

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN
KRİZ YÖNETİMİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS

Mustafa APAYDIN

EKİM-2025
GÜMÜŞHANE



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN KRİZ
YÖNETİMİNE ETKİSİ**

**THE EFFECT OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE ON CRISIS
MANAGEMENT IN HEALTHCARE WORKERS**

YÜKSEK LİSANS

Mustafa APAYDIN

**EKİM-2025
GÜMÜŞHANE**



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN KRİZ
YÖNETİMİNE ETKİSİ**

**THE EFFECT OF PSYCHOLOGICAL RESILIENCE ON CRISIS
MANAGEMENT IN HEALTHCARE WORKERS**

YÜKSEK LİSANS

Mustafa APAYDIN

Danışman: Prof. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

**EKİM-2025
GÜMÜŞHANE**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum **“Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlığın Kriz Yönetimine Etkisi”** isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğum intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

7/10/2025

.....
Mustafa APAYDIN

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın tüm aşamalarında bilimsel katkılarıyla sabır ve özveriyle bana destek veren değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR'e,

Araştırmamın veri toplama aşamasında işbirliği sunarak kolaylık sağlayan Bayburt Devlet Hastanesi tüm sağlık çalışanı arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleriyle cesaretlendiren ve her zaman yanımda olan eşim Emine APAYDIN'a, sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Mustafa APAYDIN
GÜMÜŞHANE – 2025

ÖZET

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin kriz yönetimi becerileri üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışmanın evrenini Ocak-Mart 2025 tarihlerinde Bayburt Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları (n=550 kişi) oluşturmuştur. Herhangi bir örneklem yöntemi seçilmeden evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak görevlendirme, izin, rapor gibi sebeplerden dolayı 414 sağlık çalışanı ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri; araştırmacılar tarafından oluşturulan bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik özellikler, kurumsal, mesleki ve sosyal özellikler, sağlık düzeyini içeren sorular ile “Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği” ve “Kriz Yönetimi Ölçeği” sorularından oluşan anketin bireylerin dinlenme saatlerinde yaklaşık 20 dakika süre içinde direkt gözlem altında uygulanmıştır. Verilerin analizinde frekans, ortalama, standart sapma, frekans, bağımsız gruplar t testi, One way ANOVA, pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri orta seviyede, kriz yönetimi becerileri ise yüksek düzeyde bulunmuştur. Düzenli beslenme, dinlenme, sosyal yaşam ve yeterli uykunun psikolojik sağlamlık ve kriz yönetimini olumlu, uzun çalışma süresi, vardiya, stres ve iş yükünün ise olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Sonuç olarak, kriz yönetiminde başarı hem örgütsel kaynaklara hem de bireysel psikolojik sağlamlığa bağlıdır. Sağlık kurumlarında kriz yönetimi eğitimi bütüncül planlanmalı, çalışan desteği güçlendirilmeli ve psikolojik sağlamlığı artıran programlar yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, Psikolojik sağlamlık, Kriz yönetimi

SUMMARY

The aim of this study is to evaluate the impact of healthcare workers' psychological resilience levels on crisis management skills. This descriptive, cross-sectional study's population consisted of healthcare workers (n=550) working at Bayburt State Hospital between January and March 2025. The aim was to reach the entire population without selecting any sampling method, but due to reasons such as assignments, leave, and medical reports, the study was completed with 414 healthcare workers. The data of the study were obtained from the questionnaire, which consisted of the informed consent form developed by the researchers, sociodemographic characteristics, institutional, professional and social characteristics, health level questions, and the "Short Psychological Resilience Scale" and "Crisis Management Scale" questions, applied to the individuals under direct observation for approximately 20 minutes during their rest hours. Data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, frequency, independent samples t-test, One-way ANOVA, and Pearson correlation analysis. The statistical significance level for all tests was set at 0.05. The healthcare workers included in the study were found to have moderate levels of psychological resilience and high levels of crisis management skills. Regular nutrition, rest, social life, and adequate sleep positively affected psychological resilience and crisis management, while long working hours, shift work, stress, and heavy workload had negative effects. In conclusion, success in crisis management depends on both organizational resources and individual psychological resilience. Crisis management training in healthcare institutions should be planned holistically, employee support strengthened, and programs enhancing psychological resilience expanded.

Keywords: Healthcare workers, Psychological resilience, Crisis management

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	IV
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
SUMMARY	VII
İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	XI
EKLER DİZİNİ	XII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XIII
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Çalışmanın Amacı.....	1
1.3. Çalışmanın Hipotezleri.....	2
1.4. Çalışmanın Varsayımı ve Sınırlılıkları.....	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı	3
2.2. Psikolojik Sağlamlığın Tarihçesi	3
2.3. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler.....	4
2.3.1. Risk Faktörleri	5
2.3.1.1. Bireysel Risk Faktörleri.....	5
2.3.1.2. Ailevi Risk Faktörleri	5
2.3.1.3. Sosyal ve Çevresel Risk Faktörleri	5
2.3.2. Koruyucu Faktörler	6
2.3.2.1. Bireysel Koruyucu Faktörler.....	6
2.3.2.2. Ailesel Koruyucu Faktörler	6
2.3.2.3. Çevresel Koruyucu Faktörler	6
2.4. Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlık	7
2.5. Kriz Yönetimi	9
2.5.1. Krizin Tanımı.....	9
2.5.2. Krizin Nedenleri.....	9
2.5.2.1. Örgüt Dışı Faktörler	10
2.5.2.2. Örgüt İçi Faktörler	10
2.5.3. Krizin Evreleri	10
2.5.3.1. Kriz Öncesi Dönem	11

2.5.3.2. Kriz Esnası Dönem.....	11
2.5.3.3 Kriz Sonrası Dönem	11
2.6. Kriz Yönetimi Kavramı.....	12
2.7. Kriz Yönetimi Yaklaşımları	13
2.7.1. Krizden Kaçma Yaklaşımı.....	13
2.7.2. Krizi Çözme Yaklaşımı	14
2.8. Kriz Yönetimi Aşamaları	14
2.8.1. Kriz Sinyallerinin Alınması	14
2.8.2. Hazırlık ve Korunma Aşaması.....	15
2.8.3. Denetim Altına Alma Aşaması	15
2.8.4. Normal Duruma Dönüş Aşaması	15
2.8.5. Öğrenme ve Değerlendirme Aşaması	16
2.9. Kriz Sürecinde Karar Alma Yöntemleri.....	16
2.9.1. Stratejik Tahmin Yöntemi	17
2.9.2. Olasılık Hesaplaması.....	17
2.9.3. Beyin Fırtınası Yöntemi	17
2.9.4. DELPHI Yöntemi.....	17
2.9.5. Karar Konferansı Yöntemi	18
2.9.6. SWOT Analizi Yöntemi	18
2.9.7. Karar Ağacı Yöntemi	18
2.10. Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi	19
2.11. Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlığın Kriz Yönetimine Etkisi.....	20
3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	22
3.2. Evren ve Örneklem	22
3.3. Araştırma Yapılan Hastanenin Özellikleri	22
3.4. Ölçme Araçları.....	22
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	22
3.4.2. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)	23
3.4.3. Kriz Yönetimi Ölçeği (KYÖ)	23
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	24
3.6. Verilerin Analizi	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	46

KAYNAKÇA	48
EKLER.....	59
ETİK KURUL KARARI.....	62
ÖZGEÇMİŞ.....	63



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=414).....	25
Tablo 2. Sağlık çalışanlarının sağlık durumu özelliklerine göre dağılımı (n=414).....	26
Tablo 3. Sağlık çalışanlarının mesleki durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımı (n=414)	27
Tablo 4. Sağlık çalışanlarının KPSÖ, KYÖ alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=414)	28
Tablo 5. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre KPSÖ, KYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=414).....	29
Tablo 6. Sağlık çalışanlarının sağlık durumu özelliklerine göre KPSÖ, KYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=414)	31
Tablo 7. Sağlık çalışanlarının mesleki durumlarına göre KPSÖ, KYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=414)	34
Tablo 8. KPSÖ ile KYÖ ve alt boyutları arasındaki ilişki	38

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	59
Ek 2. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği.....	60
Ek 3. Kriz Yönetimi Ölçeği.....	61



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

COVID-19	: 2019 Yılında Başlayan Koronavirüs Hastalığı
DELPHI	: Programlama Dili
KPSÖ	: Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
KYÖ	: Kriz Yönetimi Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SWOT	: Strengths Weaknesses Opportunities Threats
v.d.	: Ve diğerleri

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüz çalışma yaşamı, farklı sektörlerdeki kurum ve çalışanları ani ve beklenmedik krizlerle karşı karşıya bırakmaktadır. Küresel sağlık krizleri, doğal afetler, teknolojik arızalar ve toplumsal olaylar, kurumların işleyişini kesintiye uğratarak hızlı ve etkili karar alma süreçlerini zorunlu kılmaktadır. Bu süreçte yalnızca teknik donanım ve kurumsal kapasite yeterli olmayıp, çalışanların psikolojik dayanıklılık düzeyi de belirleyici bir rol oynamaktadır (Coombs, 2007).

