve Jackson, 1986). Alt ölçeklerin puanlanması her bir alt boyutun puanlanması ayrı olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçeklerin puanları, 0-5 arasında değerlendirilmektedir. “Duygusal Tükenmişlik” ve “Duyarsızlaşma” alt boyutları puanlarının yüksek, “Kişisel Başarı” alt boyutu puanlarının düşük olması tükenmişlik olarak değerlendirilir. Üç alt boyuttan elde edilen puanların ortalaması orta seviyede tükenmişliği belirtmektedir (Maslach ve Jackson, 1986). Ölçeğin Türkçeye uyarlanmasını Ergin (1992) tarafından yapılmıştır.

Ölçeğin, güvenirlik düzeyleri Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları duygusal tükenme boyutunda .83, kişisel başarı boyutunda .72, duyarsızlaşma boyutunda .65 hesaplanmıştır. Test tekrar test güvenirlik yöntemi ile hesaplanan katsayıları ise duygusal tükenme boyutunda .83, kişisel başarı boyutunda kişisel başarı boyutunda .67, duyarsızlaşma boyutunda .72 olarak hesaplandığı, çalışmada elde edilen bulgular arasında tutarlılık olduğu görülmüştür (Ergin, 1992).

2.3.4 Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Friborg vd. (2003) tarafından geliştirilmiştir. Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. 5’li likert tipinde ve 33 maddeden oluşan bir ölçektir. 4 maddesi “Yapısal Stil” boyutunu, 4 maddesi “Gelecek Algısı” boyutunu, 6 maddesi “Aile Uyumu” boyutunu, 6 maddesi “Kendilik Algısı” boyutunu, 6 maddesi “Sosyal Yeterlilik” boyutunu ve 7. maddesi “Sosyal Kaynaklar” boyutunu oluşturmaktadır.

Ölçek üzerinde yapılan değerlendirmede elde edilen puanlar ile sağlık arasında eş yönlü bir ilişki olduğu düşünüldüğünde toplam puan yükseldikçe psikolojik sağlık seviyesinin de yükseldiği, toplam puan düştükçe de psikolojik sağlık seviyesinin de düştüğü değerlendirilmektedir. Ölçekte yer alan maddelerden 16 tanesi ters anlatımlı maddeler olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Tam tersi şekilde elde

edilen puanlar ile sağlamlığın ters yönlü ilişkide olduğu değerlendirilerek diğer 17 maddenin ters anlatımlı madde olarak ele alınması gerekmektedir. Ölçeğin geçerlik çalışması için Sosyal Zekâ Ölçeği ve Kişilik Ölçeği kullanılarak ayırt edicilik ve örtüşme geçerlikleri ölçülmüştür. Ayrıca yapılan faktör analizinde altı faktörlü yapı toplam %57'lik varyans açıklamış ve ölçeğin geçerliliği saptanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği için yapısal eşitlik modelin iç tutarlılık değerleri; “Gelecek Algısı” için 0.75, “Sosyal Yeterlilik” için 0.82, “Sosyal Kaynaklar” için 0.84, “Kendilik Algısı” için 0.80, “Aile Uyum” için 0.86 ve “Yapısal Stil” için 0.76 olarak bulunmuştur (Basım ve Çetin, 2011).

2.4 Verilerin Analizi

Veriler, araştırma örnekleminde yer alan 348 sağlık çalışanına “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)”, “Maslach Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği” ve “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kullanılmak suretiyle elde edilmiştir. Çoklu değişkenlerin istatistiksel analizlerinin gerçekleştirilmesi amacıyla; uç değer, kayıp veri, normallik testi, doğrusallık, eşvaryanslılık, çoklu doğrusal bağlantı varsayım testleri uygulanmıştır.

Yapılan çalışmada cinsiyet, medeni durum, kapalı ortamda çalışma ve gün ışığı görmemenin sağlık kaygısı, tükenmişlik, psikolojik sağlamlığın istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemek için *t*-testi kullanılmıştır. Toplam çalışma süresi, branş, yaş ve öğrenim durumlarının sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesi amacıyla tek yönlük varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık ile alt boyutları arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Ayrıca, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla yapısal eşitlik modeli (YEM) analiz tekniği kullanılmıştır. Tahminleme modeli en çok olabilirlik için (maximum likelihood) yöntemi kullanılmıştır. Ön analiz sonuçlarına ilişkin veriler bulgular kısmında gösterilmiştir.

2.5 Araştırmanın Etik Yönü, Süreç ve Uygulama

Bu çalışma için gerekli veriler Tokat ilinde çalışan 348 sağlık çalışanından elde edilmiştir. Veri toplama işlemleri için ilgili kurumdan gerekli uygulama izni alınmıştır. İzinlere ilişkin belgeler ek-2’de gösterilmiştir. Veri toplanacak sağlık kuruluşunda idarecilerin bilgisi dâhilinde sağlık çalışanları bilgilendirilmiş onam formları kendilerine ulaştırılmıştır. Elde edilen veriler analize tabi tutularak sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık düzeyi saptanmaya çalışılmıştır.

2.6 Geçerlilik ve Güvenilirlik

Güvenirlik, herhangi bir ölçme aracıyla elde edilen verilerin tutarlılığı ve tekrarlanabilirliğidir. Geçerlilik ise ölçme aracının hedeflediği özelliği ölçebilme derecesidir. Güvenirliği yüksek tutmak için veri toplama araçlarını uygulamaya başlanılmadan önce alanyazın taraması yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı düzeylerini tespit etmek için “Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (Kısa Versiyon)”, tükenmişlik düzeylerini saptamak için “Maslach Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği” ve psikolojik sağlamlıklarını tespit etmek amacıyla “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçeklerin, araştırmanın amacına uygunluğu konusunda alanda uzman kişilerin desteği alınmıştır. İlgili kurumdan yasal izinler alındıktan sonra gönüllü sağlık çalışanlarına ulaşılarak ölçekler uygulanmıştır. Ölçekler uygulanmadan önce öncelikli olarak uygulanacak ölçeklerin yönergeleri, hangi amaçla kullanılacağı ve gizlilik ilkeleri net bir biçimde sağlık personeline ifade edilmiştir. Katılmak istemeyenlere herhangi bir zorlama yapılmamış, tamamen gönüllük esasına göre hareket edilmiştir.



BÖLÜM 3: BULGULAR

Yapılan araştırmanın bu kısmında elde edilen verilerin analizleriyle elde edilmiş olan bulgulara yer verilmektedir. Öncelikli olarak kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı, tükenmişlik düzeyi ve psikolojik sağlamlığı arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Daha sonrasında ise kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygılarının, tükenmişlik düzeylerinin ve psikolojik sağlamlıklarının; cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim seviyesi, branş ve meslekteki kıdem süreleri değişkenlerine göre farklılık gösterip göstermediği yönünde inceleme yapılmıştır. Psikolojik sağlamlık ve sağlık kaygısı değişkenlerinin kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişliklerine ilişkin toplam varyansın %38'ini açıkladığı bulunmuştur.

Analizler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 ve Analysis of Moment Structures (AMOS) 21 Graphics istatistik programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Analizlere başlanmadan önce değişkenler aşağıdaki gibi kodlanmıştır:

PS= Psikolojik Sağlamlık (Dayanıklılık)

TDO= Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği

SAO= Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Kayıp Veri: Analize alınacak değişkenler arasında yapılan analiz neticesinde herhangi bir kayıp verinin olmadığı belirlenmiştir.

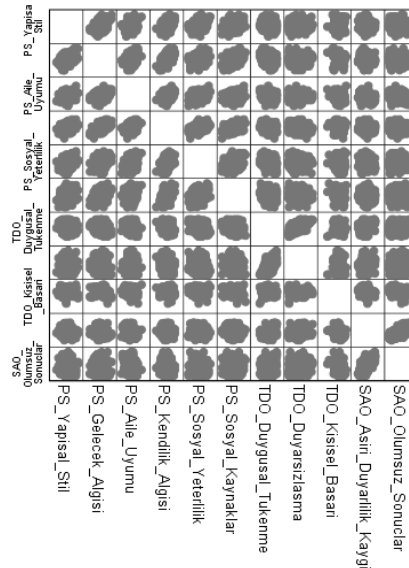
Uç Değer: Uç değerler regresyon içerisindeki mahalonobis uzaklıkları kullanılarak incelendi. 361 katılımcı içerisinde 13 katılımcının verisinin uç değer olduğu görülmüş ve veri setinden bu katılımcılara ait veri çıkartılarak 348 katılımcıya ait veriler ile devam edilmiştir.

Normallik: Bütün alt boyutların çarpıklık (skewnes) ve basıklık (kurtosis) değerleri hesaplanmış, 348 katılımcıdan oluşan veri setinde skewnes ve kurtosis değerlerinin -1 ile +1 aralığında olduğu görülmüştür. Araştırmada kullanılan ölçeklerin ve boyutlarının normallik analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4: Kullanılan Ölçeklerin ve Boyutlarının Normallik Analizi Sonuçları

	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)	Durum
PS Yapısal Stil Alt Boyutu	.279	.369	Normal
PS Gelecek Algısı Alt Boyutu	.117	.843	Normal
PS Aile Uyumlu Alt Boyutu	-.005	-.224	Normal
PS Kendilik Algısı Alt Boyutu	.116	.873	Normal
PS Sosyal Yeterlilik Alt Boyutu	.231	.028	Normal
PS Sosyal Kaynaklar Alt Boyutu	-.138	.094	Normal
TDO Duygusal Tükenme Boyutu	-.268	-.403	Normal
TDO Duyarsızlaşma Boyutu	.289	-.108	Normal
TDO Kişisel Başarı Boyutu	-.373	.991	Normal
SAO Aşırı Duyarlılık Kaygısı Boyutu	.761	.060	Normal
SAO Olumsuz Sonuçlar Boyutu	.374	-.657	Normal

Basıklık ve çarpıklık katsayısının (-1, +1) aralığında bulunması halinde verilerin normallikten aşırı sapma göstermediği söylenebilir (Büyüköztürk, 2019). Bu nedenle ölçeklerin basıklık ve çarpıklık katsayısının (-1, +1) aralığında bulunması verinin normal bir dağılım sergilediğini göstermektedir. Normallik analizine ilişkin sonuçlar tablo 4’te verilmiştir.

Şekil 4: Doğrusallık Varsayımına İlişkin Saçılma Diyagramı

Doğrusallık: Doğrusallık varsayımını kontrol etmek için saçılma diyagramı matrisi (scatter plot matrix) incelenmiştir. Matriste yer alan çoğu alt boyuta ait diyagramda doğrusallığın olduğu görülmüştür. Matriste yer alan şekiller incelendiğinde şekillerde benzerliğin bulunduğu görülmektedir. Doğrusallık varsayımına ilişkin saçılma diyagramı şekil 4'te verilmiştir.

Tablo 5: Box M değerine ilişkin tablo.

Box's M	124.881
F	.790
df1	108
df2	3056.291
Sig.	.945

Eşvaryanslılık: Veri setindeki değişkenlerin eş varyanslılığı (homojenliği) hakkında bilgi sahibi olabilmek için eş varyanslılık (homojenlik) testi gerçekleştirilmiştir. Box M testi sonucunun istatistiksel olarak anlamsız olduğu ($p > .025$), yani varyans-kovaryans matrislerinin homojen olduğu görülmüştür (Tabachnick ve Fidel, 2001). Analiz sonucu elde edilen Box M değeri (124.881) düşündürücü olmadığı için ($P = 0,945 > 0,025$) varyans-kovaryans matrislerinin homojen olduğu sonucuna ulaşılmış ve Box M değerine ilişkin Tablo 5'te gösterilmiştir.

Çoklu Doğrusal Bağlantı: Değişkenler arası basit ikili korelasyon değerlerine yönelik yapılan hesaplamada değişkenler arasındaki ilişkinin .90 değerinden küçük olması çoklu bağlantı probleminin olmadığına işaret etmektedir. Analizde bağımsız değişkenlerden birisinin bağımlı değişken olarak alınarak, kalan diğer değişkenler arasındaki değer 0,90'dan büyük olması durumunda çoklu doğrusal bağlantı sorunu olarak yorumlanabilir (Albayrak, 2005).

Tablo 6: Durbin-Watson değeri tablosu.

	R	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
				R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.548 ^a	.284	6.56292	.300	18.202	8	339	.000	2.030

Değişkenler arasında otokorelasyon bulunup bulunmadığına incelemek amacıyla Durbin-Watson katsayısı hesaplanmıştır. Durbin-Watson değerinin (2.030) olduğu görülmüştür. Durbin-Watson katsayısının 1,5 - 2,5 değerleri arasında olması otokorelasyon sorunu olmadığı yönünde yorumlanabilir (Kalaycı, 2009). Durbin-Watson değerine ilişkin analiz Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 7: Tolerans ve Varyans Artış Faktör Tablosu

Model	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	S.E.	β			Tolerance	VIF
(Sabit)	36.396	5.010		7.265	.000		
SAO Aşırı Duyarlılık Kaygısı	.343	.065	.346	5.309	.000	.487	2.055
SAO Olumsuz Sonuçlar Kaygısı	.384	.173	.141	2.217	.027	.509	1.965
PS Yapısal Stil Kaygısı	-.155	.221	-.035	-.703	.483	.812	1.231
PS Gelecek Algısı	.074	.252	.016	.294	.769	.686	1.458
PS Aile Uyumu	.094	.140	.035	.673	.501	.771	1.296
PS Kendilik Algısı	-.363	.198	-.107	-1.829	.068	.600	1.666
PS Sosyal Yeterlilik	-.354	.172	-.107	-2.055	.041	.763	1.311
PS Sosyal Kaynaklar	-.300	.164	-.095	-1.825	.069	.767	1.303

Doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiş ve tolerans değerlerinin 1’den, VIF (Varyans Artış Faktörü) değerlerinin 10’dan küçük olduğu görülmüştür. Bu bulgularla çoklu doğrusal bağlantı probleminin olmadığı belirlenmiştir. Gerçekleştirilen tüm ön analizler ile verilerin çok değişkenli istatistikler için hazır olduğu görülmüş ve bir sonraki aşamaya geçilmiştir. Tolerans ve varyans artış faktör artış tablosu tablo 7’de verilmiştir.

3.1 Demografik Özelliklere Göre Bulgular

Tablo 8: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları

	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Psikolojik Sağlamlık	4.173	.042	2.408	274.078	.017
Tükenmişlik	.525	.469	-1.882	346	.061
Sağlık Kaygısı	19.828	.000	-2.494	251.308	.013

Tablo 9: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Cinsiyete Göre Dağılımları

	Cinsiyet	N	Mean	S.S.	Std. Error Mean	P
Psikolojik Sağlamlık	Kadın	205	103.9854	8.06741	.56345	.042
	Erkek	143	101.6503	9.43791	.78924	
Tükenmişlik	Kadın	205	70.5756	10.39468	.72600	.469
	Erkek	143	72.7762	11.19445	.93613	
Sağlık Kaygısı	Kadın	205	37.6683	8.73000	.60973	.000
	Erkek	143	40.5035	11.47433	.95953	

Cinsiyete Göre Bulgular; Cinsiyete göre PS puanlarının ve SAO puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur ($p < .05$). Kadınların erkeklere göre PS puanları daha yüksektir ve erkeklerin kadınlara göre SAO puanları daha yüksek olduğu görülmüştür. TDO puanlarının cinsiyete göre herhangi bir farklılaşma göstermediği belirlenmiştir ($p > .05$). Verilere ilişkin istatistiksel bilgiler ile cinsiyete göre dağılımları Tablo 8 ve 9’da gösterilmiştir.