Psikolojik sağlamlık, bireylerin stres, belirsizlik ve travmatik olaylar karşısında uyum sağlayabilme, toparlanabilme ve işlevselliğini sürdürebilme kapasitesidir (Luthar vd., 2014; Masten, 2014). Yüksek psikolojik sağlamlık; problem çözme, stresle başa çıkma ve değişen koşullara uyum sağlama becerilerini güçlendirmektedir (Hart vd., 2014; Jackson ve Watkin, 2004).

Sağlık sektörü, yüksek stres düzeyi, belirsizlik, zaman baskısı ve insan hayatını doğrudan etkileyen kararlar nedeniyle kriz yönetiminin en kritik olduğu alanlardan biridir. Sağlık çalışanları, acil müdahaleler, salgınlar, doğal afetler ve kitlesel yaralanma vakaları gibi yüksek riskli durumlarla sıkça karşılaşmakta; bu durumlarda yüksek psikolojik sağlamlık, kriz yönetiminde başarıyı artırmaktadır (Aydın ve Özcan, 2021; Huffman vd., 2021).

Bu nedenle, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin kriz yönetimine etkisinin incelenmesi, hem bireysel dayanıklılığı artıracak programların geliştirilmesine hem de sağlık kurumlarının krizlere karşı hazırlık ve müdahale kapasitesinin güçlendirilmesine katkı sağlayacaktır.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı Bayburt Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin kriz yönetim becerileri üzerine etkisini değerlendirmek ve çözüm önerileri sunmaktır. Elde edilen veriler, araştırma yapılan birimlerde kriz yönetim becerilerinin geliştirilmesine ve bu konuda yürütülecek çalışmalara katkı sunacaktır.

1.3. Çalışmanın Hipotezleri

H0: Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile kriz yönetimi becerileri arasında ilişki yoktur.

H1: Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile kriz yönetimi becerileri arasında ilişki vardır.

H2: Sağlık çalışanlarının cinsiyeti ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H3: Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H4: Sağlık çalışanlarının düzenli beslenme durumu ile kriz yönetim becerileri düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

H5: Sağlık çalışanlarının aşırı yük ve sorumluluklardan etkilenme durumu ile kriz yönetim becerileri arasında anlamlı farklılık vardır.

H6: Sağlık çalışanlarının mesleği ile ilgili stres yaşama durumu ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

1.4. Çalışmanın Varsayımı ve Sınırlılıkları

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının anket veya veri toplama araçlarına verdikleri yanıtların samimi, doğru ve kendi gerçek durumlarını yansıttığı kabul edilmektedir. Araştırma, belirli bir zaman diliminde ve seçilmiş sağlık kurumunda görev yapan sağlık çalışanları ile sınırlıdır; bu nedenle sonuçlar, farklı kurum veya bölgelerdeki sağlık çalışanlarına doğrudan genellenemeyebilir. Çalışmada veriler, öz bildirim yöntemiyle toplanacağından, katılımcıların yanıtlarında öznel değerlendirme etkisi bulunabilir. Çalışma, verilerin toplandığı dönemdeki güncel koşullar ile sınırlı olup, farklı dönemlerde farklı sonuçlar elde edilebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı

Masten (2001), psikolojik sağlamlığı, bireylerin gelişimlerini ve uyum kapasitelerini olumsuz etkileyebilecek risk faktörlerine rağmen olumlu sonuçlar elde edebilme yeteneği olarak tanımlamaktadır. Newman (2005) ise bu kavramı, yoğun güçlükler karşısında olumlu uyum gösterebilme kapasitesi şeklinde açıklamaktadır. Psikolojik sağlamlık, farklı disiplinlerdeki araştırmacıların uzun süredir ilgi gösterdiği ve çeşitli biçimlerde tanımladığı önemli bir kavram olup, kökeni Latince resiliens sözcüğüne dayanmaktadır. Bu terim, “geri sıçrama” veya “yeniden toparlanma” anlamlarını taşımaktadır (Masten, 2014). Luthar ve arkadaşları (2014), psikolojik sağlamlığı, önemli zorluklar bağlamında sürdürülen dinamik ve süreç odaklı olumlu uyum biçimi olarak ele alırken; Jackson ve Watkin (2004), bu yapının temelinde bireyin kendi düşünce ve inançlarını fark edebilme ve bu farkındalığı duygusal ile davranışsal tepkilerini daha esnek ve sağlıklı biçimde yönetmek amacıyla kullanabilme becerisinin bulunduğunu vurgulamaktadır. Türkiye’de yürütülen akademik çalışmalarda ise resilience kavramı için “psikolojik sağlamlık” (Aydın ve Egemberdiyeva, 2018; Bayar ve Doğan, 2024; Özbey, 2019), “yılmazlık” (Kaner vd., 2011), “psikolojik dayanıklılık” (Aktan ve Önder, 2018; Karadeniz ve Tonkuş, 2022; Ünsal ve Balat, 2016) ve “kendini toparlama gücü” (Terzi, 2008) gibi farklı karşılıkların kullanıldığı görülmektedir. Rajan ve Vimala (2021) ise psikolojik sağlamlığı, bireyin doğuştan gelen kişisel özellikleri ile çevresel destek unsurlarının etkileşimi sonucunda gelişen bir yapı olarak değerlendirmektedir.

2.2. Psikolojik Sağlamlığın Tarihçesi

Psikolojik sağlamlık üzerine gerçekleştirilen ilk kapsamlı çalışma, 1955 yılında Werner’in öncülüğünde yürütülen boylamsal bir araştırma ile literatüre kazandırılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların yaşam öyküleri, doğumlarından itibaren yaklaşık kırk yıl boyunca izlenmiştir. Araştırma grubunun önemli bir kısmını, düşük sosyoekonomik koşullarda yetişen ve çoğunlukla tek ebeveynli ailelerden gelen bireyler oluşturmuştur. Uzun süreli izlem sonucunda, katılımcıların yaklaşık üçte birinin kırklı yaşlarına ulaştıklarında hem toplumsal uyumlarının yüksek hem de psikolojik sağlıklarının iyi durumda olduğu saptanmıştır. Diğer katılımcılarda ise çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların görüldüğü bildirilmiştir (Werner, 2005).

Psikolojik sağlamlık kavramının yerleşmesinde önemli kilometre taşlarından biri, Kobasa'nın 1979 yılında yürüttüğü doktora çalışmasıdır. Bu araştırmada katılımcılardan, yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarını tarihleriyle birlikte kaydetmeleri istenmiş ve bu olayların son üç yıl içerisinde meydana gelmiş olması şartı aranmıştır. Bulgular, benzer düzeyde stresli yaşam deneyimlerine maruz kalan bireyler arasında belirgin farklılıklar bulunduğunu göstermiştir. Hastalık geliştirmeyen bireylerin, aynı düzeyde stres yaşayıp hastalanan bireylerden kişilik özellikleri bakımından ayrıştığı tespit edilmiştir. Bu farklılıklar *dayanıklılık* kavramı kapsamında değerlendirilmiş ve dayanıklı bireylerde üç temel özellik tanımlanmıştır. Bunlar; yaşam deneyimlerini sahiplenme ve bu deneyimlere anlam atfetme (commitment), değişimi olumlu gelişim fırsatı olarak algılama (challenge) ve yaşam üzerinde kontrol sahibi olunabileceğine dair güçlü bir inanç (control)'tır (Kobasa, 1979).

Psikolojik sağlamlık kavramının gelişim sürecine dolaylı katkılardan biri, Amerika'da din adamı olan Alger'in çalışmalarına dayanmaktadır. Alger, özellikle edebi eserleri aracılığıyla düşük gelirli gençlere ilham veren öyküler sunarak, onların olumsuz yaşam koşullarıyla başa çıkabileceklerine dair inançlarını güçlendirmeyi amaçlamıştır (Tarter ve Vanyukov, 2002). Kavramın kuramsal çerçevesinin oluşumunda ise Maddi'nin (1987) çalışmaları dikkat çekmektedir. Maddi, Psikolojik Sağlamlık Enstitüsü'nü kurarak, zorlu yaşam koşullarına rağmen hem ruhsal hem de fiziksel sağlığını koruyabilen bireyleri incelemiştir. Bir kurum çalışanları üzerinde yürüttüğü araştırmada, yüksek düzeyde stres faktörlerine maruz kalan katılımcıların yarısından fazlasında sağlık problemleri, anksiyete ve evlilik sorunları gibi olumsuz durumların ortaya çıktığı belirlenmiştir. Ancak benzer stres koşullarına rağmen bazı bireylerin hem psikolojik hem de bedensel bütünlüklerini korudukları, yaşadıkları güçlükleri gelişim ve fırsat alanı olarak değerlendirdikleri ve kariyerlerinde ilerleme kaydettikleri gözlemlenmiştir.

2.3. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler

Psikolojik sağlamlık, bireylerin yaşamları boyunca karşılaştıkları zorluklar ve olumsuz koşullara rağmen, bu deneyimlerin ardından uyum becerilerini geliştirebilme süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç, iki temel bileşenin etkisiyle şekillenmektedir: risk faktörleri ve koruyucu faktörler. Her iki unsur da psikolojik sağlamlığın ortaya çıkması ve güçlenmesinde belirleyici bir role sahiptir (Kalkuloğlu, 2022).

2.3.1. Risk Faktörleri

Gizir (2007), psikolojik sağlamlığın gelişebilmesi için bireyin belirli düzeyde risk unsurlarıyla karşılaşmasının gerekli olduğunu vurgulamakta ve bu süreçte, bireyin maruz kaldığı riskli durumlara etkili bir şekilde uyum sağlayarak olumlu sonuçlar elde edebilme kapasitesine dikkat çekmektedir. Topbay (2016) ise risk faktörlerini; ebeveynlerde görülen psikolojik sorunlar, doğal afetler, yoksulluk, sağlık sorunları, boşanma, aile içi şiddet, genetik yatkınlıklar ve ebeveynlerin eğitim düzeyi şeklinde sıralamaktadır. Bu unsurlara maruz kalmadan psikolojik sağlamlık sürecinden söz edilemeyeceğini belirtmektedir. Ayrıca Gizir (2007), risk faktörlerini bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç düzeyde incelemektedir.

2.3.1.1. Bireysel Risk Faktörleri

Bireyin kendi özelliklerinden kaynaklanan ve yaşadığı zorlu yaşam olaylarıyla başa çıkma sürecini etkileyen unsurlar, bireysel risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır (Gizir, 2007; Özer, 2013). Bu faktörler, doğum öncesi dönemde fetüsün alkol veya ilaç gibi maddelere maruz kalması, ergenlikte erken yaşta gebelik yaşanması, düşük zeka düzeyi gibi biyolojik ve gelişimsel özelliklerden ileri gelen durumları kapsamaktadır (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

2.3.1.2. Ailevi Risk Faktörleri

Aile yapısı ve ilişkisel dinamiklerden kaynaklanan olumsuz durumlar, bireyin psikolojik sağlamlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ebeveynlerin madde bağımlılığı, aile içinde yaşanan şiddet ve çatışmalar, yetersiz sosyal destek, ebeveyn kaybı (Lin vd., 2004) ile ebeveynin cezaevi geçmişi (Ashmitha ve Annalakshmi, 2020) gibi etkenler, bireyin maruz kaldığı risk düzeyini artıran önemli faktörler arasında yer almaktadır (Cong vd., 2019).

2.3.1.3. Sosyal ve Çevresel Risk Faktörleri

Bireyin yaşadığı sosyal ve fiziksel çevreden kaynaklanan bazı olumsuz koşullar, psikolojik sağlamlık üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir. Bu bağlamda, sosyal ortamda şiddete maruz kalma, destek sağlayan sosyal kurumların yetersizliği, kültürel temelli ayrımcılık, ekonomik yoksunluk, çocuk istismarı ve doğal afetler gibi durumlar çevresel risk faktörleri arasında değerlendirilmektedir (Demircioğlu, 2017; Masten, 2001).

2.3.2. Koruyucu Faktörler

Olumsuz yaşam koşullarına karşı bireyin etkili uyum tepkileri geliştirmesini destekleyen unsurlar, koruyucu faktörler olarak tanımlanmaktadır. Bu faktörler, bireyin psikolojik dayanıklılığını güçlendirerek olumsuz deneyimlerin etkisini hafifletmektedir. Kararımak'ın (2006) belirttiğine göre koruyucu faktörler, yalnızca bireyin stresle başa çıkma becerisini geliştirmekle kalmaz, aynı zamanda olumsuz olayların ortaya çıkma riskini de azaltabilir. Bu süreçte bireysel, ailevi ve çevresel özellikler önemli rol oynamaktadır (Arslan, 2015).

2.3.2.1. Bireysel Koruyucu Faktörler

Bireyin kişisel nitelikleri ve sahip olduğu içsel kaynaklar, psikolojik sağlamlığın oluşumu ve gelişiminde merkezi bir öneme sahiptir. Winders (2014), psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek bireylerde sosyal yeterlilik, problem çözme becerisi ve özgüvenin belirgin şekilde öne çıktığını ifade etmektedir. Bu doğrultuda, özsaygı, öz-yeterlilik, yüksek zihinsel kapasite, olumlu sosyal beceriler, dışadönüklük, esneklik ve güçlü problem çözme yetileri, bireysel koruyucu faktörler arasında değerlendirilmektedir (Kararımak, 2006; Özer, 2013).

2.3.2.2. Ailesel Koruyucu Faktörler

Aileden alınan destek ve sağlıklı aile ilişkileri, bireyin psikolojik sağlamlığını güçlendiren başlıca unsurlar arasında yer almaktadır. Psikososyal risk faktörlerinin yoğun olduğu aile ortamlarında ise çocukların ihmal ve istismara maruz kalma olasılığı artmaktadır. Çocukluk döneminde yeterli koruyucu faktörlere sahip olmayan ve ebeveynlerinin düşük düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olması nedeniyle risk altında büyüyen bireylerin, yetişkinlikte stresle başa çıkmada güçlük yaşayabilecekleri ve psikolojik uyumlarının zayıf olabileceği belirtilmektedir (Demircioğlu ve Yoldaş, 2019).

2.3.2.3. Çevresel Koruyucu Faktörler

Çevresel koşullar ve bireyin sahip olduğu sosyal ilişkiler, psikolojik sağlamlık üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Southwick ve arkadaşları (2014), eğitim olanakları, çalışma yaşamı ve sosyal çevrenin psikolojik dayanıklılığın gelişiminde önemli rol oynadığını belirtmektedir. Aile dışındaki yetişkin figürler, akranlar ve arkadaşlardan oluşan güçlü sosyal destek ağları, toplumsal kaynaklara erişim imkânları ve güvenli yaşam alanları çevresel koruyucu faktörler arasında yer almaktadır (Gizir,

2007; Özer, 2013). Bunun yanı sıra, olumlu beklentiler sunan bir çevre, fırsat eşitliği, sağlıklı komşuluk ilişkileri ve erişilebilir sosyal hizmetler de bireyin psikolojik sağlamlığını güçlendiren unsurlar olarak değerlendirilmektedir.