Tablo 10: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Medeni Duruma Göre Dağılımları

	Medeni Durum	N	Mean	S.S.	Std. Error Mean	P
Psikolojik Sağlamlık	Evli	220	102.8364	8.37263	.56448	.310
	Bekar	128	103.3516	9.31140	.82302	
Tükenmişlik	Evli	220	71.1318	10.36793	.69901	.194
	Bekar	128	72.0781	11.44353	1.01148	
Sağlık Kaygısı	Evli	220	39.3727	10.79985	.72813	.001
	Bekar	128	37.9063	8.51255	.75241	

Medeni Duruma Göre Bulgular; PS, TDO ve SAO puanlarının medeni duruma göre herhangi bir farklılaşma göstermediği belirlenmiştir ($p>.05$). Verilere ilişkin istatistiksel bilgiler tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 11: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Kapalı Ortamda Çalışmaya Göre Dağılımları

	Kapalı Ortam	N	Mean	S.S.	Std. Error Mean	P
Psikolojik Sağlamlık	Evet	327	103.0122	8.87506	.49079	.053
	Hayır	20	102.8500	5.81536	1.30035	
Tükenmişlik	Evet	327	71.6820	10.54452	.58311	.177
	Hayır	20	67.6500	13.72771	3.06961	
Sağlık Kaygısı	Evet	327	39.1957	10.07297	.55704	.102
	Hayır	20	33.0000	7.66400	1.71372	

Kapalı Ortama Göre Bulgular; Kapalı ortama göre SAO puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur ($p<.05$). Kapalı ortama evet diyen katılımcıların SAO puanları hayır diyen katılımcılardan daha yüksektir. Ancak PS ve TDO puanlarının kapalı ortama göre herhangi bir farklılaşma göstermediği belirlenmiştir ($p>.05$). Verilere ilişkin istatistiksel bilgiler Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Gün Işığında Çalışmaya Göre Dağılımları

	Gün Işığı	N	Mean	S.S.	Std. Error Mean	P
Psikolojik Sağlamlık	Evet	266	102.3835	9.00207	.55195	.138
	Hayır	81	105.0370	7.42369	.82485	
Tükenmişlik	Evet	266	72.7970	10.38523	.63676	.882
	Hayır	81	67.0247	10.88804	1.20978	
Sağlık Kaygısı	Evet	266	40.2256	10.49752	.64364	.000
	Hayır	81	34.2840	6.63558	.73729	

Gün Işığında Göre Bulgular; Gün ışığına göre PS puanlarının, TDO puanlarının SAO puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı bulunmuştur ($p<.05$). Gün ışığına evet diyen katılımcıların TDO ve SAO puanları gün ışığına hayır diyenlere

göre daha yüksektir ve gün ışığına hayır diyen katılımcıların evet diyenlere göre PS puanları daha yüksektir. Verilere ilişkin istatistiksel bilgiler Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 13: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

	Mezuniyet	N	Mean $\bar{x}$	Std. Deviation	Std. error	F	p
Psikolojik Sağlamlık	Lise	54	104.1296	8.278.29	1.12653	.593	.620
	Önlisans	80	103.2875	10.21688	1.14228		
	Lisans	183	102.8142	8.21607	.60735		
	Lisansüstü veya Tıpta Uzmanlık	31	101.6774	8.33621	1.49723		
	Toplam	348	103.0259	8.71991	.46744		
Tükenmişlik	Lise	54	71.1481	12.88177	1.75299	.386	.763
	Önlisans	80	70.7375	12.16214	1.35977		
	Lisans	183	71.6284	9.79312	.72393		
	Lisansüstü veya Tıpta Uzmanlık	31	73.0968	8.51412	1.52918		
	Toplam	348	71.4799	10.76937	.57730		
Sağlık Kaygısı	Lise	54	35.4630	10.23260	1.39248	2.783	.041
	Önlisans	80	39.6375	10.68566	1.19469		
	Lisans	183	39.6612	9.79263	.72389		
	Lisansüstü veya Tıpta Uzmanlık	31	37.7419	8.30649	1.49189		
	Toplam	348	38.8333	10.03170	.53776		

Eğitim Düzeyine Göre Bulgular; Katılımcıların eğitim düzeylerine göre PS ve TDO puanlarında istatistiksel olarak herhangi bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$). Ancak eğitim düzeylerine göre SAO puanlarının farklılaştığı belirlenmiştir ($p<.05$). Lise ve önlisans eğitim düzeyine sahip katılımcıların SAO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu ve yine lise ve lisans eğitim düzeyine sahip katılımcıların SAO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Lisans eğitim düzeyine sahip olanların SAO puanları lise mezunlarından yüksektir. Ayrıca önlisans eğitim düzeyine sahip olanların SAO puanları lise mezunlarından yüksektir. İstatistiksel sonuçlar Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 14: Psikolojik Sağlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Branş Durumuna Göre Dağılımları

		N	Mean $\bar{x}$	Std. Deviation	Std. Error	F	P
Psikolojik Sağlık	Doktor	23	98.6522	7.04278	1.46852	3.342	.006
	Hemşire/Ebe	158	104.7532	8.54638	.67991		
	Sağ. Teknikeri-Teknisyeni	82	101.7317	8.68666	.95928		
	Sağlık Lisansiyeri	20	102.2500	10.50752	2.34955		
	Sağlık İdarecisi	6	97.8333	8.40040	3.42945		
	Sağlık Destek Personeli	59	102.6949	8.34029	1.08581		
	Toplam	348	103.0259	8.71991	.46744		
Tükenmişlik	Doktor	23	74.7826	10.58711	2.20757	2.316	.043
	Hemşire/Ebe	158	71.5823	10.32727	.82159		
	Sağ. Teknikeri-Teknisyeni	82	71.4878	12.38901	1.36814		
	Sağlık Lisansiyeri	20	70.7500	9.90415	2.21463		
	Sağlık İdarecisi	6	82.3333	2.87518	1.17379		
	Sağlık Destek Personeli	59	69.0508	9.63010	1.25373		
	Toplam	348	71.4799	10.76937	.57730		
Sağlık Kaygısı	Doktor	23	39.6957	9.00220	1.87709	5.374	.000
	Hemşire/Ebe	158	37.8544	8.68546	.69098		
	Sağ. Teknikeri-Teknisyeni	82	39.4146	11.23921	1.24116		
	Sağlık Lisansiyeri	20	44.1000	10.87682	2.43213		
	Sağlık İdarecisi	6	55.0000	10.56409	4.31277		
	Sağlık Destek Personeli	59	36.8814	9.92400	1.29199		
	Toplam	348	38.8333	10.03170	.53776		

Branşa Göre Bulgular; Tüm alt boyutlara ait puanların branş durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda katılımcıların branşına göre PS, TDO ve SAO puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmanın olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). Gruplar arasındaki istatistiksel farklılaşmalara ilişkin bilgiler Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 15: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Çalışma Süresine Göre Bulgular

		N	Mean $\bar{x}$	Std. Deviation	Std. Error	F	P
Psikolojik Sağlamlık	1-5	106	103.9057	8.75217	.85009	1.873	.115
	6-10	82	101.8049	8.31396	.91812		
	11-15	80	102.6000	9.17426	1.02571		
	16-20	51	102.0196	8.71663	1.22057		
	21 Yıl ve Üzeri	29	106.2069	7.86211	1.45996		
	Total	348	103.0259	8.71991	.46744		
Tükenmişlik	1-5	106	69.6321	11.25744	1.09342	1.893	.111
	6-10	82	72.2927	10.71458	1.18323		
	11-15	80	72.6500	10.99378	1.22914		
	16-20	51	73.4510	9.72073	1.36117		
	21 Yıl ve Üzeri	29	69.2414	9.44403	1.75371		
	Total	348	71.4799	10.76937	.57730		
Sağlık Kaygısı	1-5	106	37.0566	7.31187	.71019	2.769	.027
	6-10	82	38.8415	9.74169	1.07579		
	11-15	80	41.4000	11.40242	1.27483		
	16-20	51	39.8824	13.07310	1.83060		
	21 Yıl ve Üzeri	29	36.3793	7.81671	1.45153		
	Total	348	38.8333	10.03170	.53776		

Çalışma Süresine Göre Bulgular; Katılımcıların çalışma süresine göre PS ve TDO puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığı belirlenmiştir ($p>.05$). Ancak çalışma sürelerine göre SAO puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($p<.05$). İstatistiksel veriler Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 16: Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Yaşa Göre Bulgular

		N	Mean $\bar{x}$	Std. Deviation	Std. Error	F	P
Psikolojik Sağlamlık	20-29	123	103.4228	9.01184	.81257	1.934	.124
	30-39	135	102.9407	8.51229	.73262		
	40-49	79	101.8228	7.95139	.89460		
	50-59	11	108.2727	11.82447	3.56521		
	Total	348	103.0259	8.71991	.46744		
Tükenmişlik	20-29	123	71.2520	12.20561	1.10054	.390	.760
	30-39	135	71.9852	9.75367	.83946		
	40-49	79	71.3797	10.22604	1.15052		
	50-59	11	68.5455	10.14262	3.05811		
	Total	348	71.4799	10.76937	.57730		
Sağlık Kaygısı	20-29	123	37.1789	6.98128	.62948	2.783	.041
	30-39	135	40.3037	11.19720	.96370		
	40-49	79	39.4430	11.46538	1.28996		
	50-59	11	34.9091	10.45423	3.15207		
	Total	348	38.8333	10.03170	.53776		

Yaşa Göre Bulgular; Katılımcıların yaşına göre PS ve TDO puanlarında istatistiksel olarak herhangi bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$). Ancak SAO puanlarının katılımcıların yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı belirlenmiştir ($p<.05$). İstatistiksel veriler tablo 16’da gösterilmiştir.

3.2 Sağlık Personelinin Sağlık Kaygısı ile Tükenmişlik ve Psikolojik Sağlamlığı Arasındaki İlişkilere Ait Bulgular

Araştırmanın bu aşamasında kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygıları ile tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık puanları arasındaki ilişkinin ilişkisel incelenmesiyle elde edilen bulgular Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Sağlık çalışanlarının Sağlık Kaygısı ile Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik Puanları Arasındaki Korelasyonlar

		Yapısal Stil	Gelecek Algısı	Aile Uyum	Kendilik Algısı	Sosyal Yeterlilik	Sosyal Kaynak	Duygusal Tükenme	Duyar sızlaşma	Kişisel başarı	Aşırı Duyarlılık	Olumsuz sonuçlar
1- PS (Yapısal Stil Boyutu)	r	1										
	p											
2- PS (Gelecek Algısı Boyutu)	r	.367**	1									
	p	.000										
3- PS (Aile Uyum Boyutu)	r	.143**	.314**	1								
	p	.008	.000									
4- PS (Kendilik Algısı Boyutu)	r	.301**	.472**	.294**	1							
	p	.000	.000	.000								
5- PS (Sosyal Yeterlilik Boyutu)	r	.284**	.269**	.340**	.396**	1						
	p	.000	.000	.000	.000							
6- PS (Sosyal Kaynak Boyutu)	r	.227**	.310**	.204**	.460**	.225**	1					
	p	.000	.000	.000	.000	.000						
7- TDO (Duygusal Tükenme Boyutu)	r	-.138**	-.153**	-.188**	-.287**	-.222**	-.240**	1				
	p	.010	.004	.000	.000	.000	.000					
8- TDO (Duyarsızlaşma Boyutu)	r	-.025	-.065	.071	-.195**	-.023	-.140**	.675**	1			
	p	.640	.224	.186	.000	.669	.009	.000				
9- TDO (Kişisel Başarı Boyutu)	r	.125*	.018	-.016	.156**	.040	.087	-.209**	-.294**	1		
	p	.020	.739	.771	.003	.459	.104	.000	.000			
10- SAO Aşırı Duyarlılık Kaygısı	r	-.056	-.137*	-.296**	-.224**	-.124*	-.168**	.487**	.329**	-.326**	1	
	p	.298	.010	.000	.000	.021	.002	.000	.000	.000		
11- SAO (Olumsuz Sonuçlar Boyutu)	r	-.072	-.081	-.239**	-.169**	-.105*	-.131*	.417**	.320**	-.338**	.698**	1
	p	.178	.133	.000	.002	.050	.015	.000	.000	.000	.000	

*, $P < 0.05$ ***, $P < 0.01$

Psikolojik Sağlamlık (Yapısal Stil Boyutu); PS yapısal stil ile PS gelecek algısı ($r = .367^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü, güçlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık yapısal stil boyutu arttıkça, gelecek algısı da artış olacağı söylenebilir.

PS yapısal stil ile PS aile uyumu ($r = .143^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık yapısal stil boyutu arttıkça, aile uyumu puanında da artış olacağı söylenebilir.

Psikolojik Sağlamlık (Gelecek Algısı Boyutu); PS gelecek algısı ile PS aile uyumu ($r = .314^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyli bir ilişki olduğu

bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının psikolojik gelecek algısı puanları arttıkça, aile uyumu puanında da artış gözlemlenebileceği söylenebilir.

PS yapısal stil ile PS kendilik algısı ($r = .301^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık yapısal stil boyutu arttıkça, kendilik algısı puanında da artış olacağı söylenebilir.

PS gelecek algısı ile PS kendilik algısı ($r = .472^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının PS psikolojik gelecek algısı puanları arttıkça, PS kendilik algısı puanında da artış gözlemlenebileceği söylenebilir.

Psikolojik Sağlamlık (Aile Uyumu Boyutu); PS aile uyumu ile PS kendilik algısı ($r = .294^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının aile uyumu puanları arttıkça kendilik algısı puanlarında da artış olacağı söylenebilir.

PS yapısal stil ile PS sosyal yeterlilik ($r = .284^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık yapısal stil boyutu arttıkça, sosyal yeterlilik puanında da artış olacağı söylenebilir.

PS gelecek algısı ile PS sosyal yeterlilik ($r = .269^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık gelecek algısı puanları arttıkça, sosyal yeterlilik puanında da artış gözlemlenebileceği söylenebilir.

PS aile uyumu ile PS sosyal yeterlilik ($r = .340^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının aile uyumu puanları arttıkça sosyal yeterlilik puanlarında da artış olacağı söylenebilir.

Psikolojik Sağlamlık (Kendilik Algısı); PS kendilik algısı ile PS sosyal yeterlilik ($r = .396^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu

bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının kendilik algısı puanları arttıkça sosyal yeterlilik puanlarında da artış olacağı söylenebilir.

PS yapısal stil ile PS sosyal kaynak ($r = .227^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık yapısal stil boyutu arttıkça, sosyal kaynak puanında da artış olacağı söylenebilir.

PS gelecek algısı ile PS sosyal kaynak ($r = .310^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyli bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının PS psikolojik gelecek algısı puanları arttıkça, PS sosyal kaynak puanında da artış gözlemlenebileceği söylenebilir.

PS aile uyumu ile PS sosyal kaynak ($r = .204^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının aile uyumu puanları arttıkça sosyal kaynak puanlarında da artış olacağı söylenebilir.

PS kendilik ile PS sosyal kaynak ($r = .460^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının kendilik algısı puanları arttıkça sosyal kaynak puanlarında da artış olacağı söylenebilir.

PS yapısal stil ile TDO duygusal tükenme ($r = -.138^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının yapısal stil şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça duygusal tükenme şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

PS gelecek algısı ile TDO duygusal tükenme ($r = -.153^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü, anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının yapısal gelecek algısı şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça duygusal tükenme şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

PS aile uyumu ile TDO duygusal tükenme ($r = -.188^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının aile uyumu şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça duygusal tükenme şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

PS kendilik ile TDO duygusal tükenme ($r = -.287^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü, anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının kendilik şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça duygusal tükenme şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

PS sosyal yeterlilik ile TDO duygusal tükenme ($r = -.222^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının sosyal yeterlilik şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça duygusal tükenme şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

Psikolojik Sağlamlık (Sosyal Kaynak); PS sosyal kaynak ile TDO duygusal tükenme ($r = -.240^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü, anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının sosyal kaynak şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça duygusal tükenme şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

PS kendilik ile TDO duyarsızlaşma ($r = -.195^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının kendilik şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça duyarsızlaşma şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

PS sosyal kaynak ile TDO duyarsızlaşma boyutu ($r = -.140^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının sosyal kaynak şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça duyarsızlaşma şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

Tükenmişlik (Duygusal Tükenme); TDO duygusal tükenmişlik ile TDO duyarsızlaşma sonuçları ($r = .675^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının duygusal tükenmişlik puanları arttıkça duyarsızlaşma puanlarının da artacağı söylenebilir.

PS yapısal stil ile TDO kişisel başarı ($r = .125^{*}$, $p < .05$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının yapısal stil puanları arttıkça kişisel başarı puanlarının da artacağı söylenebilir.

PS kendilik ile TDO kişisel başarı ($r = .156^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü, anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının kendilik algısı puanları arttıkça kişisel başarı puanlarında da artış olacağı söylenebilir.

TDO duygusal tükenme ile TDO kişisel başarı sonuçları ($r = -.209^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının duygusal tükenme şeklindeki tükenmişlikleri arttıkça kişisel başarı şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

Tükenmişlik (Duyarsızlaşma); TDO duyarsızlaşma ile TDO kişisel başarı sonuçları ($r = -.294^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma şeklindeki tükenmişlikleri arttıkça kişisel başarı şeklindeki tükenmişliklerinin azalacağı söylenebilir.

PS gelecek algısı ile SAO aşırı duyarlılık ($r = -.137^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü, anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının gelecek algısı şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça aşırı duyarlılık şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

PS aile uyumu ile SAO aşırı duyarlılık ($r = -.296^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının aile uyumu şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça aşırı duyarlılık şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

PS kendilik ile SAO aşırı duyarlılık ($r = -.224^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının kendilik şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça aşırı duyarlılık şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

PS sosyal yeterlilik ile SAO aşırı duyarlılık kaygısı ($r = -.124^{*}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının sosyal yeterlilik şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça aşırı duyarlılık kaygısı şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

PS sosyal kaynak ile SAO aşırı duyarlılık kaygısı ($r = -.168^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının sosyal kaynak şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça aşırı duyarlılık kaygısı şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

TDO duygusal tükenmişlik ile SAO aşırı duyarlılık kaygısı sonuçları ($r = .487^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının duygusal tükenmişlik puanları arttıkça sağlık kaygısına bağlı aşırı duyarlılık kaygı puanlarının da artacağı söylenebilir.

TDO duyarsızlaşma ile SAO aşırı duyarlılık kaygısı sonuçları ($r = .329^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları arttıkça aşırı duyarlılık kaygısı puanlarının da artacağı söylenebilir.

Tükenmişlik (Kişisel Başarı); TDO kişisel başarı ile SAO aşırı duyarlılık sonuçları ($r = -.326^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının kişisel başarı şeklindeki tükenmişlikleri arttıkça aşırı duyarlılık şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

PS aile uyumu ile SAO olumsuz sonuçlar ($r = -.239^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının aile uyumu şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça olumsuz sonuçlar şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

PS kendilik ile SAO olumsuz sonuçlar ($r = -.169^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının kendilik şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça olumsuz sonuçlar şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

PS sosyal yeterlilik ile SAO olumsuz sonuçlar boyutu ($r = -.105^{*}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının yapısal sosyal yeterlilik şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça olumsuz sonuçlar şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

PS sosyal kaynak ile SAO olumsuz sonuçları ($r = -.131^*$, $p < .01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının sosyal kaynak şeklindeki psikolojik sağlamlıkları arttıkça olumsuz sonuçlar şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

TDO duygusal tükenmişlik ile SAO olumsuz sonuçlar boyutu sonuçları ($r = .417^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının duygusal tükenmişlik puanları arttıkça olumsuz sonuçlara ait puanlarında artacağı söylenebilir.

TDO duyarsızlaşma ile SAO olumsuz sonuçlar boyutu sonuçları ($r = .320^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma puanları arttıkça olumsuz sonuçlara ait puanlarının da artacağı söylenebilir.

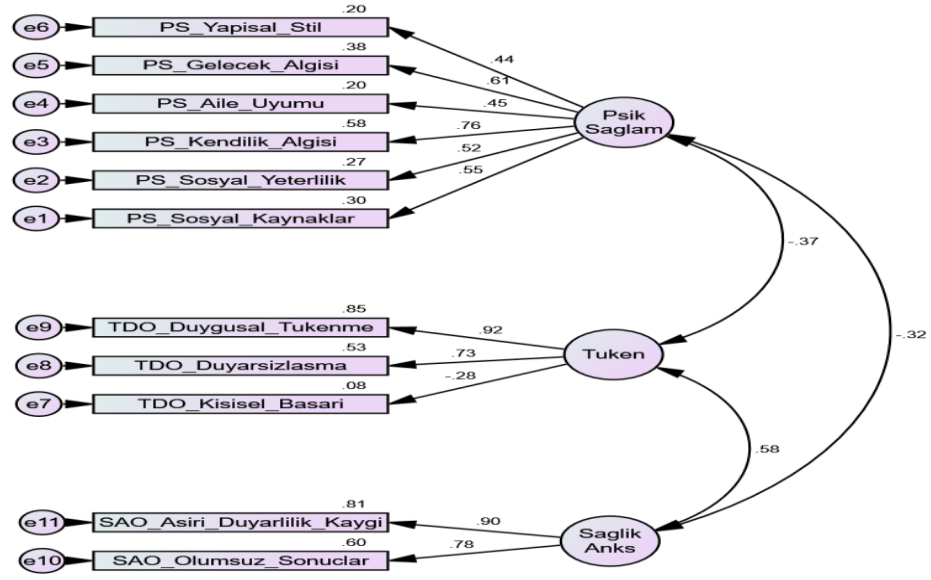
TDO kişisel başarı ile SAO olumsuz sonuçlar boyutu sonuçları ($r = -.338^{**}$, $p < .01$) arasında negatif yönlü, anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının kişisel başarı şeklindeki tükenmişlikleri arttıkça olumsuz sonuçlar şeklindeki sağlık kaygılarının azalacağı söylenebilir.

Sağlık Kaygısı (Aşırı Duyarlılık); SAO aşırı duyarlılık ile SAO olumsuz sonuçlar boyutu sonuçları ($r = .698^{**}$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulguya göre sağlık çalışanlarının aşırı duyarlılık puanları arttıkça olumsuz sonuçlara ilişkin puanlarında artacağı söylenebilir.

3.3 Ölçme Modeli

Ölçme modeli üç gizil faktör (psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve sağlık kaygısı) ve onbir gözlenen değişkenden (yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı, aşırı duyarlılık kaygısı, olumsuz sonuçlar) oluşmaktadır. Ölçme modeline ait yol (path) diyagramı şekil 5’de ve ilgili parametre değerleri tablo 17’de yer almaktadır.

Şekil 5: Ölçme Modeli Yol (Path) Diyagramı



Tablo 18: Ölçme Modeline Ait Parametre Değerleri*

Yol	Standardize Faktör Yük Değeri	Standart Hata	T	p
PSİK SAĞLAM → PS_Sosyal_Kaynaklar	,546	,086	8,849	.000
PSİK SAĞLAM → PS_Sosyal_Yeterlilik	,518	,086	8,067	.000
*PSİK SAĞLAM → PS_Kendilik_Algısı	,763			.000
PSİK SAĞLAM → PS_Aile_Uyumu	,445	,108	6,790	.000
PSİK SAĞLAM → PS_Gelecek_Algısı	,613	,063	9,313	.000
PSİK SAĞLAM → PS_Yapısal_Stil	,444	,066	6,840	.000
TUKEN → TDO_Kişisel_Başarı	-,277	,043	-4,005	.000
TUKEN → TDO_Duyarsızlaşma	,725	,039	10,939	.000
*TUKEN → TDO_Duygusal_Tükenme	,925			.000
SAGLIK ANKS → SAO_Olumsuz_Sonuçlar	,777	,029	10,921	.000
*SAGLIK ANKS → SAO_Aşırı_Duyarlılık_Kaygısı	,898			.000

Yapılan ilk analizlerde standardize yol katsayılarının - .277 ile .925 aralığında değiştiği görülmektedir. Kişisel başarı alt boyutu haricinde diğer boyutların T değerinin

* Bu yollar tahminleme amacıyla 1'e sabitlenmiştir.

1,96'dan büyük olduğu, ölçme modelinde yer alan standardize yol (path) katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < .001$). Ölçme modeline ait parametre değerleri tablo 18'de verilmiştir.

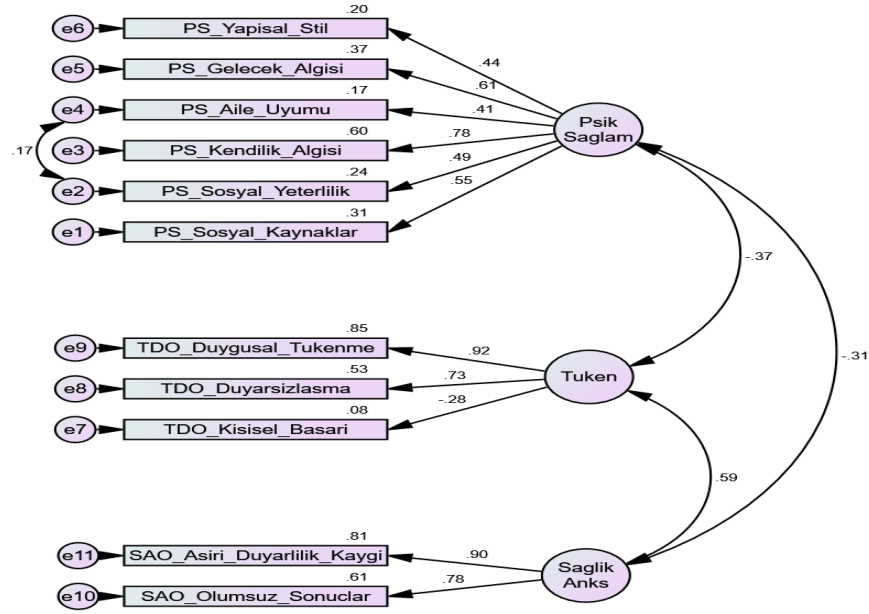
Yapılan bu analiz sonucundaki model uyum iyiliği değerlerine ilişkin veriler ise tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19: Ölçme Modeli Uyum İyiliği Değerleri

Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Uyum İyiliği Değeri
χ^2/sd	$\chi^2/sd < 3$	$3 < \chi^2/sd < 5$	3.833
GFI	$.95 \leq GFI \leq 1$	$.90 \leq GFI \leq .95$	.93
AGFI	$.95 \leq AGFI \leq 1$	$.90 \leq AGFI \leq .95$	.89
CFI	$.95 \leq CFI \leq 1$	$.90 \leq CFI \leq .95$	.89
RMSEA	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$	.090
SRMR	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .08$	.066
NFI	$.95 \leq NFI \leq 1$	$.90 \leq NFI \leq .95$	.86
IFI	$.95 \leq IFI \leq 1$	$.90 \leq IFI \leq .95$	.89
TLI	$.95 \leq TLI \leq 1$	$.90 \leq TLI \leq .95$	.86

Test edilen ölçme modelinin uyum iyiliği değerleri incelendiğinde χ^2/sd (3.833) değerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer aldığı, GFI değerinin (.93), SRMR değerinin ise (.06) olarak kabul edilebilir uyum sınırları içerisinde yer aldığı ve iyi uyuma işaret ettiği belirlenmiştir (Byrne, 1998; Hooper vd., 2008; Hu ve Bentler, 1999; Joreskog ve Sorbom, 1999; Kline, 2005). GFI değeri 0 ile 1 arasında değişir. GFI değerinin 0.90'ı aşması iyi bir model göstergesi olarak ifade edilmektedir. (Ayyıldız ve Cengiz, 2006).

Şekil 6: İkinci Ölçme Modeli Yol (Path) Diyagramı



Tablo 20: İkinci Ölçme Modeline Ait Parametre Değerleri*

Yol	Standardize Faktör Yük Değeri	Standart Hata	T	p
PSİK SAĞLAM → PS_Sosyal_Kaynaklar	,553	,086	8,860	.000
PSİK SAĞLAM → PS_Sosyal_Yeterlilik	,492	,083	7,731	.000
*PSİK SAĞLAM → PS_Kendilik_Algısı	,778			.000
PSİK SAĞLAM → PS_Aile_Uyumu	,411	,105	6,287	.000
PSİK SAĞLAM → PS_Gelecek_Algısı	,612	,064	9,101	.000
PSİK SAĞLAM → PS_Yapısal_Stil	,442	,065	6,707	.000
TUKEN → TDO_Kişisel_Basari	-,280	,043	-4,087	.000
TUKEN → TDO_Duyarsızlaşma	,728	,038	11,087	.000
*TUKEN → TDO_Duygusal_Tükenme	,921			.000
SAGLIK ANKS → SAO_Olumsuz_Sonuçlar	,778	,029	10,901	.000
*SAGLIK ANKS → SAO_Aşırı_Duyarlılık_Kaygı	,897			.000

İyi uyum gösteren değer dışındaki kalan değerlerin ise kabul edilebilir uyum değerlerine yakın olduğu görülmüş ve bu sebeple sosyal yeterlilik ile aile uyumu alt

* Bu yollar tahminleme amacıyla 1'e sabitlenmiştir.

boyutları arasında kovaryans kurularak bir modifikasyon gerçekleştirilmiştir. Modifikasyon sonrasında oluşan ölçme modeline ilişkin yol (path) diyagramı Şekil 6'da, ilgili parametre değerleri ise tablo 20'de yer almaktadır.