2.4. Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlık

Sağlık kurumlarının yapısı gereği yüksek risk barındıran durumlarla sıkça karşılaşılması ve bu risklerin doğrudan sağlık çalışanlarını etkilemesi, psikolojik sağlamlık kavramının bu alanda özel bir önem kazanmasına neden olmaktadır. Psikolojik sağlamlık, bireylerin zorlu yaşam koşullarında direnç gösterebilme, duygusal dengelerini koruyabilme ve değişen koşullara hızlı uyum sağlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda, insan yaşamını doğrudan etkileyen, yoğun iş temposu gerektiren ortamlarda görev yapan sağlık çalışanları için psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi hem mesleki performansın hem de genel iyilik halinin sürdürülebilmesi açısından kritik bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Alan yazın incelendiğinde, sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen çok sayıda araştırmanın, psikolojik sağlamlığın bu meslek grubu için hayati öneme sahip olduğunu ortaya koyduğu görülmektedir. McCann ve arkadaşlarının (2013) yürüttüğü kapsamlı literatür taraması, sağlık meslek gruplarının klinik uygulama süreçlerinde zaman baskısı, yüksek iş yükü, çoklu rol beklentileri ve yoğun duygusal talepler gibi çeşitli stres kaynaklarıyla karşılaştığını göstermektedir. Bu tür sürekli stres etkenleri, çalışanların hem fiziksel hem de ruhsal sağlıklarını olumsuz etkileyebilmekte; tükenmişlik, travma sonrası stres belirtileri ve diğer psikolojik sorunlara zemin hazırlayabilmektedir. Bu durum yalnızca bireylerin iyilik halleri üzerinde değil, aynı zamanda mesleki işlevsellikleri ve bakım hizmetlerinin niteliği üzerinde de olumsuz sonuçlar yaratabilmektedir. Bu nedenle, sağlık kurumlarında koruyucu yaklaşımların benimsenmesi ve psikolojik sağlamlığı destekleyen çalışma ortamlarının oluşturulması, stresin olumsuz etkilerinin azaltılması ve olumlu mesleki çıktılar elde edilmesi açısından stratejik bir gereklilik olarak görülmektedir.

Psikolojik sağlamlık düzeyi en sık araştırılan sağlık meslek gruplarından biri, sağlık hizmetlerinde önemli bir role sahip olan hemşirelerdir. Hökkaş'ın (2019) çalışmasında, hemşirelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri; yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi demografik değişkenler bağlamında incelenmiş, ayrıca çalışma ortamındaki sorunlar ve başa çıkma stratejilerinin etkileri değerlendirilmiştir. Bulgular, hemşirelerin genel olarak orta düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğunu; bununla birlikte kadın, 40 yaş üzeri ve evli olan hemşirelerde dayanıklılık düzeyinin daha

yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, stres etkenleriyle karşılaşan hemşirelerin zaman içerisinde psikolojik sağlamlıklarını geliştirdikleri gözlenmiştir. Nitekim, risk ve stres faktörlerinin belirlenmesi, bunların olumsuz etkilerini azaltabilecek veya ortadan kaldıracabilecek koruyucu unsurların tanımlanması, psikolojik sağlamlığın güçlenmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Olumsuz koşullarla etkin biçimde başa çıkabilen hemşirelerde iş doyumunun arttığı, duygusal tükenmişliğin azaldığı ve işten ayrılma eğiliminin düştüğü saptanmıştır (Çam ve Büyükbayram, 2017). Huffman ve arkadaşları (2021) da salgın döneminde sağlık çalışanlarının normalin üzerinde stres yaşadığını, ancak aynı zamanda yüksek düzeyde azim ve dayanıklılık sergilediklerini, bu dayanıklılığın da pandemiden kaynaklanan psikolojik olumsuzluklara karşı koruyucu etki gösterdiğini ortaya koymuştur. Pandemi döneminde gerçekleştirilen bir başka araştırma, stresli durumlara karşı olumlu bir tutum geliştirmenin temel bir koruyucu faktör olduğunu; buna karşılık kadın cinsiyet, kaçınma stratejileri ve 2019 yılında başlayan koronavirüs hastalığı (COVID-19) geçirenlerle doğrudan çalışmanın, psikolojik sağlamlık açısından risk oluşturduğunu ortaya koymuştur (Babore vd., 2020). Aydın ve Özcan'ın (2021) çalışmasında ise pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve ruminatif düşünme biçimleri arasındaki ilişkiler incelenmiş; 37 yaş ve üzerindeki, deneyimi yüksek çalışanlarda ruminatif düşünmenin daha düşük, vardiyalı çalışanlarda ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cevizci'nin (2019) araştırmasında ise sağlık çalışanlarının genel psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiş; bu durumun, kurum içinde yaşanan olumsuzlukların zamanla dayanıklılık geliştirmelerine katkı sağlamasıyla ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir.

Sağlık çalışanlarının psikolojik durumunu etkileyen unsurlardan biri de medya ve sağlık haberleridir. Kaya'nın (2022) araştırması, sağlık çalışanlarının sağlık haberlerine ilişkin algılarının psikolojik sağlamlık düzeyleriyle bağlantılı olduğunu ve karşılıklı etkileşim içinde bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu bağlamda, sağlık haberlerinde motivasyonu artırıcı içeriklere yer verilmesinin önem taşıdığı belirtilmektedir. Hastane ortamında psikolojik sağlamlığın önemini artıran bir diğer unsur, sağlık çalışanlarının mesleki görevleri gereği diğer meslek gruplarına kıyasla ölüm olgusuyla daha sık karşılaşmalarıdır. Saruç ve Kızıldaş'ın (2021) çalışmasında sağlık çalışanlarının ölüm kaygılarının orta, psikolojik sağlamlıklarının ise yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, pandeminin sağlık profesyonellerinin dayanıklılığını artırdığı yönündeki literatürle uyumludur (Huffman vd., 2021). Ölüm gerçeğiyle sürekli yüz yüze olan

sağlık çalışanları bu durumu, hayatın doğal bir parçası olarak görmeli ve benzer durumlarla karşılaştığında daha güçlü tepkiler geliştirebilmelidir.

2.5. Kriz Yönetimi

2.5.1. Krizin Tanımı

Kriz, beklenmedik bir anda ortaya çıkan, hızla kontrol altına alınması gereken, çalışanlarda stres yaratan, kritik kararların alınmasını gerektiren ve kurum ile çalışanlarının olumsuz etkilenmemesi için önceden planlama yapılmasını zorunlu kılan zorlu süreçler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Işık, 2024). Genellikle ani gelişen ve kurumları hazırlıksız yakalayan krizler, örgütlerin işleyişini ve varlığını tehdit eden; gerekli müdahalenin yeterince hızlı yapılamaması halinde etkileri derinleşen durumları ifade etmektedir (Akdağ ve Arklan, 2014). Kriz kavramı, farklı disiplinlerde farklı bağlamlarda ele alınmaktadır. Örneğin tıp alanında kriz, kalp krizi veya sinir krizi gibi, ani gelişen ve zamanında müdahale edilmediğinde hastanın durumunun kötüleşmesine ya da ölümüne yol açabilecek olayları tanımlamaktadır. Ayrıca, hastalık seyrinde meydana gelen ani ve ciddi değişimler de tıbbi anlamda kriz olarak değerlendirilmektedir (Çitekçi, 2016).

2.5.2. Krizin Nedenleri

Örgütlerin olağan işleyişini bozan ve çoğunlukla öngörülmeden ortaya çıkan krizler, ekonomik, sosyal, kültürel, psikolojik ve hukuksal boyutlarıyla kurumları etkileyen karmaşık süreçlerdir (Dubrovski, 2016). Kriz durumları, yalnızca kurum içindeki sistemsel yetersizliklerden kaynaklanmakla kalmayıp; küresel ölçekte yaşanan doğal afetler, salgınlar ve tedarik zincirinde meydana gelen aksaklıklar gibi çeşitli etkenlerin bir araya gelmesiyle de ortaya çıkabilmektedir (Güngör, 2020). Bu nedenle kriz, farklı sektörlerde ve değişen sistemlerde çeşitli şekillerde görülebilen çok yönlü bir olgu olarak değerlendirilmektedir. Literatürde kriz nedenlerine yönelik farklı sınıflandırmalar bulunmakla birlikte, bu sınıflandırmalar kullanılan terminoloji, dönemsel bağlam ile kültürel ve coğrafi farklılıklar doğrultusunda çeşitlilik göstermektedir. Araştırmacılar, krizlerin tamamen engellenmesinin mümkün olmadığını ve bu olguyu açıklayan evrensel bir teorik modelin henüz geliştirilemediğini ifade etmektedir (Crandall vd., 2013). Örgütlerde ortaya çıkan krizlerin kaynakları, genel olarak kurum içi ve kurum dışı nedenler olmak üzere iki ana başlık altında değerlendirilebilir.