Tablo 21: Ölçme Modeli Uyum İyiliği Değerleri

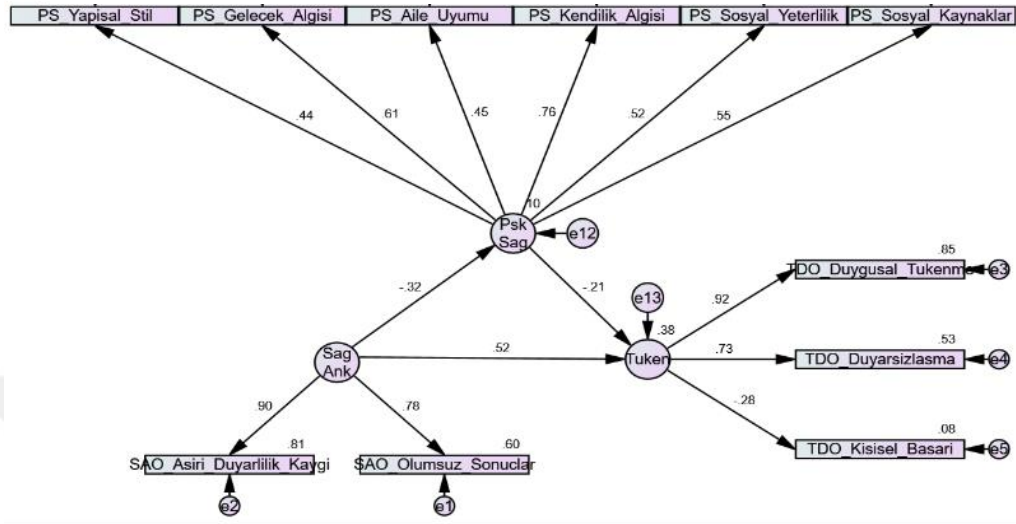
Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Uyum İyiliği Değeri
χ^2/sd	$\chi^2/sd < 3$	$3 < \chi^2/sd < 5$	3.710
GFI	$.95 \leq GFI \leq 1$	$.90 \leq GFI \leq .95$	.93
AGFI	$.95 \leq AGFI \leq 1$	$.90 \leq AGFI \leq .95$	.89
CFI	$.95 \leq CFI \leq 1$	$.90 \leq CFI \leq .95$	.90
RMSEA	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$	.088
SRMR	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .08$	.064
NFI	$.95 \leq NFI \leq 1$	$.90 \leq NFI \leq .95$	.87
IFI	$.95 \leq IFI \leq 1$	$.90 \leq IFI \leq .95$	.90
TLI	$.95 \leq TLI \leq 1$	$.90 \leq TLI \leq .95$	.86

Gerçekleştirilen ikinci modifikasyon analizi sonrasında ölçme modelinde yer alan standardize yol (path) katsayıları - .280 ile .921 aralığında olduğu görülmüş ve tüm model uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu (Byrne, 1998; Hooper vd., 2008; Hu ve Bentler, 1999; Joreskog ve Sorbom, 1999; Kline, 2005) görülmüş ve standardize yol (path) katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < .001$). Modifikasyon sonrasında ölçme modelinin doğrulandığı ve yapısal modelin testine geçilebileceği belirlenmiştir. Ölçme modeli uyum iyiliği değerlerine ait veriler tablo 21'de verilmiştir.

3.4 Yapısal Model

Araştırmanın hipotetik modelini oluşturan; sağlık kaygısı, psikolojik sağlamlık ve tükenmişlik arasındaki doğrudan ve dolaylı ilişkilerin yer aldığı yapısal model test edilmiştir.

Şekil 7: Yapısal Model Yol (Path) Diyagramı



Bu modelde sağlık kaygısından psikolojik sağlamlığa doğrudan bir yol, sağlık kaygısından tükenmişliğe doğrudan bir yol, psikolojik sağlamlığın tükenmişlik üzerine doğrudan bir yol tanımlanmıştır. Bu yapısal modele ait yol (path) diyagramı Şekil 7’de ve ilgili parametre değerleri Tablo 22’de yer almaktadır.

Tablo 22: Yapısal Modele Ait Parametre Değerleri*

Yol	Standardize Faktör Yük Değeri	Standart Hata	T	p
Psk_Sag → Sag_Ank	-.315	.027	-4.131	.000
Tuken → Psk_Sag	-.206	.596	-3.155	.000
Tuken → Sag_Ank	.519	.201	8.372	.000
*SAO_Olumsuz_Sonuclar → Sag_Ank	.777			.000
SAO_Asiri_Duyarlilik_Kaygi → Sag_Ank	.898	.288	11.014	.000
*TDO_Duygusal_Tukenme → Tuken	.925			.000
TDO_Duyarsizlasma → Tuken	.725	.039	10.951	.000
TDO_Kisisel_Basari → Tuken	-.277	.036	-4.787	.000
*PS_Yapisa_Stil → Psk_Sag	.444			.000
PS_Gelecek_Algisi → Psk_Sag	.613	.198	6.644	.000
PS_Aile_Uyumu → Psk_Sag	.445	.288	5.649	.000
PS_Kendilik_Algisi → Psk_Sag	.763	.315	7.085	.000
PS_Sosyal_Yeterlilik → Psk_Sag	.518	.252	6.145	.000
PS_Sosyal_Kaynaklar → Psk_Sag	.546	.270	6.306	.000

* Bu yollar tahminleme amacıyla 1’e sabitlenmiştir.

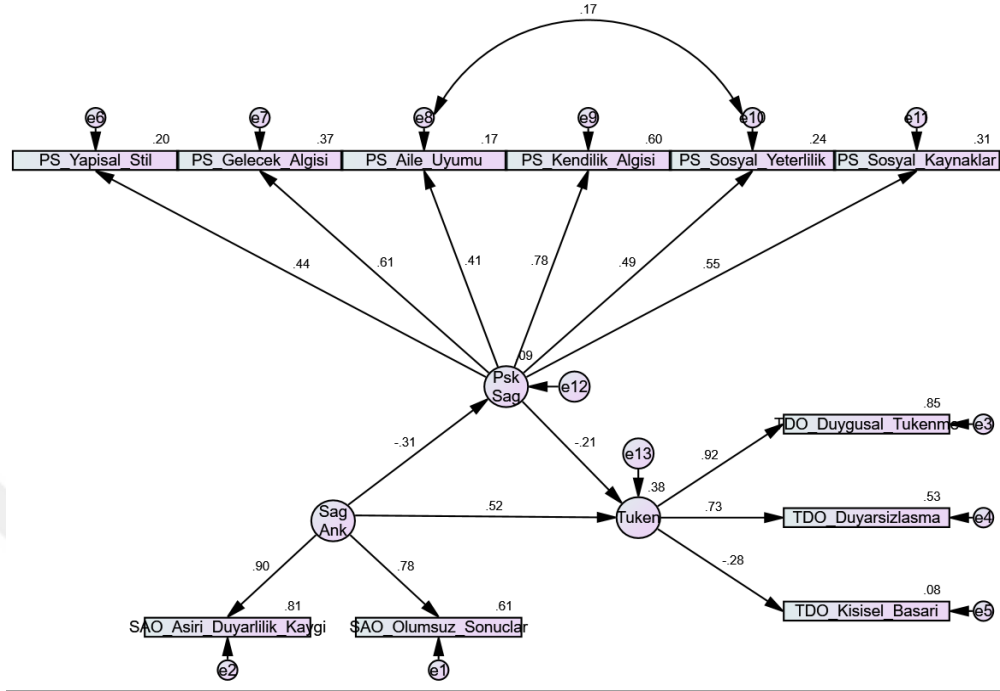
Yapısal model testi sonrasında ölçme modelinde yer alan standardize yol (path) katsayıları - .315 ile .925 aralığında olduğu görülmüştür. Değişkenlere ait tüm yol katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < .001$). Yapısal modele ait model uyum iyiliği değerleri tablo 23’de yer almaktadır.

Tablo 23: Yapısal Model Uyum İyiliği Değerleri

Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Uyum İyiliği Değeri
χ^2/sd	$\chi^2/sd < 3$	$3 < \chi^2/sd < 5$	3.833
GFI	$.95 \leq GFI \leq 1$	$.90 \leq GFI \leq .95$	.93
AGFI	$.95 \leq AGFI \leq 1$	$.90 \leq AGFI \leq .95$	.88
CFI	$.95 \leq CFI \leq 1$	$.90 \leq CFI \leq .95$	.89
RMSEA	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$	.090
SRMR	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .08$	.066
NFI	$.95 \leq NFI \leq 1$	$.90 \leq NFI \leq .95$	.86
IFI	$.95 \leq IFI \leq 1$	$.90 \leq IFI \leq .95$	.89
TLI	$.95 \leq TLI \leq 1$	$.90 \leq TLI \leq .95$	.85

Model uyum iyiliği değerleri incelendiğinde χ^2/sd değerinin (3.833), GFI değerinin (.93), SRMR değerinin (.066) olduğu ve uyum indekslerinin iyi uyum aralığında olduğu görülmüştür (Byrne, 1998; Hooper vd., 2008; Hu ve Bentler, 1999; Joreskog ve Sorbom, 1999; Kline, 2005). CFI (.89), RMSEA (.090), IFI (.89) değerlerinin ise kabul edilebilir uyum değerine yakın olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuç sonrası model modifikasyon indisleri üzerinde yapılan inceleme neticesinde; psikolojik sağlamlığın aile uyumu ve sosyal yeterlilik alt boyutları arasında kovaryans kurularak modifikasyon ile bu yapısal modele ilişkin analiz yeniden yapılmıştır. Modifikasyon sonrasında oluşan bu yapısal modele ilişkin yol (path) diyagramı Şekil 8’de ve ilgili parametre değerleri Tablo 24’te yer almaktadır.

Şekil 8: Yapısal Model Yol (Path) Diyagramı



Tablo 24: Yapısal Modele Ait Parametre Değerleri*

Yol	Standardize Faktör Yük Değeri	Standart Hata	T	p
Psk_Sag → Sag_Ank	-.308	.027	-4.039	.000
Tuken → Psk_Sag	-.210	.598	-3.208	.000
Tuken → Sag_Ank	.522	.200	8.401	.000
*SAO_Olumsuz_Sonucclar → Sag_Ank	.778			.000
SAO_Asiri_Duyarlilik_Kaygi → Sag_Ank	.897	.288	10.994	.000
*TDO_Duygusal_Tukenme → Tuken	.921			.000
TDO_Duyarsizlasma → Tuken	.728	.039	11.023	.000
TDO_Kisisel_Basari → Tuken	-.280	.036	-4.844	.000
*PS_Yapisal_Stil → Psk_Sag	.442			.000
PS_Gelecek_Algisi → Psk_Sag	.612	.200	6.609	.000
PS_Aile_Uyumu → Psk_Sag	.411	.283	5.327	.000
PS_Kendilik_Algisi → Psk_Sag	.778	.324	7.039	.000
PS_Sosyal_Yeterlilik → Psk_Sag	.492	.248	5.937	.000
PS_Sosyal_Kaynaklar → Psk_Sag	.553	.274	6.320	.000

Gerçekleştirilen modifikasyon sonrasında sağlık kaygısı ile tükenmişlik

* Bu yollar tahminleme amacıyla 1'e sabitlenmiştir.

arasındaki ilişkide hem doğrudan hem de psikolojik sağlamlık üzerinden gelen dolaylı tüm yolların anlamlı ($p < .001$) olduğu ve tüm model uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu (Byrne, 1998; Hooper vd., 2008; Hu ve Bentler, 1999; Joreskog ve Sorbom, 1999;, 2005) görülmüştür. Bu bulgular ile test edilen hipotetik modelin yapısal eşitlik modeli analizi sonucunda doğrulandığı belirlenmiştir. Yapısal modele ait uyum iyiliği değerleri Tablo 25’de yer almaktadır.

Tablo 25: Yapısal Model Uyum İyiliği Değerleri

Uyum İndeksi	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Uyum İyiliği Değeri
χ^2/sd	$\chi^2/sd < 3$	$3 < \chi^2/sd < 5$	3.710
GFI	$.95 \leq GFI \leq 1$	$.90 \leq GFI \leq .95$	.93
AGFI	$.95 \leq AGFI \leq 1$	$.90 \leq AGFI \leq .95$	.89
CFI	$.95 \leq CFI \leq 1$	$.90 \leq CFI \leq .95$	.90
RMSEA	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$	.088
SRMR	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .08$	.064
NFI	$.95 \leq NFI \leq 1$	$.90 \leq NFI \leq .95$	.87
IFI	$.95 \leq IFI \leq 1$	$.90 \leq IFI \leq .95$	.90
TLI	$.95 \leq TLI \leq 1$	$.90 \leq TLI \leq .95$	.86

Yapısal modelde χ^2/sd (3.710) değeri modelin veriyle ne kadar iyi uyum sağladığını değerlendiren bir indekstir. Tablodaki model sonucu olan (3.710) değeri, kabul edilebilir uyum aralığı içindedir ($3 < \chi^2/sd < 5$). Bu da, modelin veriyle uyum sağladığı anlamına gelmektedir.

GFI (Goodness of Fit Index): Modelin gözlenen veriyle ne kadar iyi uyum sağladığını değerlendiren bir uyum indeksidir. Tablodaki model sonucu olan .93, kabul edilebilir uyum aralığında yer almaktadır ($0.90 \leq GFI \leq 0.95$). Bu nedenle, modelin gözlenen veriyle kabul edilebilir düzeyde iyi uyum sağladığı ifade edilebilir.

SRMR (Standardized Root Mean Square Residual): Modelin veriyle ne kadar iyi uyum sağladığını değerlendiren bir uyum indeksidir. Tablodaki model sonucu olan .064, kabul edilebilir uyum aralığında yer almaktadır ($0.05 \leq SRMR \leq .08$). Bu da, modelin veriyle kabul edilebilir düzeyde iyi uyum sağladığını gösterir. Bu belirtilen değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu, model ve verinin uyumlu, ölçme aracının ise doğru olduğunu göstermektedir (Byrne, 1998; Hooper vd., 2008; Hu ve Bentler, 1999;

Joreskog ve Sorbom, 1999; Kline, 2005). Diğer değerlerden; CFI (.90), RMSEA (.088), IFI (.90) değerlerinin ise kabul edilir ve kabul edilebilir değere yakın bir puanda olduğu görülmektedir. Bu bulgular psikolojik sağlamlığın sağlık kaygısı ile tükenmişlik arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir.

Araştırma kapsamındaki hipotez ve alt problemlere ilişkin sonuçların özeti aşağıda gösterilmiştir.

Hipotezler	Desteklendi Desteklenmedi
H ₁ : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü var mıdır?	Desteklendi
H ₂ : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile demografik değişkenler arasında farklılık vardır.	Kısmen Desteklendi
H _{2a} : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile cinsiyete göre farklılık vardır.	Desteklendi
H _{2b} : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile medeni durumlarına göre farklılık vardır.	Desteklenmedi
H _{2c} : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile yaş ortalamalarına göre farklılık vardır.	Desteklendi
H _{2d} : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile eğitim düzeylerine göre farklılık vardır.	Desteklendi
H _{2e} : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile branşa göre farklılık vardır.	Desteklendi
H _{2f} : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı düzeyleri ile mesleki kıdem yıllarına göre farklılık vardır.	Desteklendi
H ₃ : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile demografik değişkenler arasında farklılık vardır.	Kısmen Desteklendi
H _{3a} : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile cinsiyete göre farklılık vardır.	Desteklenmedi
H _{3b} : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile medeni duruma göre farklılık vardır.	Desteklenmedi
H _{3c} : Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile yaşa göre farklılık vardır.	Desteklenmedi

H3d: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile eğitim düzeyine göre farklılık vardır.	Desteklenmedi
H3e: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile branşa göre farklılık vardır.	Desteklendi
H3f: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri ile mesleki kıdem yıllarına göre farklılık vardır.	Desteklenmedi
H4: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile demografik değişkenler arasında farklılık vardır.	Kısmen Desteklendi
H4a: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile cinsiyete göre farklılık vardır.	Desteklendi
H4b: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile medeni duruma göre farklılık vardır.	Desteklenmedi
H4c: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile yaşa göre farklılık vardır.	Desteklenmedi
H4d: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile eğitim düzeyine göre farklılık vardır.	Desteklenmedi
H4e: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile branşa göre farklılık vardır.	Desteklendi
H4f: Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikolojik sağlamlık düzeyleri ile mesleki kıdem yıllarına göre farklılık vardır.	Desteklenmedi



BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygısı, tükenmişlik düzeyi ve psikolojik sağlamlığı arasındaki ilişkiler incelenerek bu değişkenlerin cinsiyet, medeni durum, kapalı ortam, gün ışığı, eğitim düzeyi ve branşa göre anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığı ele alınmıştır.