2.5.2.1. Örgüt Dışı Faktörler

Örgütler, sürekli gelişen ve değişen dinamik yapılar olarak, dış çevreden kaynaklanan kriz unsurlarıyla karşı karşıya kalabilmektedir. Örgüt dışı faktörler, kurumlar için hem tehdit hem de fırsat niteliği taşıyabilir. Kurumların varlıklarını sürdürebilmeleri, bu fırsatlardan en yüksek düzeyde yararlanabilmelerine ve tehditlerin olumsuz etkilerini en aza indirebilmelerine bağlıdır (Erdinç, 2018). Çoğunlukla çevresel unsurlardan oluşan örgüt dışı kriz nedenleri; doğal koşulların yanı sıra ekonomik, toplumsal, kültürel, teknolojik, siyasi ve hukuksal alanlardaki değişimleri kapsamaktadır (Ataman vd., 2018).

2.5.2.2. Örgüt İçi Faktörler

Örgütlerin kriz yaşamasında en önemli etkenlerden biri, dış çevrede meydana gelen değişimlerdir. Ancak krizlerin oluşumunda yalnızca dış çevresel unsurlar değil, aynı zamanda örgüt içindeki yapısal ve yönetsel yetersizlikler de rol oynayabilmektedir. Dış çevredeki değişimler, mevcut içsel zayıflıkları ve örgütsel uyumsuzlukları açığa çıkararak kriz sürecini daha da derinleştirebilmektedir (Patan, 2009). Bu çerçevede, literatürde krizlere neden olabilen başlıca içsel unsurlar; üst yönetimin yetersizliği, kurum içinde devam eden yapısal ve işleyişle ilgili sorunlar, örgütsel katılık ve esneklik eksikliği, yöneticilerin çevresel değişimlere zamanında ve etkili biçimde yanıt verememesi, değişimleri algılama ve değerlendirme kapasitelerinin sınırlı olması, sezgisel ve öngörü yeteneklerinin zayıf olması, yöneticilerin bireysel beceri eksiklikleri ve kişisel etkileri ile bilgi toplama ve analiz süreçlerindeki yetersizlikler, kurumun geçmiş deneyimlerinin ve tarihsel birikiminin sınırlılığı olarak sıralanmaktadır. Bu tür iç faktörler, kriz dönemlerinde örgütün uyum sağlama kapasitesini ve sorun çözme becerilerini doğrudan etkileyerek kriz sürecinin ağırlaşmasına neden olabilmektedir (Yavuz, 2018).

2.5.3. Krizin Evreleri

Kriz yönetimi, yalnızca kriz anındaki müdahaleleri kapsamaz; krizin ortaya çıkmasından önce başlayan, kriz sürecinde devam eden ve sonrasında da sürdürülen bütünlük ve dinamik bir yönetim anlayışını ifade eder (Çalışkan, 2020).

2.5.3.1. Kriz Öncesi Dönem

Kriz öncesi dönem, krizin tam olarak ortaya çıkmasından önce, belirti ve işaretlerin giderek arttığı ve olası bir kriz durumunun gelişebileceğine dair göstergelerin gözlemlendiği süreci ifade etmektedir (Holladay, 2010). Bu aşamada, örgüt yöneticilerinin kriz yönetimi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olması; etkin bir kriz yönetim ekibinin kurulması ve bu ekibin görev, sorumluluk ile hedeflerinin net biçimde tanımlanması, kurumun krizle başa çıkma kapasitesini güçlendirmekte ve muhtemel olumsuz etkilerin şiddetini azaltabilmektedir. Ayrıca, kriz öncesi süreçte örgütlerin karşılaşılabilecekleri kriz türlerine uygun önleyici stratejiler geliştirmesi, belirsizlikleri en aza indirmek amacıyla çeşitli kriz senaryoları oluşturması ve bu senaryoların tatbikatlarını yapması önem taşımaktadır (Jamal ve Abu Bakar, 2015; Jaques, 2012).

2.5.3.2. Kriz Esnası Dönem

Bu aşama, örgütün krizi net bir biçimde fark ettiği, çevresel etkilerin yoğun olarak hissedildiği ve yüksek düzeyde karmaşıklık ile belirsizliğin hâkim olduğu bir süreci ifade etmektedir. Araştırmalar, karmaşıklık ve belirsizlik arttıkça krizin olumsuz etkilerinin de güçlendiğini göstermektedir (Fediuk vd., 2010). Bu dönemde, kriz etkilerini en aza indirmek amacıyla, örgüt içi ve dışındaki tüm paydaşların görüşleri dikkate alınarak, örgütsel yapı ve kültürün değişimlere hızlı ve esnek biçimde uyum sağlayabilecek şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Aynı şekilde, karar alma mekanizmalarının da hızlı, esnek ve sistematik bir yapıya kavuşturulması önemlidir (Kent, 2010). Ayrıca, kriz anında karşılaşılabilecek olası durumlara etkin ve hızlı müdahale edebilmek için güçlü bir iç ve dış iletişim ağı kurulmalı; iyi organize edilmiş, işlevsel ekipler oluşturulmalıdır. Bu ekiplerin ihtiyaç duyacağı tüm donanım ve teçhizatın zamanında sağlanması, etkin kriz yönetimi açısından hayati önem taşımaktadır (Brown ve Billings, 2013; Caldiero vd., 2010).

2.5.3.3. Kriz Sonrası Dönem

Bu aşama, krizin sona ermesine rağmen olumsuz etkilerinin örgüt içinde derin biçimde hissedilmeye devam ettiği süreci ifade etmektedir (Coombs, 2007). Bu dönemde örgütsel istikrarın yeniden sağlanması kritik bir önem taşımaktadır. Sürecin etkin yönetilememesi, kurum açısından kaçınılmaz olarak bir çöküş sürecine yol açabilir. Bu nedenle, kriz sonrası gerçekleştirilen durum değerlendirmeleri doğrultusunda gerekli yönetsel değişikliklerin hızla uygulanması ve çalışanlara yeni görev ile sorumlulukların net bir şekilde atanması gerekmektedir (Mazzei vd., 2012).

Ayrıca, krizden elde edilen deneyimler ışığında çalışanların eğitim planları revize edilmeli ve sistematik bir eğitim süreci başlatılmalıdır. Bu dönemde liderlik gelişimine yönelik programların da hayata geçirilmesi önemlidir (Kim, 2015).

Kriz yönetiminde görev alan ekiplerin, sürekli gelişim odaklı birer örgüt geliştirme ekibine dönüştürülmesi ve düzenli eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, kriz sürecinde eksikliği hissedilen ve kurumsal ihtiyaçları karşılayacak kaynakların temini sağlanmalıdır (Coombs ve Holladay, 2009). İdeal olan, krizleri kurumsal başarıya dönüştürebilmektir; zira krizler, içerdiği öğrenme fırsatları sayesinde kurumların değişim ve uyum yeteneklerini geliştirme potansiyeline sahiptir (Blackman ve Ritchie, 2008). Bu bağlamda, krizden edinilen tecrübeler, gelecekte benzer durumların önlenmesi, muhtemel zararların azaltılması ve tehditlere karşı daha dayanıklı ve hazırlıklı olunması açısından büyük değer taşımaktadır. Kriz sürecinde en çok etkilenen alanlar, kurumun hızla geliştirilmesi gereken zayıf yönlerini de ortaya koyar. Ayrıca, kriz döneminde sorumluluk üstlenerek takım ruhu ile katkı sağlayan personelin takdir edilmesi ve yeni örgütsel düzende daha fazla sorumluluk üstlenmelerine fırsat tanınması önemlidir. Rekabetçi bir ortamda değişim ve gelişimin başarının temel unsuru olduğunu benimseyen yöneticiler için krizler, aynı zamanda örgütsel gelişim ve dönüşüm açısından önemli bir fırsat niteliği taşımaktadır (Blackman ve Ritchie, 2008; Makkonen, 2014).