4.1 Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Kaygıları ile Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkide Psikolojik Sağlamlıklarının Aracılık Rolünün Tartışılması

Elde edilen Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) bulgularına göre kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygıları ile tükenmişlikleri arasında; sağlık kaygısından tükenmişliğe hem doğrudan hem de dolaylı (psikolojik sağlamlığın aracılığı ile) yol bulunduğu, sağlık kaygısından tükenmişliğe giden yolun bir kısmının doğrudan, bir kısmının ise psikolojik sağlamlık üzerinden gerçekleştiği görülmektedir. Bu durumda kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin sağlık kaygıları ile tükenmişlikleri arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlıklarının kısmi aracılık rolü görülmektedir.

Psikolojik dayanıklılık ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada dayanıklılığı yüksek olan kişilerin tükenme düzeylerinin (Bitmiş vd., 2013) daha düşük olduğu ifade edilmektedir. Algılanan iş stresi, psikolojik dayanıklılık, başa çıkma stilleri ve öz duyarlılığın tükenmişlik düzeyine yordayıcı etkisi üzerine yapılan bir başka çalışmada ise psikolojik dayanıklılığın tükenmişlik ilişkisinde kısmi aracı bir rol oynadığı ifade edilmektedir (Ersezgin ve Sevi Tok, 2019).

Psikolojik dayanıklılık seviyesiyle tükenmişlik arasındaki ilişkiye yönelik olarak yapılan bir başka araştırma ise Taku (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgulara, psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek ile tükenmişlik arasında anlamlı negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Türkili ve diğerleri (2021) sağlık çalışanlarının Covid-19 nedeniyle yaşamış oldukları tükenmişlik, kaygı ve depresyon düzeylerine yönelik yapılan araştırmada tükenmişlik, kaygı ve depresyon düzeylerinde pozitif yönlü ilişki bulunduğu ifade edilmiştir.

4.2 Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Cinsiyet, Medeni Durum, Kapalı Ortam, Gün Işığı, Eğitim Düzeyi ve Branşa Göre Sağlık Kaygısı Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması

Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin cinsiyete göre sağlık kaygısının kadınların lehine ve psikolojik düzeylerinin erkeklerin lehine farklılaştığı, ancak tükenmişlik düzeylerinin ise cinsiyete göre herhangi bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu bulgular; kadınların psikolojik sağlamlık açısından daha güçlü olduğuna ve erkeklerin daha fazla sağlık kaygısı yaşadıklarına işaret etmektedir. Ayrıca tükenmişlik düzeyi açısından ise erkek ya da kadın kapalı ortam sağlık çalışanı olmanın herhangi bir farklılık oluşturmadığı anlaşılmaktadır.

Sosyal medya bağımlılığı ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkiyi incelemek için Özkan (2021) tarafından yapılan araştırmada erkeklerin sağlık kaygısı düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Demirbaş (2022) tarafından öğretmenlerin sağlık kaygısına bağlı tükenmişliklerine yönelik yapılan araştırmasında erkek öğretmenlerin sağlık kaygısı düzeylerinin, kadın öğretmenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalar araştırmamızda elde edilen bulgular ile benzer niteliktedir. Şimşekoğlu (2013) tarafından hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlık kaygıları arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yapılan çalışmada sağlık kaygısının medeni duruma göre farklılık göstermediği vurgulanmaktadır.

Kıroğlu (2020) tarafından Covid-19 pandemi ortamında çalışma koşulları ve genel sorunlara yönelik yapmış olduğu çalışmasında, sağlık çalışanlarının virüs bulaşma riski altında görevlerini icra ettikleri, enfeksiyonu evlerine ve ailelerine taşıma korkusu nedeniyle kaygılarının arttığını, çalışma ortamının havalandırma imkanı yönünden sorunların bulunduğunu ifade etmektedir. Kapalı ortama evet diyen katılımcıların sağlık kaygısı puanları hayır diyen katılımcılardan daha yüksek olduğu, bu durumun ise kapalı ortamda görev yapmaları nedeniyle bulaşıcı hastalığa yakalanma riskinden kaynaklanabileceği değerlendirilmekle birlikte literatürde sağlık kaygısı ile gün ışığı değişkene yönelik yapılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda, eğitim düzeylerine göre SAO puanlarının farklılaştığı belirlenmiştir. Lise ve önlisans eğitim düzeyine sahip katılımcıların SAO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu ve yine lise ve lisans eğitim düzeyine sahip katılımcıların SAO puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulgulanmıştır. Eğitim düzeylerine göre sağlık kaygısının yapılan çalışmada anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Kıracı ve Öztürk (2020) tarafından eğitim düzeyi ve sağlık kaygısı düzeyi arasında farklılaşma olduğu ifade edilmektedir. Koçyiğit ve Alptekin (2023) tarafından yapılan çalışmada ise ortaokul, lise, önlisans, lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu olan katılımcıların eğitim durumlarına göre sağlık anksiyetesi alt boyutlarında anlamlı derecede düşük puan aldıkları belirtilmektedir. Ayrıca, ilköğretim düzeyinde olanların diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek puana sahip olduğu ifade edilmektedir.

Branş düzeyine göre sağlık kaygısının anlamlı düzeyde farklılaştığı, Çamkerten ve diğerleri (2020) tarafından sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin incelenmesine yönelik yapılan çalışmada, özellikle doktor ve hemşireler olmak üzere sağlık meslek grubu içerisinde yer alan çalışanların daha çok stres, depresyon ve kaygı problemi yaşadığı belirtilmektedir.

4.3 Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Gün Işığı, Branş, Cinsiyet, Medeni Durum, Kapalı Ortam, Eğitim Düzeyi Göre Tükenmişlik Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması

Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunduğu, gün ışığına hayır diyen katılımcıların evet diyenlere göre tükenmişlik düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum ise sağlık kaygısından tükenmişliğe doğrudan giden bir yolun bulunması ve bu durumun etkili olduğuna işaret etmektedir.

Tükenmişlik düzeyinde branşa göre anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmüştür. Asistan doktorların tükenmişlik ortalama puanlarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu Yakut ve diğerleri (2013) tarafından ifade edilmektedir. Sivas ilinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyine yönelik Türkmenoğlu (2017) tarafından yapılan çalışmada ise medeni durum ile tükenmişlik arasında anlamlı bir

farklılığın saptanmadığı, ancak sağlık çalışanları arasında tükenmişlik yönünden en risk teşkil eden meslek grubunun hemşireler, daha sonra pratisyen hekimlerin olduğu belirtilmektedir. Hastanede memur statüsünde görevlendirilen sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ile sözleşmeli sağlık personeli statüsünde bulunanlar arasındaki tükenmişlik düzeyinde farklılık olduğu Akbolat ve Işık (2008) tarafından belirtilmektedir. Bu bulgular doğrultusunda ise çalışanların statü, branş ve unvanlar arasında tükenmişlik düzeyinin değişebileceği rahatlıkla ifade edilebilir.

Çalışmada cinsiyet, medeni durum, kapalı ortam ve eğitim değişkenlerine göre farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Hayran ve Aksayan (1991) tarafından ruh sağlığı alanında görev yapan profesyonellerin cinsiyetlerine göre tükenmişlik düzeylerinde anlamlı farklılaşma bulunmadığı ifade edilmektedir. Akbolat ve Işık (2008) tarafından sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri üzerine gerçekleştirdiği araştırmada, eğitim durum ile medeni durumların duygusal tükenmişliklerine; medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu ve gelir durumunun fiziksel tükenmişliklerine bir katkısının bulunmadığını belirtmektedir.

Yakut ve diğerleri (2013) tarafından sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik üzerine yapılan çalışmada; çalışanların eğitim durumuna göre tükenmişliğin üç alt boyutunda da anlamlı fark tespit edilemediği, medeni duruma yönelik duygusal tükenme ile duyarsızlık boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik Çevik ve Özbalcı (2020) tarafından çalışma yapılmıştır. Yapılan bu araştırmada, cinsiyet değişkeninin tükenmişliğe anlamlı etkisinin olmadığı, eğitim düzeyi değişkeninde ise kişisel başarı boyutunda anlamlılık tespit edilirken duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutu açısından herhangi bir farklılık bulunmadığı belirtilmektedir. Kapalı ortamda çalışanların tükenmişlik düzeylerinin ele alındığı bir çalışma ise bulunamamıştır.

4.4 Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Cinsiyet, Branş, Medeni Durum, Kapalı Ortam, Gün Işığı ve Eğitim Düzeyine Göre Psikolojik Sağlamlık Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması

Kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin cinsiyete göre psikolojik sağlamlık seviyesinde ve branş düzeyinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre sağlamlık düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşireler üzerinde Hökkaş (2019) tarafından yapılan bir araştırmada hemşirelerin psikolojik sağlamlık seviyesi orta düzey tespit edilirken; cinsiyeti kadın olanların erkeklere göre psikolojik sağlamlık düzeyinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Sağlık çalışanlarının stres, bilişsel duygu, düzenleme stratejileri, durumluk ve sürekli kaygı düzeyi ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiye yönelik Demir (2018) tarafından yapılan araştırmada, stres ve sürekli kaygı düzeylerinin erkeklerde daha düşük olduğu belirtilmektedir.

Çalışmada psikolojik sağlamlık düzeyinin cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaştığı bulgulanmıştır. Kadınların erkeklere göre psikolojik sağlamlık puanları daha yüksektir. Covid-19 salgını sonrasında 20-60 yaş aralığındaki bireylerin psikolojik sağlamlıklarına yönelik Tönbül (2020) tarafından yapılan araştırmada kadınların psikolojik sağlamlık düzeyinin erkeklere göre anlamlı düzeyle olumlu olarak farklılaştığını bulgulanmıştır. Güngörmüş ve diğerleri (2015) tarafından hemşirelik bölümünde eğitim gören öğrencilere yönelik yapılan araştırmada bayan öğrencilerin psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Medeni duruma göre istatistiki açıdan herhangi bir farklılaşma bulunmadığı görülmüştür. Tönbül (2020) tarafından psikolojik sağlamlık düzeyinin medeni durum ile eğitim durumuna göre farklılaşmadığını belirtmektedir.

Hastane çalışanlarının psikolojik sağlamlığın iş stresine etkisi üzerine Deniz ve diğerleri (2020) tarafından yapılan araştırmada çalışanların yaş, eğitim durumu ve mesleki deneyimleri ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirtilmiştir. Akdaş ve Gürocak (2020) tarafından yetişkinlerin sağlık kaygı düzeylerinin ve psikolojik sağlamlıklarına yönelik yapılan araştırmada, eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulunmadığı belirtilmektedir.



SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarının yapısal stil boyutunun, hem kişisel hem de sosyal yaşamları üzerinde anlamlı etkiler gösterebileceğine işaret edebilmektedir. Yüksek psikolojik sağlamlığa sahip olan sağlık çalışanları, kendileri ve çevreleriyle daha uyumlu, sosyal kaynaklarını daha etkili kullanan bireyler haline gelebilir. Aynı zamanda duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve sağlık kaygıları gibi olumsuz psikolojik durumlarla daha az karşılaşılabılır. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarının desteklenmesinin, onların genel sağlık ve iş performanslarına olumlu katkılar sağlayabileceğinin bir işareti sayılabilir.

Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarının "gelecek algısı" boyutu, hem kişisel hem de sosyal yaşamlarında önemli olumlu etkiler yaratmaktadır. Geleceğe yönelik olumlu bir bakış açısı geliştiren bireylerin, aile ilişkileri, sosyal çevre uyumu, kendilik algısı gibi durumlarına da iyileşmeler olacaktır. Ayrıca, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve sağlık kaygıları gibi olumsuz etkilerin azalması, bireylerin mesleki ve kişisel yaşam kalitelerini artırmaktadır. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarının, gelecek algısı üzerinden geliştirilmesinin, onların genel iyilik haline önemli katkılar sağlayabileceğini göstermektedir.

Psikolojik sağlamlık, sağlık çalışanlarının iş yaşamındaki stresle başa çıkma yeteneklerinin bir göstergesi olarak kabul edilir. Çalışmada, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar gibi psikolojik sağlamlık alt boyutlarının, duygusal tükenmişlik ve sağlık kaygıları üzerinde etkiler yarattığı görülmüştür. Özellikle aile uyumunun, çalışanların sosyal yeterlilik ve sosyal kaynakları üzerinde pozitif bir etkisi olduğu ve bu uyumun arttıkça duygusal tükenmişlik seviyelerinin azaldığı belirlenmiştir. Bu, sağlık çalışanlarının aile desteğinin, onların psikolojik sağlamlıklarını artırarak mesleki zorluklarla daha iyi başa çıkmalarını sağladığını göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlığının "kendilik algısı" boyutu, bireylerin sosyal yaşamları, mesleki başarıları ve sağlık kaygıları üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Kendilik algısının güçlü olması, bireylerin hem sosyal becerilerini hem

de sosyal kaynaklara erişimlerini artırırken, iş hayatındaki duygusal tükenmişliği ve duyarsızlaşmayı azaltmaktadır. Ayrıca, kendilik algısı yüksek olan bireyler, kişisel başarıyı daha fazla hissederken, aşırı duyarlılık kaygısı ve olumsuz sağlık beklentileri de daha düşük seviyelerde görülmektedir. Sağlık çalışanlarının kendilik algısının güçlenmesi, çalışanların mesleki başarılarını artırarak, tükenmişlik ve stresin azalmasına katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlığının "sosyal yeterlilik" ve "sosyal kaynaklar" boyutları, onların iş yaşamı ve sağlık algıları üzerinde önemli etkilere sahiptir. Sosyal yeterlilik, bireylerin hem sosyal ilişkilerini hem de mesleki başarılarını artırırken, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma gibi iş streslerine karşı da koruyucu bir faktör olarak rol oynamaktadır. Benzer şekilde, sosyal kaynaklar, sağlık çalışanlarının duygusal dayanıklılıklarını artırmakta ve iş streslerine karşı daha dirençli olmalarını sağlamaktadır. Sosyal destek sistemlerinin güçlü olması, bireylerin sağlıkla ilgili kaygılarını azaltmakta ve daha iyimser bir bakış açısı geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının iş tatmini ve genel yaşam kalitelerini artırmak için sosyal becerilerinin ve sosyal destek sistemlerinin önemine vurgu yapmaktadır.

Analizler, sağlık çalışanları arasında duygusal tükenme ve tükenmişlik süreçlerinin birbirleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Duygusal tükenme, sağlık çalışanlarının iş yükü ve duygusal baskı sonucu tükenme yaşadığını ve bunun duyarsızlaşma ile birlikte arttığını ortaya koymaktadır. Duyarsızlaşma, iş ortamında diğer insanlara karşı empati eksikliği veya duygusal tepkisizlik olarak tanımlanabilir ve bu durum, duygusal tükenmenin bir yansımasıdır. Duygusal tükenme, sağlık çalışanlarının sıkça yaşadığı bir tükenmişlik türüdür. Duygusal tükenme arttıkça, duyarsızlaşma düzeylerinin de yükseldiği ve kişisel başarıların azaldığı dikkat çekmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının duygusal yorgunluklarının mesleki tatminlerini düşürdüğünü ve kişisel başarıyı olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Ayrıca, duygusal tükenmenin aşırı duyarlılık kaygılarına ve olumsuz sağlık sonuçlarına yol açtığı gözlemlenmiş, duygusal tükenme arttıkça sağlık kaygıları ve olumsuz sonuç algı düzeyi de artacaktır.

Duygusal tükenme ile kişisel başarı arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir; bu da duygusal tükenme arttıkça kişisel başarı hissiyatının azaldığını göstermektedir. Duygusal tükenmenin artışı, bireylerin kendilerini işlerinde yeterli görme düzeyini düşürebilmektedir. Duygusal tükenme ile aşırı duyarlılık kaygısı ve olumsuz sonuçlar boyutları arasında pozitif ilişkiler gözlemlenmiştir. Bu bulgular, duygusal tükenmişlik yaşayan sağlık çalışanlarının aynı zamanda sağlık kaygıları ve olumsuz sonuçlara dair endişelerinin de arttığını göstermektedir.

Duyarsızlaşma, çalışanların işlerine ve hastalarına karşı empati kaybı yaşadığı bir durumdur. Bu çalışmada, duyarsızlaşmanın kişisel başarıyı olumsuz etkilediği ve sağlık kaygılarını artırdığı görülmüştür. Duyarsızlaşma, çalışanların sağlık kaygılarını aşırı derecede yaşamalarına ve olumsuz sonuç beklentilerinin artmasına neden olmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının mesleki stresle başa çıkma mekanizmalarının zayıfladığı ve bu zayıflığın hem kişisel hem de mesleki yaşamlarına olumsuz yansıdığı, kişisel başarı algılarını olumsuz olarak etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Duyarsızlaşma ile aşırı duyarlılık kaygısı arasında da pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu, sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma süreçleri arttıkça, sağlık kaygılarına bağlı aşırı duyarlılık kaygılarının da artabileceğini göstermektedir. Yani, duygusal mesafe oluşturmak, aynı zamanda bireylerin sağlıklarıyla ilgili endişelerini de artırabilir. Duyarsızlaşma ile olumsuz sonuçlar arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durum, duyarsızlaşma düzeyinin artmasıyla birlikte, bireylerin sağlık kaygılarına dair olumsuz sonuçlara yönelik endişelerinin de arttığını göstermektedir.

Kişisel başarı boyutundaki tükenmişlik ile sağlık kaygıları arasındaki ilişkiler, ilginç bir tablo çizmektedir. Analiz sonuçlarına göre, kişisel başarı şeklindeki tükenmişlik arttıkça aşırı duyarlılık kaygıları ve olumsuz sonuçlar şeklindeki sağlık kaygılarının azaldığı görülmüştür. Bu durum, kişisel başarı hissi azaldığında sağlık kaygılarının da düşme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu ilişki, sağlık çalışanlarının kendilerini işlerinde daha az başarılı hissettiklerinde, iş stresi ve sağlıkla ilgili kaygılardan uzaklaşma veya bu kaygıları daha az önemseme eğiliminde olduklarına işaret edebilir. Başarı hissinin azalması, sağlık kaygılarına olan hassasiyetin de düşmesiyle sonuçlanabilir. Kişisel başarı düzeyindeki tükenmişlik, sağlık

kaygılarıyla ters orantılı olarak ilişkilendirilmektedir. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının kişisel başarı algılarının güçlendirilmesinin, onların sağlık kaygılarına dair daha dengeli bir tutum geliştirmelerine yardımcı olabileceğini göstermektedir.

SAO aşırı duyarlılık ile olumsuz sonuçlar boyutu arasında bulunan güçlü pozitif ilişki, sağlık kaygıları ve olumsuz sonuçlara dair algılar arasındaki bağlantının önemli olduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanlarının aşırı duyarlılık kaygıları arttıkça, olumsuz sonuçlara ilişkin beklenti ve algılarının da aynı oranda yükseldiği görülmektedir. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının sağlık konularında aşırı duyarlılık sergilediklerinde, olası kötü sonuçlara dair endişelerinin de arttığını, psikolojik sağlamlıklarının zayıflaması durumunda, sağlık kaygılarının daha fazla ön plana çıktığını ve bu kaygıların iş performanslarını olumsuz yönde etkileyeceğini göstermektedir. Aşırı duyarlılık kaygısı ile olumsuz sonuçlar arasındaki bu güçlü ilişki, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarının artırılması ve kaygı yönetiminin güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıkları, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık kaygıları arasındaki ilişkiler incelenmiş ve önemli bulgular elde edilmiştir. Sonuçlar, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin artmasının, tükenmişlik ve sağlık kaygıları gibi olumsuz psikolojik sonuçların azalmasında önemli rol oynadığını göstermektedir. Aynı zamanda, tükenmişlik düzeylerinin artmasının sağlık kaygılarını ve diğer olumsuz sonuçları tetiklediği görülmektedir. Bu bulgular, hem bireysel hem de mesleki açıdan sağlık çalışanlarının karşılaştıkları zorlukları anlamak ve bu zorluklarla başa çıkma mekanizmaları geliştirmek açısından kritik öneme sahiptir.

ÖNERİLER

- Tükenmişliği erken teşhis etmek ve önlemek amacıyla, düzenli psikolojik taramalar yapılabilir. Sağlık çalışanlarının duygusal durumlarını ve tükenmişlik düzeylerini izleyen bir sistem oluşturulması, sorunları daha erken aşamada çözmeye yardımcı olabilir.
- Çalışılan kapalı ortamın fiziki yapısı ile ilgili olarak, gün ışığını ile güneşi daha yüksek seviyede alabilecek şekilde geniş ve ferah çalışma ortamları oluşturulmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarında duygusal destek sunan programlar ve rahatlama alanları oluşturulmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma şeklindeki tükenmişliklerinin artması, hem kişisel başarı algılarının azalmasına hem de sağlık ve iş performansı üzerinde olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Bu sebeple iş ortamında duyarsızlaşmayı azaltmaya yönelik önleyici stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir.
- Sağlık çalışanları için daha esnek çalışma saatleri ve dinlenme süreleri tanınmalıdır. Bu, özellikle yoğun stresli dönemlerde çalışanların duygusal tükenme riskini azaltacaktır.
- Yöneticiler ve liderler için duygusal zeka ve empatiyi geliştiren eğitimler düzenlenerek, ekip üyelerinin psikolojik ihtiyaçlarına daha duyarlı olmaları teşvik edilmelidir.
- Çalışanlar arasında işbirliği ve ekip ruhunu artıran sosyal etkinlikler düzenlenebilir. Sağlık çalışanlarının birbirleriyle güçlü sosyal bağlar kurması, duygusal tükenmeyi önleyebilir ve sosyal kaynakları güçlendirebilir.
- Çalışanların ailelerine yönelik destek programları da önemlidir. Aile uyumu, çalışanların psikolojik sağlamlıklarını artıran önemli bir faktör olarak görüldüğü için, aile desteğini güçlendiren etkinlikler ve eğitimler yapılmalıdır.
- Çalışanların sağlık kaygılarını ve stres faktörlerini anonim olarak paylaşabilecekleri bir geri bildirim sistemi kurulabilir. Bu sistem, sorunların erkenden tespit edilmesine ve gerekli önlemlerin alınmasına olanak tanır.
- Ayrıca, farklı ülkeler ve kültürler arasında karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilir. Çalışanların tükenmişlik düzeyleri ve psikolojik sağlamlıkları, çalışma koşulları ve kültürel farklılıklara göre değişiklik gösterebilir.

- Çalışanların iş doyumları, iş tatminleri ve mesleki gelişimleri gibi faktörler de eklenebilir, böylece tükenmişliğin hangi koşullar altında daha fazla artış gösterdiği derinlemesine incelenebilir.

- Gelecekte yapılacak çalışmalar, sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve sağlık kaygılarına yönelik daha bütüncül yaklaşımlar geliştirmelidir. Hem bireysel düzeyde psikolojik sağlamlık faktörlerinin güçlendirilmesi hem de kurumsal düzeyde iş koşullarının iyileştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, daha geniş katılımcı gruplarıyla, uzun vadeli etkiler ve farklı müdahale yöntemleri üzerine yapılacak araştırmalar, sağlık çalışanlarının karşılaştığı tükenmişlik sorunlarını daha iyi anlamaya ve çözmeye yönelik önemli adımlar olacaktır.

KAYNAKÇA

- Abramowitz, J. S. ve Braddock, A. E. (2009). *Psychological treatment of health anxiety hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Hogrefe Publishing.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. ve Valentiner, D. P. (2007). The short health anxiety inventory: psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 31(6): 871-883. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9058-1>
- Aburn, G., Gott, M. ve Hoare, K. (2016). What is resilience? an integrative review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*. 72(5): 980-1000.
- Afifi, T. O. ve MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 56(5): 266-272.
- Akbolat, M. ve Işık, O. (2008). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 11(2): 229-254.
- Akdaş Gürocak, A. (2020). *Türkiye’de covid-19 salgını sırasında yetişkinlerin kaygı düzeylerinin ve psikolojik dayanıklılıklarının şema özellikleri açısından incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Akdoğan, B. ve Yalçın, S. B. (2018). Lise öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık ve çatışma çözme davranışlarının öznel iyi oluşlarını yordaması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. (46): 174-197.
- Albayrak, A. S. (2005). Çoklu doğrusal bağlantı halinde en küçük kareler tekniğinin alternatifi olan tahmin teknikleri ve bir uygulama. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*. 1(1): 105-126.
- Alberts, N. M. ve Hadjistavropoulos H. D. (2014). Parental illness, attachment dimensions, and health beliefs: testing the cognitive-behavioural and

- interpersonal models of health anxiety. *Anxiety, Stress, ve Coping*. 27(2): 216–228.
- Almaghrabi, R. H., Alfaradi, H., Al Hebshi, W. A., ve Albaadani, M. M. (2020). Healthcare workers experience in dealing with coronavirus (COVID-19) pandemic. *Saudi Medical Journal*. 41(6): 657-661.
- Altay, B., Gönener, D. ve Demirkıran, C. (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 15(1): 10-16.
- Amerikan Psikoloji Derneği. (2015). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, (E. Köroğlu, Çev.) Hekimler Yayın Birliği, (Orijinal çalışma 2013 yılında yayımlanmıştır).
- Anagnostopoulos, F. ve Botse, T. (2016). Exploring the role of neuroticism and insecure attachment in health anxiety, safety-seeking behavior engagement, and medical services utilization: A study based on an extended interpersonal model of health anxiety. *SAGE Open*, 6 (2): 1-13.
- Arı, G. S. ve Bal, E. Ç. (2008). Tükenmişlik kavramı: birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1), 131-148.
- Arslan, Ü, Çağatay, A. ve Savaş, A. Y. (2023). Covid-19 Pandemisinde sağlık personelinin tükenmişlik durumunun incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(37): 226-246.
- Aslan, D., Kiper N, Karaağaoğlu E., Topal F., Gündük M. ve Cengiz Ö. S. (2005). Türkiye’de tabip odalarına kayıtlı olan bir grup hekimde tükenmişlik sendromu ve etkileyen faktörler, *Türkiye Tabip Odaları Birliği Yayınları*, Ankara
- Aslan, Ş. ve Özata, M. (2008). Duygusal zeka ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerin araştırılması: sağlık çalışanları örneği. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(1): 77-97.

- Atilla, E. A. ve Karakaya, A. (2021). Covid-19 pandemi döneminin sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(3): 653-680.
- Avidan A. Y. (2013). Sleep and fatigue countermeasures for the neurology resident and physician. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 19(1): 204-222. doi:10.1212/01.CON.0000427205.67811.08
- Aydemir, Ö., Kırkpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık anksiyetesi ölçeğinin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4): 325-331. <https://doi.org/10.4274/npa.y6383>
- Ayyıldız, H. ve Cengiz, E. (2006). Pazarlama modellerinin testinde kullanılabilecek yapısal eşitlik modeli (YEM) üzerine kavramsal bir inceleme, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* , 11(2): 63-84.
- Baltaş, A. ve Baltaş, Z. (1997). *Stres ve başa çıkma yolları*, Remzi Kitabevi.
- Barutçu, E. ve Serinkan, C. (2008). Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli’de yapılan bir araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 8(2): 541-561.
- Baruth K. E. ve Carroll J. J. (2002). A formal assessment of resilience: the baruth protective factors inventory. *The Journal of Individual Psychology*, 58(3): 235-44.
- Basım, H. N. ve Çetin F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2): 104-114.
- Basım, N. ve Şeşen H. (2007). EFQM mükemmellik modeli uygulamalarının çalışanların tükenmişlikleri üzerine etkisi: sağlık sektöründe bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(1): 201-13.
- Baykan, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., Kaya, A. ve Işıldak, M. Ü. (2014). Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ile ilişkili faktörler. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 18(3): 122- 133. <https://doi.org/10.15511/tahd.14.03122>

- Beck AT, ve Haigh EA, 2014. Advances in cognitive theoryand therapy: Thegenericcognitive model. *Annualreview of clinicalpsychology*, 10:1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032.813.153734>
- Becker, B., Luthar, S. S. ve Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines forfuture work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Birimoğlu-Okuyan, C., Karasu, F. ve Polat, F. (2020). Covid-19'un hemşirelik öğrencilerinin sağlık kaygısı düzeyleri üzerine etkisi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13: 45-52.
- Birnie, K. A., Sherry, S. B., Doucette, S., Sherry, D. L., Hadjistavropoulos, H. D. ve Stewart, S. H. (2013). The interpersonal model of health anxiety: testing predicted paths and model specificity. *Personality and Individual Differences*, 54(7): 856-861.
- Bitmiş, M. G., Sökmen, A. ve Turgut, H. (2013). Psikolojik dayanıklılığın tükenmişlik üzerine etkisi: örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolü. *Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(2): 27-40.
- Brookes, M. J. ve Kaplan, A. (1972). The Office environment: Space planning and affective behavior. *Human factors*, 14(5): 373-391.
- Büyüköztürk Ş. (2019). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Pegem Yayıncılık.
- Byrne, B. M. (1998). Structural equation modeling with LISREL. *Prelis and Simplis*, 196-199.
- Cemaloğlu, N. ve Erdemoğlu, Ş. D. (2007). Öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin farklı değişkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(2): 463-484.
- Cevizci, O. ve Müezzini, E. E. (2019). Sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerin ve psikolojik dayanıklılığın incelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3): 166-172.

- Cherniss, C. (1988). Observed supervisory behavior and teacher burnout in special education. *Exceptional Children*, 54(5): 449-454.
- Civek, B. (2021). Covid-19 pandemi döneminde sağlık sektörü ve eğitim sektörü çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Bahçeşehir Üniversitesi.
- Cordes, C. L. ve Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4): 621-656. <https://doi.org/10.5465/amr.1993.9402210153>
- Cusack, L., Smith M., Hegney D., Rees CS., Breen L. J., Witt R. R., Rogers C., Williams A., Cross W. ve Cheung K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: constructing a unified theoretical model. *Front Psychol. Frontiers in Psychology*, 7: 178-990.
- Çağatay, A. (2024). Deprem sonrası travma, tükenmişlik ve yaşam doyumu üzerine bir araştırma. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 15(1): 724-745.
- Çağatay, A. ve Kızılkaya, S. (2022). Sağlık çalışanlarına uygulanan performans değerlendirme sisteminin çalışanların motivasyonuna etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(3): 741-762.
- Çam, O. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. O. Çam. ve E. Engin (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı Kitabı* içinde (s. 5-19). İstanbul Tıp Kitapevi.
- Çamkerten, S., Tatar, A. ve Saltukoğlu, G. (2020). Sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(4): 257-265.
- Çevik, O. ve Özbacı, A. A. (2020). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişki- Samsun ili örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(3): 1773-1787.
- Deale, A. (2007). Psychopathology and Treatment of Severe Health Anxiety. *Psychiatry*, 6(6): 240.