2.6. Kriz Yönetimi Kavramı

Kriz yönetimi, olası kriz durumlarına karşı önceden belirlenmiş planlar doğrultusunda, krize yol açabilecek tüm unsurların analiz edilerek, rasyonel kararlar ve sistematik yaklaşımlar ile örgütün kriz yaşamasını önlemeye yönelik önlemler alınmasını ve kriz anı ile sonrasında, kurumun süreci en az zararla atlatabilmesi için gerekli çalışmaların yürütülmesini kapsayan bütüncül bir çabalar bütünüdür (Coombs, 2007). Bu süreç, örgüt içinde krizi öngörme, hazırlıklı olma, öncelikleri belirleme, engelleme, öğrenme ve iyileştirme mekanizmalarının planlanması, oluşturulması ve uygulanmasını içermekte; kurumun en kısa sürede olağan işleyişine dönmesini hedeflemektedir (Lee vd., 2007). Ancak kriz ortamlarında, sınırlı zaman, yetersiz veri ve kısıtlı iletişim olanakları gibi olumsuz koşullar nedeniyle oluşan belirsizlik, doğruluğu kanıtlanmış ve herkes tarafından kabul edilmiş tek bir stratejiye ulaşmayı neredeyse imkânsız kılmaktadır (Arendt vd., 2017). Ayrıca, geçmiş krizler için geliştirilen çözümler, yeni kriz koşullarında çoğu zaman yetersiz kalabilmektedir. Bu

nedenle, örgütler açısından en temel yaklaşım; krizlerden olabildiğince kaçınmak, kriz ortaya çıktığında ise süreci en etkili şekilde yönetmek ve çözüm üretmektir (Graham vd., 2015; Jurgens ve Helsloot, 2018; Pan ve Meng, 2016).

Kriz yönetiminin temel özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

- **Sürekli bir süreç olma özelliği:** Kriz yönetimi, düzenli olarak gözden geçirilmesi ve güncellenmesi gereken dinamik bir süreçtir. Önceden öngörülebilir krizlere yönelik hazırlanan planlar, belirli aralıklarla (aylık, üç aylık veya yıllık) denetlenmeli ve elde edilen sonuçlara göre revize edilmelidir.
- **Her krizin kendine özgü çözümler gerektirmesi:** Önceki kriz deneyimlerinden elde edilen bilgiler, gelecekte yaşanabilecek krizlere dair yol gösterici olabilir, ancak her kriz kendi özgün çözüm stratejilerini gerektirir.
- **Stratejik yönetim ile ortak temeller taşıması:** Krizler, tüm kurumlar için stratejik hedefler ve amaçlar açısından ciddi riskler oluşturabilir. Bu nedenle kriz yönetimi, stratejik yönetim anlayışıyla paralel bir bakış açısını gerektirir.
- **Liderlik rolünün önemi:** Liderlerin algıları ve yetkinlikleri, kriz yönetiminin başarısında belirleyici bir faktördür. Krizi kurumun varlığına yönelik bir tehdit olarak gören liderler, önleyici stratejilere daha fazla önem verirler (Okkay, 2019).

2.7. Kriz Yönetimi Yaklaşımları

Kriz ortaya çıkmadan önce yürütülecek hazırlık çalışmaları, yöneticilerin kriz belirtilerini doğru şekilde analiz edebilme becerisine bağlıdır (Dutta ve Pulling, 2011). Bu belirtilerin nasıl yorumlanacağı ise, büyük ölçüde yöneticilerin krizlere ilişkin bakış açılarına göre değişkenlik göstermektedir. Literatürde, yöneticilerin krizleri etkili biçimde yönetebilmeleri için öne çıkan iki temel yaklaşım bulunmaktadır: krizden kaçınma yaklaşımı ve krizi çözme yaklaşımıdır (Hetu vd., 2018).

2.7.1. Krizden Kaçma Yaklaşımı

Krizden kaçınma yaklaşımı, olumsuz etkileri azaltmaya veya tamamen ortadan kaldırmaya yönelik stratejileri içermektedir. İşletmelerde yaygın olarak benimsenen bu yaklaşım, kurumsal dengenin korunmasında önemli bir rol üstlenir. Temel amacı, krizleri önleyici mekanizmaları devreye sokarak işletmenin kriz ortamından uzak tutulmasını sağlamaktır. Bu yaklaşımın etkili olabilmesi için, sorunlara en kısa sürede çözüm üretebilen güçlü bir yönetim yapısına ve yerleşmiş bir örgüt kültürüne ihtiyaç vardır (Ponis ve Ntalla, 2016). Krizlerden uzak durabilmek için işletmenin mevcut durumunun yönünü doğru şekilde tespit etmesi, üst yönetimin kurumun temel

değerlerini düzenli olarak paylaşması, net bir misyon bildirgesine ve tüm paydaşlarca benimsenmiş bir vizyona sahip olması gereklidir. Ayrıca, bu yaklaşımın özünde krizlerin önceden öngörülmesi bulunduğundan, işletmelerin etkili bir kriz yönetimi için çevre analizlerini titizlikle yürütmeleri kritik önem taşımaktadır (Herbane, 2013).

2.7.2. Krizi Çözme Yaklaşımı

Kriz çözme yaklaşımı, krizin öncesindeki sürecin öngörülmesi ve kriz ortaya çıktığında hızlı şekilde harekete geçilmesini esas alan bir yaklaşımdır. Bu yöntemde, önceden hazırlanmış, düzenli olarak gözden geçirilmiş, test edilmiş ve güncellenmiş planların bulunması gereklidir. Ancak krizi etkili biçimde yönetebilmek için yöneticilerin yalnızca bu planları uygulaması yeterli değildir; aynı zamanda krize yol açan faktörleri belirleyebilmeleri, anlık gelişmelere uyum sağlayacak kararları cesaretle alabilmeleri ve bu süreçte esnek ile yaratıcı bir tutum sergilemeleri gerekir (Grundy ve Moxon, 2013). Bu yaklaşımın başarısı için ekip çalışmasına her zamankinden daha fazla önem verilmesi gerekmektedir. Krizin çözülerek başarıyla atlatılabilmesi, güçlü bir liderliğin yanı sıra, kurum içi ve kurum dışındaki tüm paydaşlarla etkin iletişimin sağlanmasına da bağlıdır.

2.8. Kriz Yönetimi Aşamaları

Krizleri önlemek veya etkilerini en aza indirmek, kriz sinyallerinin erken aşamada fark edilmesini ve kurumun olası kayıplara karşı korunması için gerekli tedbirlerin alınmasını gerektiren bir dizi aşamayı kapsamaktadır (Can ve Güney, 2011).

2.8.1. Kriz Sinyallerinin Alınması

Kriz süreci, olumsuz etkilerini ortaya koymadan önce yönetim açısından bazı uyarı sinyalleri verir. Kurum yöneticileri, bu sinyalleri kriz öncesi aşamada tespit edip doğru şekilde analiz ederek gerekli önlemleri almalıdır. Aksi takdirde, bu işaretler göz ardı edildiğinde kriz, kurum açısından kaçınılmaz bir hâl alır (Tekin ve Zerenler, 2005). Her krizin kendine özgü sinyalleri bulunduğundan, etkin erken uyarı sistemlerinin kurulması ve işletilmesi büyük önem taşır. Çoğu büyük kriz, aslında küçük ölçekli olaylardan gelişmiştir. Bu nedenle, sorunlarla hızlı ve kararlı biçimde yüzleşmek, daha ciddi problemlerin ortaya çıkmasını önleyebilir (Luecke, 2009). Yöneticilerin bu sinyallere karşı daima dikkatli ve hazırlıklı olmaları gerekir. Bu süreçte yönetim, her durumu ileride potansiyel bir kriz kaynağı olabilecekmiş gibi değerlendirerek incelemelidir (Öztürk, 2010).

2.8.2. Hazırlık ve Korunma Aşaması

Bu aşamada kurumlar, olumsuz durumlarla karşılaşma riskini en aza indirmeyi hedefleyen ve müdahale planlarını içeren bir kriz yönetimi yöntemi geliştirmekle yükümlüdür (Tutar, 2004). Erken uyarı sistemlerinden elde edilen veriler kullanılarak krize karşı önleyici adımlar atılmalıdır. Ancak, yalnızca bu önlemleri almak krizin tamamen önüne geçmek için yeterli olmayabilir. Bu nedenle kurumlar, etkili koruma stratejileri oluşturarak kriz sinyallerini doğru biçimde değerlendirmeli ve sorunları zamanında çözmelidir (Can, 1999). Kriz durumlarından kaçınmak için dış etkenlerin sürekli izlenmesi ve analiz edilmesi, krize hazırlık ve korunmanın temel unsurlarındandır (Tutar, 2004). Olası risklerin listelenmesi sürecinde ise, her başlık altında ilgili yöneticilere belirli sorular yönelmek önem taşır. Örneğin, bu potansiyel sorunu önlemek ve etkisiz hale getirmek için hangi adımları atmalıyız? sorusu sürecin planlanmasında yol gösterici olabilir. Ayrıca, farklı riskler için alınacak önlemler, bazı durumlarda diğerlerine kıyasla daha yüksek maliyetler gerektirebilir (Luecke, 2009).