- Deckard, G., Meterko, M. ve Field, D. (1994). Physician burnout: An examination of personal. *Professional and Organizational Relationships*, 32(7): 745-754.
- Demir, B. (2013). *Kapalı ortamda çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Bilim Üniversitesi.
- Demir, T. (2018). *Sağlık çalışanlarında algılanan stres, psikolojik sağlamlık ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyini yordama gücü* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Arel Üniversitesi.
- Demir, Ü. F. (2020). Sağlık çalışanları arasında uyku kalitesi ve huzursuz bacak sendromunun yaygınlığı. *Cerrahi ve Tıp Dergisi*, 4(2): 144-147. <https://doi.org/10.28982/josam.693717>
- Demirbaş, B. (2022). *Covid-19 pandemisi sürecinde öğretmenlerin sağlık kaygısına bağlı tükenmişlikleri ve psikolojik dayanıklılıkları* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Atatürk Üniversitesi.
- Deniz, S., Çimen, M. ve Yüksel, O. (2020). Psikolojik sağlamlığın iş stresine etkisi: hastane çalışanlarına yönelik bir araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi*, 8(2): 351-370.
- Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12(1): 3-12.
- Düzovalı, G. (2007). *Kapalı ortam hava kirliliği ve çözümleri: kahvehane ve okul durumu* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: a conceptanalysis. *Nursing Forum*, 42(2): 73-82.
- Elek, N. İ. (2022). *Kapalı ortamlarda radon kaynaklı radyasyon riskinin değerlendirmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi] Ege Üniversitesi.
- Ergin C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. *Ulusal psikoloji kongresi bilimsel çalışmaları*. 22(25): 143-54.

- Ersezgin, R. ve Sevi Tok, E. S. (2019). Algılanan iş stresi, psikolojik dayanıklılık, başa çıkma stilleri ve öz-duyarlılığın tükenmişlik düzeyini yordayıcı etkisi. *Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(36): 1-36.
- Fischer W. (1984). Psychiatry of the physician J. C. Reil--a critical view. *Psychiatr Neurol Med Psychol*. 36(4): 229-35.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout, *Journal of Social Issues*, 30:159 -165.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. ve Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind health adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2): 65-76.
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28): 113-128.
- Güngörmüş, K., Okanlı, A. ve Kocabeyoğlu, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1): 9-14.
- Gürbüz, H. ve Karapınar, M. (2014). Bankacılık sektöründe çalışanların tükenmişlik düzeylerinin Maslach kriterlerine göre ölçülmesi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 10(23): 267-278.
- Gürkan, U. (2006). *Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Hayran, O. ve Aksayan, S. (1991). Pratisyen hekimlerde iş doyumu. *Toplum ve Hekim*, 6:16-17.
- Hayta, A. B. (2007). Çalışma ortamı koşullarının işletme verimliliği üzerine etkisi. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1): 21-41.
- Heinen, A., Varghese, S., Krayem, A. ve Molodynski, A. (2021). Under standing health anxiety in the COVID19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*, 25.

- Hekimoğlu, E. C. ve Bilik, M. Z. (2020). Freud'dan Lacan'a kaygı. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 7(3): 336–367. doi:10.31682/ayna.761464
- Hogan, B. (2010). Coping with health anxiety. *Improving Access to Psychological Therapies*, 1, 4-5.
- Hogan, R. L. ve McKnight M.A. (2007). Exploring Burnout Among University online instructors: an initial investigation. *Internet and Higher Education*, 119.
- Hooper, D., Coughlan, J. ve Mullen, M. (2008). Evaluating model fit: a synthesis of the structural equation modelling literature. In *7th European Conference On Research Methodology For Business and Management Studies*. 195- 200.
- Hökkaş, M. (2019). *Hemşirelerin psikolojik sağlık düzeyleri ve etkileyen faktörler* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi.
- Hu, L. T. ve Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1): 1-55.
- İrk, E., Ardiç, M. ve Balcı, A. (2019). Çalışanların örgütsel adalet algılarının tükenmişlik düzeylerine etkisi: hemşirelere yönelik bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*. 11(2):1172-1182. DOI:10.20491/isarder.2019.663
- Işıkhan, V. (2006). Onkoloji Alanında Bakım Verenlerin Tükenmişliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 17(2):7-24.
- Jarrad, R., Hammad, S., Shawashi, T. ve Mahmoud, N. (2018). Compassion fatigue and substance use among nurses. *Annals of General Psychiatry*. 17: 1-8.
- Joreskog, K. G., Sorbom, D., Du Toit, S. ve Du Toit, M. (1999). LISREL 8: New Statistical Features. *Scientific Software International*.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 68(1): 30.

- Kahraman, F. (2022). *Acil serviste anksiyete bozukluğu tanılı bireylerdeki derin nefes egzersizinin anksiyete düzeyine ve taburculuk süresine etkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Kalaycı, Ş. (2009). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik uygulamaları*. Asil Yayınevi.
- Karaçadır, V. (2017). *Üniversite öğrencilerinin sağlık kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik bir çalışma: Isparta ili örneği* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik sağlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 26: 129-142.
- Karapınar, Ö. K., Aktaş, K. ve Aslan, S. (2012). Panik bozukluğunda sağlık kaygısı envanteri (haftalık kısa form) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1): 41-48.
- Karasar, N. (1998). Bilimsel araştırma yöntemi. (8. Baskı). Nobel Yayınevi.
- Kaya, R. (2019). *Riskli birimlerde çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve spiritüel iyi oluşlarının belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Okan Üniversitesi.
- Kayacı, R. (2023). *Hemşirelerin yaşadığı sağlık anksiyetesi ve iş yaşamı kalitesi arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Kılınçel, Ş., Tuncer, İssı, Z., Kılınçel, O., Akpınar Arslan, E., Ay, R., Erzin, G. ve Akkaya, C. (2020). Effects of coronavirus (covid-19) pandemic on health anxiety levels of healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine*. <https://doi.org/10.16899/jcm.767377>
- Kıraç, R. ve Öztürk, Y. E. (2020). Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 23(2): 214-243.

- Kıroğlu, F. (2020). COVID-19 pandemi ortamında çalışma koşulları ve genel sorunlar. *MEYAD Akademi*. 1(1): 79-90.
- Kizir, N. (2016). *Acil servis çalışma ortamının hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarına etkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisanis tezi]. Ege Üniversitesi.
- Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling. The Guilford Press.
- Kocabaşoğlu, N. (2005). Stres ve anksiyete, medikal açıdan stres ve çareleri. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları*. 181-198.
- Koçyiğit, E. G. ve Alptekin, M. U. (2023). Yetişkinlerde (18-45 yaş) algılanan stres düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişkide psikolojik dayanıklılığın aracı rolü. *Artuklu İnsan Ve Toplum Bilim Dergisi*, 8(2): 218-232. <https://doi.org/10.46628/itbhssj.1369896>
- Leiter, M. P. ve Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on bournout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behaviour*. 9:297-308
- Lerner, R. M. (2006). Resilience as an attribute of the developmental system: comments on the papers of professors masten ve wachs. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1): 40-51.
- Longley, S. L, Watson, D. ve Noyes, R. (2005). Assessment of the hypochondriasis domain: the multidimensional inventory of hypochondriacal traits (MIHT), *Psychological Assessment*. 17: 3-14.
- Lucock, M. P. Ve Morley, S. (1996). The health anxiety questionnaire. *British journal of health psychology*, 1: 50-137.
- Luthar, S., Cicchetti, D. ve Becker, B. (2000). The construct of resilience. a critical evaluation and guidelinesfor future work. *Child Development*. 71(3): 543-562
- Manav, F. (2011). Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*. 5(9): 201-211.

- Marcus, D. K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1): 79-91.
- Maslach, C. ve Leiter, M. *Encyclopedia of mental health* içinde (1026). Akademik Basın.
- Maslach, C. ve Leiter, M. P. (1997). The truth about how organizations use personal stress and what to do about it. *Josey-Bass*.
- Maslach, C. ve Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 15(2): 103-111.
- Maslach, C. (1981). Burnout: a social psychological analysis, the burnout syndrome: current research, theory and interventions. III. *London House Management*. 31-52.
- Maslach, C. (1982). Burnout: the cost of caring. *Englewoodcliffs, nj: Prentice Hall*. 2-10.
- Maslach, C., Leiter, M. P. ve Schaufeli, W. M. (2009). The Oxford handbook of organizational wellbeing. Cartwright ve C. L. Cooper (Ed.), *Measuring burnout* içinde (s. 86-108). Oxford University Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. ve Leiter, M.P. (2001). Job burnout, *Annu. Rev. Psychol.*, 52. 397-422.
- Maslach, C. ve Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*. (2)2: 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E. ve Schwab, R. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2 Baskı). Palo Alto Consulting Psychologists Press.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: framework for research, practice and translation synergy. *Development And Psychopathology*. 23(2): 493-506.

- Masten, A. S. (2014). Invited commentary: resilience and positive youth development frameworks in developmental science. *Journal of youth and adolescence*. 43(6): 1018-1024.
- Masten, A. S. ve Obradovic, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals Of The New York Academy of Sciences*. 1094(1): 13–27.
- Mealer, M., Hodapp, R., Conrad, D., Dimidjian, S., Rothbaum, B. O. ve Moss, M. (2017). Designing a resilience program for critical care nurses. *AACN advanced critical care*. 28 (4): 359-365.
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A. ve Bailey, R. (2016). The role of metacognitive beliefs in health anxiety. *Personality and Individual Differences*. 89(1): 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.006>
- Mesman, E., Vreeker, A. ve Hillegers, M. (2021). Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions. *Current Opinion in psychiatry*. 34(6): 586.
- Mizmizlioğlu, E. (2018). *Bir grup ruh sağlığı çalışanında iş doyumunun psikolojik dayanıklılık ve sağlıklı yaşam biçimiyle ilişkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Işık Üniversitesi.
- Noyes, J. D., Stuart, S., Langbehn, D., Happel, R. L., Longley S. L. ve Yagla S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*. 43(4): 282-289.
- Noyes, J. D., Stuart, S., Langbehn, D., Happel, R. L., Longley, S. L., Muller, B. A. ve Yagla, S. J. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*. 65(2): 292-300.
- Oğuzberk, M. ve Aydın, A. (2008). Ruh sağlığı çalışanlarında tükenmişlik. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 11(4): 167-179.
- Oldham, G. R. ve Brass, D. J. (1979). Employee reactions to an open-plan office: a naturally occurring quasi-experiment. *Administrative Science Quarterly*. 24(2): 267-284.

- Oruç, S. (2007). *Özel eğitim alanında çalışan öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Oruç, S. (2021). *Sağlık personelinde pandemi sürecinde oluşan anksiyete durumu ve tükenmişlik sendromunun incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Yakın Doğu Üniversitesi.
- Ören, N. ve Türkoğlu, H. (2006). Öğretmen adaylarında tükenmişlik. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 16.
- Öz, F. ve Yılmaz, E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 16(3): 82-89.
- Özdelikara, A., Alkan, S. A. ve Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 14(3): 275-282.
- Özdelikara, A. ve Yaman, E. (2021). Pandemi sürecinde çalışan hemşirelerin sağlık kaygısı ve karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(2): 383-399.
- Özer, E. (2013). *Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin duygusal zekâ ve beş faktör kişilik özellikleri açısından incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Özkan, F. F. (2021). *18-64 Yaş arası genç erişkinlerde sosyal medya bağımlılığı ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Özyaral, O. ve Keskin, Y. (2009). Sağlık çalışanları ve sıkıcı hastane sendromu. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*. 9.
- Pelit, E. ve Türkmen, F. (2008). Otel işletmeleri işgörenlerinin tükenmişlik düzeyleri: yerli ve yabancı zincir otel işletmeleri işgörenleri üzerinde bir araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 10(1): 117 – 139.

- Penick, N. I. ve Jepsen, D. A. (1992). Family functioning and adolescent career development. *The Career Development Quarterly*. 40(3): 208-222.
- Perlman, B. ve Hartman, E. A. (1982). Burnout: summary and future research. *Human Relations*. 35(4): 283-305.
- Polatcı, S., Irk, E., Gültekin, Z. ve Sobacı, F. (2017). Psikolojik dayanıklılık ve kişilik özellikleri tatmin düzeyini etkiler mi? *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*. 4(29): 553-578.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*. 50(7-8): 502-512.
- Rushton, C., Batcheller, J., Schroeder, K. ve Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practising in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*. 24(5): 412-420.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 57(3): 316-331.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. ve Clark, D. M. (2002). The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*. 32(1): 843-853. <https://doi.org/10.4274/npa.y6383>
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. ve Deale, A. C. (2003). Cognitive-Behavioral treatment for severe and persistent health anxiety hypochondriasis. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 3(3).
- Salkovskis, P. M. ve Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*. 24(5): 597-602.
- Sarıkaya, P. (2007). *Tükenmişlik sendromunun kişilik özelliklerinden denetim odağı ile ilişkisi ve bir uygulama* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.

- Schaufeli, W. M. (2018). Burnout in europe: relations with national economy, governance, and culture. *Research Unit Occupational 57 ve Organizational Psychology and Professional Learning (internalreport)*.
- Scudder, L., Sullivan, K. S. ve Copeland-Linder, N. (2008). Adolescent resilience: lessons for primary care. *The Journal for Nurse Practitioners*. 4(7): 535-543.
- Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A. ve Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen adam psikiyatri ve nörolojik bilimler dergisi*. 23: 238-243. Doi: 10.5350/DAJPN2010230403t
- Sezgin, F. (2012). İlköğretim okulu öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 20(2): 489-502.
- Sherry, D. L., Sherry, S. B., Vincent, N. A., Stewart, S. H., Hadjistavropoulos, H. D., Doucette, S. ve Hartling, N. (2014). Anxious attachment and emotional instability interact to predict health anxiety: An extension of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*. 56: 89-94.
- Spitzer, C., Barnow, S., Gau, K., Freyberger H. J. ve Grabe H. J., (2008). Childhood maltreatment in patient with somatization disorder. *Australian ve New Zealand Journal of Psychiatry*. 42: 335-41.
- Starcevic, V. ve Noyes, R. (2014). Hypochondria and health anxiety: a guide for clinicians. *New York: Oxford University Press*.
- Stratton, S. J. (2021). Population research: convenience sampling strategies. *Prehosp Disaster Med*. 36(4): 373-374.
- Sunderland, M., Newby, J. M. ve Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*. 202(1): 56–61. doi:10.1192/BJP.BP.111.103960
- Sundstrom, E., Herbert, R. K. ve Brown, D. W. (1982). Privacy and communication in an open-plan office: A case study. *Environment and Behavior*. 14(3): 379-392.

- Sürgevil, O. (2006). *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu. Tükenmişlikle mücadele teknikleri*. Nobel Yayınları.
- Şahin, G. ve Buzlu, S. (2019). Sağlam öğrenci sağlam meslek: hemşirelik öğrencilerinde psikolojik sağlamlığın önemi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. 5(3): 233-240.
- Şanlı, M. E. (2016). *Mesai usulü ile çalışan sağlık personelleri ile nöbet usulü çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik ve depresyon derecelerinin karşılaştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Gaziantep Üniversitesi.
- Şengün, C. (2021). Dijital tükenmişlik: başa çıkmak için 5 yöntem. <https://www.themaggar.com/dijital-tukenmislik-basa-cikma-yontemleri/>. (Erişim tarihi: 02.05.2024)
- Şimşekoğlu, N. (2013). *Düzce üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Düzce Üniversitesi.
- Şimşekoğlu, N. ve Mayda A. S. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 6(1): 19-29.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2001). *Çok değişkenli istatistiklerin kullanılması* (4. Baskı). Needham, MA: Allyn ve Bacon.
- Taku, K. (2014). Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. *Personality and Individual Differences*. 59: 120-123.
- Taylor, S. (2004). Underst and ingand treating health anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Cognitive and Behavioral Practice*. 11(1): 112-123.
- Tekin, E. (2011). *Askeri hastanelerde çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Gazi Üniversitesi.