2.8.3. Denetim Altına Alma Aşaması

Bu aşamada hem yöneticiler hem de çalışanlar yoğun panik ve stres altındadır. Artık olasılıklar üzerinden değil, fiilen yaşanan bir kriz durumundan söz edilmektedir ve kurum bu sürecin içine çekilmiştir. Krizin kontrol altına alınabilmesi için planlı ve organize bir şekilde hareket edilmesi büyük önem taşımaktadır (Gül, 2010). Kriz yönetiminde bu evre, *duruma hâkim olma* ve *zarar kontrolü* aşaması olarak da tanımlanmaktadır (Baltaş, 2004). Yöneticiler, krizin etkilerini azaltma, tamamen ortadan kaldırma ve zararı en aza indirme konularını titizlikle ele almalıdır. Bununla birlikte, krizin yalnızca olumsuz yönleri değil, beraberinde getirebileceği potansiyel fırsatlar da bilinçli bir şekilde değerlendirilmelidir. Krizi kontrol altına almak, yalnızca yönetilebilir nitelikteki krizlerde mümkün olmaktadır. Önleme ve savunma mekanizmalarında zayıflık belirtileri görüldüğünde, gerekli tedbirlerin alınmasında aksaklıklar yaşanabilir. Ayrıca, erken uyarı sistemlerinin düzenli olarak izlenmemesi, önleme ve hazırlık mekanizmalarının işlevsiz hale gelme riskini artırmaktadır (Tutar, 2004).

2.8.4. Normal Duruma Dönüş Aşaması

Bu aşamanın tamamlanma süresi, kurumun uygulama yetkinliğine ve müdahaleleri hayata geçirme hızına bağlı olarak farklılık gösterebilir. Krizin kontrol altına alınıp sona erdirildiği bu evre, kriz etkilerini tamamen ortadan kaldırmaya yönelik

önlemler ile gerçekleştirilecek faaliyetleri kapsamaktadır (Baltaş, 2004). Bu dönemde kurumlar, oluşan hasarı tespit etmeli ve onarım sürecine yönelik kısa ve uzun vadeli eylem planları hazırlamalıdır. Kriz sonrasında örgütün yeniden istikrarlı bir konuma getirilmesi kritik önem taşır. Krizin nedenleri net olarak belirlendikten sonra, bu sebeplerin ortadan kaldırılmasıyla kurum, önceki dengeli yapısına kavuşturulabilir (Kahraman, 2009).

2.8.5. Öğrenme ve Değerlendirme Aşaması

Kriz sona erdirilip kurum üzerindeki olumsuz etkiler giderildiğinde, kriz yönetimi süreci son aşamaya ulaşmış olur. Bu evrede yaşanan kriz durumu analiz edilir, alınan kararlar ve uygulanan önlemler yeniden değerlendirilir (Kahraman, 2009). Ardından, gelecekte benzer durumların yaşanmasını önlemek amacıyla uygulanacak tedbirler gözden geçirilir ve kriz sürecinden çıkarılacak dersler belirlenir (Avgan, 2010). Bu aşamada kurumlar, yalnızca kendi deneyimlerinden değil, diğer kuruluşların yaşadığı krizlerden de öğrenme fırsatı elde edebilir. Ancak pek çok kurum, bu aşamaya gerekli önemi vermediğinden, benzer krizlerin tekrar yaşanmasına zemin hazırlamaktadır (Tutar, 2004). Kriz yönetimi, karmaşık yapısı nedeniyle disiplinler arası bir yaklaşım gerektirir. Bu sebeple, krizlere karşı hazırlıklı olabilmek için kalite geliştirme sürecinde kullanılan kalite çemberlerine benzer şekilde, kriz önleme ve yönetim ekibinin oluşturulması önerilmektedir. Herhangi bir krizle karşılaşmadan önce böyle bir ekibin kurulması, etkili kriz yönetiminin ilk adımı olarak görülmektedir (Luecke, 2009).

2.9. Kriz Sürecinde Karar Alma Yöntemleri

Kriz dönemleri gibi belirsizliğin hâkim olduğu zorlu süreçlerde karar almak oldukça güç olabilmektedir. Bu süreçte kurumun çıkarlarının en üst düzeyde korunması gerekirken, aynı zamanda zaman baskısı da artmaktadır. Bu nedenle, sağlıklı ve sistematik karar alma yöntemlerinin kullanılması daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Böyle durumlarda yöneticiler, kararları bireysel olarak alabilecekleri gibi, çalışanlar ve diğer yöneticilerle ekip çalışması yürüterek ortak sonuçlara da ulaşabilirler. Kriz anlarında zaman baskısının yüksek olması nedeniyle, zamanın etkin bir şekilde yönetilmesi kritik önem taşır. Aksi takdirde, zaman kontrolünün sağlanamadığı acil kriz durumlarında kurum panik ve endişe atmosferine sürüklenerek başarısızlık riskiyle karşı karşıya kalabilir. Kriz yönetiminde hem zamanı etkin biçimde kontrol etmeye hem de sürecin başarılı şekilde yürütülmesine katkı sağlayan başlıca yöntemler arasında stratejik tahmin, olasılık hesaplaması, beyin fırtınası, programlama dili (Delphi), karar

konferansı, Strengths Weaknesses Opportunities Threats (SWOT) analizi ve karar ağacı yer almaktadır (Atabay, 2019).

2.9.1. Stratejik Tahmin Yöntemi

Stratejik tahmin yöntemi hem mevcut kriz durumlarında hem de gelecekte ortaya çıkabilecek olası krizleri öngörerek, yalnızca sezgilere değil somut verilere dayalı kararlar almayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Bu yöntemde, karar alma sürecinin ilk adımında kriz yönetim ekibinin görüşleri ile kurumun deneyim ve tecrübeleri, yapılan araştırmalar sonucunda elde edilen verilerle karşılaştırılır ve ortak bir vizyon oluşturulur. Ardından, bu vizyon çerçevesinde kurumun olası krizlere karşı uygulayacağı stratejiler belirlenir. Son aşamada ise bu stratejiler, planlı bir şekilde ve sıralı adımlarla hayata geçirilir. Kriz yönetiminde kullanılabilen bu yöntemin, diğer yöntemlere kıyasla daha esnek, uygulanması kolay ve daha az zaman gerektiren bir yapıya sahip olduğu ifade edilmektedir (Güleryüz, 2015).

2.9.2. Olasılık Hesaplaması

Bu yöntem, kriz sürecinin öngörülemeyen bir şekilde ilerlediği durumlarda alternatif planların devreye alınmasını ifade eder. Sezgilerin, olumsuz durumlar ortaya çıkmadan önce hakkında görüş bildirilen ve mantıklı görülen olasılıklara dayandığı belirtilmektedir. Ancak kurumların olası durumlara karşı geliştirdikleri planlar, yalnızca belirli koşullar gerçekleştiğinde uygulanmaktadır (Atabay, 2019).

2.9.3. Beyin Fırtınası Yöntemi

Beyin fırtınası yöntemi, bir problemin çözümü için zihinde çok sayıda farklı fikir ve çözüm önerisi üretilmesine dayanan yaratıcı bir karar alma tekniğidir. Kriz dönemlerinde karar alma sürecinde kullanılabilen bu yöntem hem yöneticiler tarafından bireysel olarak hem de grup çalışması şeklinde uygulanabilmektedir. Yöneticiler, bireysel olarak olası tüm senaryoları değerlendirip çeşitli araştırmalar yaparak nihai kararlarını oluşturabilmektedir (Balkan, 2004).