- Tel, H., Karadağ, M., Tel, H. ve Aydın Ş. (2003). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 5:13-23.
- Terzi, Ş. (2006). Kendini toparlama gücü ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 3(26): 77-86.
- Thorgaard, M. V., Frostholm, L. ve Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*. 47(2): 198–238. doi:10.1080/02739615.2017.1318390
- Tönbül, Ö. (2020). Koronavirüs (Covid-19) salgını sonrası 20-60 yaş arası bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası Akademik Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi*. 2(2): 159-174.
- Tümekaya, S. (1996). Öğretmenlerdeki tükenmişlik görülen psikolojik belirtiler ve başa çıkma davranışları [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Çukurova Üniversitesi
- Türk Dil Kurumu (2024). Kaygı ne demek TDK Sözlük anlamı. <https://sozluk.gov.tr/?kelime=kaygi> (Erişim tarihi: 04.04.2024)
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*. 7(4): 12-16
- Türkili, S., Aslan, E. ve Acar, Ş. (2021). Türkiye'de sağlık çalışanları arasında koronavirüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı, depresyon ve tükenmişlik sendromunun incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(1): 74-87. <https://doi.org/10.26559/mersinsbd.949616>
- Türkiye Psikiyatri Derneği (2020). *Hekimler ve sağlık çalışanları için covid 19 korku ve kaygısıyla baş etme rehberi*.
- Türkmenoğlu, B. ve Sümer, H. (2017). Sivas il merkezi sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2(2): 24-34.

- Uçak, A. (2009). *Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- Ünalın, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde ruh sağlığı, sağlık kaygısı, ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiler* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Okan Üniversitesi.
- Üzar Özçetin, Y. S., Sarıoğlu, G. ve Dursun, S. İ. (2019). Onkoloji hemşirelerinin psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve psikolojik iyi oluş düzeyleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*. 11(1): 147-164.
- Walker, J. R. ve Furer, P. (2008). Interoceptive exposure in the treatment of health anxiety and hypochondriasis. *Journal of Cognitive and Psychotherapy*. 22(4): 366-378.
- Warwick, H. M. ve Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behav Res Ther*. 28: 105-117.
- Wearden, A., Perryman, K. ve Ward, V. (2006). Adult attachment, reassurance seeking and hypochondriacal concerns in college students. *Journal of Health Psychology*. 11(6): 877-886.
- Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders: A practicemanual and conceptual guide. *John Wiley ve Sons*.
- Werner, E. (1996). How children become resilient: Observations and cautions. *Resilience in Action*. 1(1): 18-28.
- Windle, G. (2011) Dayanıklılık nedir? Bir inceleme ve kavram analizi. *Klinik Gerontolojide İncelemeler*. 21(2): 152-169. <http://dx.doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Yakut, H. İ., Kapısız S. G., Durutuna, S. ve Evran, A. (2013). Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 10(38): 1564-1571.

- Yalçın, S. (2013). *İlköğretim okulu öğretmenlerinin mesleki tükenmişlik düzeyleri ile stres, psikolojik dayanıklılık ve akademik iyimserlik arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Yıldız, E. (2012). Mesleki tükenmişlik ve rehber öğretmenler üzerine bir araştırma. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 1(33): 37-61.
- Yılmaz, Ö, ve Dirik, G. (2020). Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 35(85): 21-36.
- Yiğit, M. (2022). *Covid-19 salgını döneminde sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı, psikolojik iyilik hali, psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluk düzeylerinin sağlık çalışanı olmayan yetişkinler ile karşılaştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Yüksel, N. (2023). *Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı mobbingin sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyine etkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hitit Üniversitesi.
- Zeydan, Z. E., Zeydan, Ö. ve Yıldırım, Y. (2009). Hasta bina sendromu. *IX. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi Bildiri Kitapçığı*. 587-595.



EKLER

EK 1: ANKET FORMLARI

KAPALI ORTAMDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN SAĞLIK KAYGISINA BAĞLI TÜKENMİŞLİKLERİNDE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN ARACI ROLÜ

Bu araştırmada sizden tahminen 10 dakika civarında bir süre ayırmanız istenmektedir. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, tüm soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışma sonucu elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup **kişisel bilgileriniz GİZLİ tutulacaktır.** Ankette gireceğiniz veriler sadece yayın amacına yönelik kullanılabilir.

Kişisel Bilgi Formu

1	Cinsiyetiniz	1 ☐ Kadın	2 ☐ Erkek
2	Eğitim Durumunuz	1 ☐ Lise	2 ☐ Önlisans
3	Branşınız	1 ☐ Doktor	2 ☐ Hemşire/Ebe
4	Meslekteki Çalışma Süreniz	1 ☐ 1- 5	2 ☐ 6 - 10
5	Yaşınız	1 ☐ 20 - 29	2 ☐ 30 - 39
6	Medeni Durumunuz	1 ☐ Evli	2 ☐ Bekar
7	Hastanede Kapalı Ortamda mı Çalışıyorsunuz? (Acil, Poliklinik, Yataklı Servis, Ameliyathane, Yoğun Bakım, vb.)	1 ☐ Evet	2 ☐ Hayır
8	Çalıştığınız ortamda gün işiğini görmediğim için günün nasıl geçtiğini anlamam.	1 ☐ Evet	2 ☐ Hayır

Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği

Bu bölümde işinizle ilgili duygu, düşünce ve tutumlarınızı ifade eden cümlelerden oluşan 22 maddelik bir anket bulunmaktadır. Sizden istenen her ifadeyi hangi sıklıkla yaşadığınızı belirtmenizdir. Sizin o ifade ile ilgili yaşadığınız, hangi basamağa daha uygunsa yanındaki kutuya (x) işareti ile işaretleyiniz.

Maddeler	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bazen	Çok Nadir	Hiç Bir Zaman
1. İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2. İş günü sonunda kendimi tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalkıp, yeni bir iş gününe başlamak zorunda olduğum zaman, yorgunluk hissediyorum.					
4. Hizmet verdiğim kişilerin olaylar ile ilgili neler hissettiğini çok kolay anlarım.					
5. Hizmet verdiğim bazı kişilere karşı soğuk, ilgisiz davrandığımı hissediyorum.					
6. Gün boyu insanlarla birlikte çalışmak, beni gerçekten geriyor.					
7. Hizmet verdiğim kişilerin sorunlarını çok etkili bir şekilde ele alıyorum.					
8. İşimden dolayı tükendığimi hissediyorum.					
9. Yaptığım iş ile başkalarının hayatını olumlu etkilediğimi düşünüyorum.					
10. Bu işe girdiğimden beri, insanlara karşı daha duyarsız oldum.					
11. Bu işin, beni duygusal olarak körelttiğinden endişe ediyorum.					
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum.					
13. İşimin beni kısıtladığımı düşünüyorum.					
14. İş yerinde çok yoğun çalıştığımı düşünüyorum.					
15. Hizmet verdiğim bazı kişilere ne olup ne olmadığı beni gerçekten ilgilendirmiyor.					
16. İnsanlarla doğrudan birlikte çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. Hizmet verdiğim kişilerle birlikte kolaylıkla rahat bir ortam oluşturabiliyorum.					
18. Hizmet verdiğim kişilerle yakından ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissedirim.					
19. İşimde birçok önemli şey yaptım.					
20. Sabrımın tükendığimi hissediyorum.					
21. İşimde duygusal sorunlara soğukkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22. Hizmet verdiğim kişilerin bazı sorunları yüzünden beni suçladıklarını hissediyorum.					

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Sorular	Hiç Bir Zaman (1)	Çok Nadir (2)	Bazen (3)	Çoğu Zaman (4)	Her Zaman (5)
1.Beklenmedik bir olay olduğunda her zaman bir çözüm bulurum.					
2.Gelecek için Yaptığım planların başarılması zordur.					
3.Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda en iyi olduğum durumdur.					
4.Diğer kişilerle birlikte olmaktan hoşlanıyorum.					
5.Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı, benimkinden farklıdır.					
6.Kişisel konuları hiç kimseye tartışmam.					
7.Kişisel problemlerimin nasıl çözüleceğini bilirim.					
8.Gelecekteki hedeflerimi nasıl başaracağımı bilirim.					
9.Yeni bir iş/projeye başladığımdan ileriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım.					
10.Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak önemli değildir.					
11.Ailemle birlikteyken kendimi çok mutlu hissedirim.					
12.Beni bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir.					
13.Yeteneklerim olduğunu çok inanırım.					
14.Geleceğimin ümit verici olduğunu hissediyorum.					
15.Zamanımı planlama konusunda iyiyimdir.					
16.Yeni arkadaşlık konusu kolayca yapabildiğim birşeydir.					
17.Ailem birbirinden bağımsızdır.					
18.Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler, zayıftır.					
19.Yargılarıma ve kararlarıma çok fazla güvenmem.					
20.Geleceğe dönük amaçlarım belirsizdir.					
21.Kurallar ve düzenli alışkanlıklar günlük yaşamımda yoktur.					
22.Yeni insanlarla tanışmak benim için zordur.					
23.Zor zamanlarda, ailem geleceğe pozitif bakar.					
24.Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında, bana hemen haber verilir.					
25.Diğerleriyle beraberken kolayca gülerim.					
26.Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem birbirini desteklemez biçimde davranır.					
27.Arkadaşlarımdan/aile üyelerimden destek alırım.					
28.Zor zamanlarda herşeyi umutsuzca gören bir eğilimim vardır.					
29.Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için zordur					
30.İhtiyacım olduğunda bana yardım edebilecek kimse yoktur.					
31.Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar ile başa çıkmaya çalışırım.					
32.Ailemde işleri bağımsız olarak yapmaya severiz.					
33.Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri yeteneklerimi beğenirler.					

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edenini seçin.

1.	(a) Sağlığımıla ilgili <u>endişelenmem</u> . (b) Sağlığımıla ilgili <u>nadiren endişelenirim</u> . (c) Sağlığımıla ilgili <u>çok sık endişelenirim</u> . (d) Sağlığımıla ilgili <u>hemen her zaman endişelenirim</u> .	11.	(a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin <u>çok düşük olduğunu düşünürüm</u> . (b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin <u>oldukça düşük olduğunu düşünürüm</u> . (c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin <u>orta derecede olduğunu düşünürüm</u> . (d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin <u>yüksek olduğunu düşünürüm</u> .
2.	(a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/acı hissedirim (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.	12.	(a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm. (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm. (d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
3.	(a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında <u>değilimdir</u> . (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum. (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım. (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.	13.	(a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem <u>başka şeyleri düşünmekte zorlanırım</u> . (b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem <u>başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım</u> . (c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem <u>başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım</u> . (d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem <u>başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım</u> .
4.	(a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiçbir zaman sorun olmamıştır. (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim. (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam. (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç karşı koymuyorum.	14.	(a) Ailem ve dostlarım sağlığımıla yeterince ilgilenmediğini söyler. (b) Ailem ve dostlarım sağlığımıla <u>normal düzeyde ilgilendiğini söyler</u> . (c) Ailem ve dostlarım sağlığım için <u>fazlaca endişelendiğini söyler</u> . (d) Ailem ve dostlarım <u>hastalık hasta olduğunu söyler</u> .
5.	(a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur. (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır. (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır. (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.	NOT	Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz vb) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda <u>en iyi tahmini</u> yapmaya çalışın.
6.	(a) Kendimi hasta olarak hayal etmem. (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir. (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.	15.	(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala <u>oldukça zevk alabilirdim</u> . (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala <u>biraz zevk alabilirdim</u> . (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden <u>neredeyse hiç zevk alamazdım</u> . (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden <u>hiç zevk alamazdım</u> .
7.	(a) Sağlığımıla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta <u>zorluk çekmem</u> . (b) Sağlığımıla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta <u>bazen zorlanırım</u> . (c) Sağlığımıla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta <u>çoğunlukla zorlanırım</u> . (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımıla ilgili düşünceleri uzaklaştırmaz	16.	(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme <u>şansı yüksek olurdu</u> . (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme <u>şansı orta düzeyde olurdu</u> . (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme <u>şansı çok az olurdu</u> . (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme <u>şansı hiç olmazdı</u> .
8.	(a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim. (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim. (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.	17.	(a) Ciddi bir hastalık yaşamımın <u>bazı alanlarını bozardı</u> . (b) Ciddi bir hastalık yaşamımın <u>bir çok alanını bozardı</u> . (c) Ciddi bir hastalık yaşamımın <u>neredeyse her alanını bozardı</u> . (d) Ciddi bir hastalık yaşamımı <u>mahvederdi</u> .
9.	(a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda <u>hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem</u> . (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda <u>bazen kendimde de olduğunu düşünürüm</u> . (c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda <u>çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm</u> . (d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda <u>her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm</u> .	18.	(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum <u>zedelenmiş hissetmezdim</u> . (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu <u>biraz zedelenmiş hissederdim</u> . (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu <u>oldukça çok zedelenmiş hissederdim</u> . (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu <u>tamamen kaybetmiş hissederdim</u> .
10.	(a) Vücuduma bir algı yada değişiklik hissedersen <u>nadiren ne olduğunu merak ederim</u> . (b) Vücuduma bir algı yada değişiklik hissedersen <u>çoğunlukla ne olduğunu merak ederim</u> . (c) Vücuduma bir algı yada değişiklik hissedersen <u>her zaman ne olduğunu merak ederim</u> . (d) Vücuduma bir algı yada değişiklik hissedersen <u>mutlaka ne olduğunu bilmek isterim</u> .		

EK 2: UYGULAMA İZİN BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.02.2024-399109



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-044-399109
Konu : Anket İzin İsteği (İbrahim
ÇAKMAK)

14.02.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 13.02.2024 Tarihli, 398491 sayılı yazı.

Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi İbrahim ÇAKMAK'ın, Dr. Öğr. Üyesi Altuğ ÇAĞATAY danışmanlığında hazırlamış olduğu "Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Kaygısına Bağlı Tükenmişliklerinde Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Örneği" isimli çalışmanın yapılması Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Muzaffer KATAR
Merkez Müdür Yardımcısı



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSAA8TKTK9 Pin Kodu : 94182

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5695&eD=BSAA8TKTK9&eS=399109>

Adres: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ali Şevki Erek Yerleşkesi Merkez Tokat

Bilgi İçin: Elif Mazman
Unvan: Sağlık Teknikeri



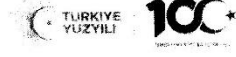
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3: ETİK KURUL UYGUN GÖRÜŞÜ

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.02.2024-399109



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü



Sayı : E-21979232-044-399109
Konu : Anket İzin İsteği (İbrahim
ÇAKMAK)

14.02.2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 13.02.2024 Tarihli, 398491 sayılı yazı.

Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi İbrahim ÇAKMAK'ın, Dr. Öğr. Üyesi Altuğ ÇAĞATAY danışmanlığında hazırlamış olduğu "Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Kaygısına Bağlı Tükenmişliklerinde Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Örneği" isimli çalışmanın yapılması Merkez Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Muzaffer KATAR
Merkez Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSAA8TKTK9 Pin Kodu :94182

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?cK=5695&cD=BSAA8TKTK9&eS=399109>

Adres: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ali Şevki Erek Yerleşkesi Merkez Tokat

Bilgi için: Elif Mazman
Unvanı: Sağlık Teknikeri