2.9.4. DELPHİ Yöntemi

Rand Corporation tarafından geliştirilen Delphi yöntemi, geleceğe yönelik tahminlerde bulunmak amacıyla kullanılan bir uzlaşma ve karar verme tekniğidir. Bu yöntem, kriz, sorun veya zorluk yaşanan durumlarda uzmanların görüşlerini alarak değerlendirme yapmalarına ve ortak karar vermelerine imkân tanır. Süreç, öncelikle

konu uzmanlarına mevcut problem ve çözüm önerilerine ilişkin bir form gönderilmesiyle başlar. Uzmanlar tarafından doldurulan bu formlar toplanır, elde edilen görüş ve öneriler gruplandırılarak tekrar uzmanlara iletilir. Bu döngü, ortak bir karara ulaşıncaya kadar devam eder. Delphi yöntemi, yazılı iletişim aracılığıyla karar verme sürecini ifade etmektedir. Gelen yanıtlar, ekip lideri tarafından yüksek (%10), orta (%80) ve düşük (%10) olmak üzere üç kategoriye ayrılır. Görüşlerin %20'lik uç kısmında yer alan katılımcılardan mantıklı açıklamalar talep edilir; bu açıklamaları sunamayanların görüşleri ise değerlendirme dışında bırakılır (Güteryüz, 2015).

2.9.5. Karar Konferansı Yöntemi

Karar konferansı yöntemi, krizle ilgili sorunlara odaklanılan, kriz yönetim ekibine alanında uzman kişilerin dahil edildiği ve görüşmelerin çalışma ortamından uzak bir mekânda yürütüldüğü bir karar alma tekniğidir. Bu yöntemde, üyeler belirli adımlar izleyerek öncelikle sorunun yapısını tartışır, ardından bir çözüm modeli geliştirir. Olası senaryolar da dikkate alınarak değerlendirmeler yapılır ve nihai kararlar belirlenir. Sürecin sonunda, alınan kararlar doğrultusunda yazılı bir eylem planı hazırlanır ve plan kapsamında gerekli uygulamalara başlanır (Güneş ve Beyazıt, 2010).

2.9.6. Strengths Weaknesses Opportunities Threats (SWOT) Analizi Yöntemi

SWOT analizi yöntemi, İngilizce Strengths (Güçlü yönler), Weaknesses (Zayıf yönler), Opportunities (Fırsatlar) ve Threats (Tehditler) kelimelerinin baş harflerinden oluşan, kurumun güçlü ve zayıf yönlerini ile karşı karşıya olduğu fırsat ve tehditleri belirlemek için kullanılan bir analiz tekniğidir. Bu yöntem sayesinde kurumlar, güçlü yönlerini fark ederek bunları koruma ve geliştirme, fırsatları tespit ederek ne şekilde ve hangi zamanlarda değerlendireceklerine karar verme, tehditleri ise bertaraf etme veya fırsata dönüştürme stratejileri geliştirebilirler. SWOT analizi, kurumların iç ve dış çevre koşullarını inceleyerek güçlü ve zayıf yönlerini ortaya koymayı amaçlar. Bu unsurlar belirlendikten sonra, dış durum analizi yapılarak kurumun rakipleri karşısındaki konumu tespit edilir. Ardından, mevcut fırsatları ve potansiyel tehditleri ortaya çıkarmaya yönelik değerlendirmeler gerçekleştirilir (Kördeve, 2018).

2.9.7. Karar Ağacı Yöntemi

Karar ağacı yöntemi, özellikle kritik zamanlarda alınacak kararlarda fırsatların da önceden öngörülmesine imkân tanıyan ve karar ile fırsat arasındaki ilişkiyi görsel olarak ortaya koyan bir tekniktir. Bu yöntemin değerlendirme sürecinin, bilgisayar tabanlı

simülasyon analizlerinin temelini oluşturduğu belirtilmektedir. Karar ağacı yönteminin önemli avantajlarından biri, maliyet hesaplamaları yaparak ortaya çıkan sorunlara yönelik farklı karar alternatifleri sunabilmesidir. Analiz sürecinde fırsatlar “+”, tehditler ise “-” işareti ile gösterilir; olası sonuçlar, ilgili sonucun gerçekleşme olasılığı ile çarpılır ve elde edilen tüm değerler toplanarak değerlendirme yapılır (Kahraman, 2009).

2.10. Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi

Sağlık kurumları, kriz yönetimi açısından kritik bir konuma sahiptir. Sağlık sektöründe beklenmedik gelişmeler sık yaşanmakta olup, bu durumlar hastaların sağlığı ve yaşamı üzerinde ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarının kriz yönetimi stratejilerine önceden hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Sağlık kurumlarında kriz yönetimi süreci; acil durum planlarının hazırlanması ve uygulanması, personel ile kaynak yönetimi, etkili iletişim planlaması ve risk yönetimi gibi temel alanlara odaklanmakta ve kriz sonrası dönemi de kapsamaktadır (Deniz ve Sağlam, 2007).

Sağlık sektörü; karmaşık yapısı, hizmet çeşitliliği, hizmet üretim ve tüketiminin eş zamanlı gerçekleşmesi ile hizmeti sunan ve alanlar arasındaki doğrudan iletişim gibi unsurlar nedeniyle kriz riskinin yüksek olduğu bir alan olarak değerlendirilmektedir (Alay ve Metin, 2023). Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan hayatını etkilemesi ve yapılacak hataların telafi edilemez nitelikte olması, sağlık kurumlarını belirsizlikler ve krizler karşısında son derece hassas hâle getirmektedir (Barrios ve Hochberg, 2020). COVID-19 gibi ani kötüleşmelere yol açan pandemiler, bulaşıcı hastalıklar, yanlış tıbbi müdahaleler, sık rastlanan malpraktis vakaları, doğal afetler, büyük ölçekli kazalar, bilgi işlem sorunları, güvenlik açıkları ve teknik arızalar, sağlık hizmetlerinde kriz yaratabilecek başlıca durumlardır. Bu tür durumlarda kurumun olağan yönetim anlayışı ve rutin işleyişi ile hareket etmesi uygun değildir; kriz koşullarına özgü bir yönetim yaklaşımıyla eylem planlarının hazırlanması zorunludur (Alay ve Metin, 2023).

Sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürdürülebilmesi ve krizlere etkin biçimde müdahale edilebilmesi için sağlık kuruluşlarının acil durum eylem planlarına sahip olmaları gerekir (Aykal ve Türkmen, 2014). Bu planlar, kriz anında hızlı ve etkili hareket edilmesine olanak sağlayan, hangi durumda hangi adımların atılacağını net biçimde belirleyen uygulamaları içerir. Örneğin, bir doğal afet sırasında hastaların güvenli şekilde tahliye edilmesi ve yer değişikliğinin planlanması gibi. Personel ve kaynak yönetimi, kriz sırasında insan gücü ve tıbbi ekipman gibi kaynakların etkin kullanımını sağlayarak hizmetin devamlılığını destekler. Bu stratejiler; personel

rotasyon planlarının yapılması, öncelikli hizmet alanlarının belirlenmesi ve gerekli ekipmanların temini gibi unsurları kapsar. İletişim planlaması, kriz döneminde doğru bilgi akışının sağlanması ve paydaşlar ile halkın bilgilendirilmesi açısından kritik önemdedir. Bu kapsamda iletişim ekiplerinin belirlenmesi, bilgi paylaşımının düzenli yapılması ve halka açık veya kurum içi bilgilerin yönetimi gibi uygulamalar yer almaktadır (Tengilimoğlu vd., 2021). Risk yönetimi ise olası zararların önceden belirlenerek bunların en aza indirilmesini hedefler. Bu süreç, risk analizi yapılması ve risk yönetim planlarının oluşturulması gibi adımları içerir. Tüm bu stratejilerin etkin şekilde uygulanması, sağlık kurumlarının kriz sırasında hızlı ve etkili müdahalede bulunmalarına, hastaların sağlığını korumalarına, kriz sonrası toparlanma sürecini hızlandırmalarına ve kurumsal itibarlarını muhafaza etmelerine katkı sağlamaktadır (El Gharib ve Elnahas, 2021).

2.11. Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlığın Kriz Yönetimine Etkisi

Sağlık çalışanları, mesleklerinin doğası gereği krizlerin en yoğun yaşandığı alanlarda görev yapmaktadır. Özellikle acil servisler, yoğun bakım üniteleri ve afet yönetim süreçlerinde sağlık çalışanlarının karşılaştıkları krizler, yalnızca teknik bilgi ve becerilerle değil, aynı zamanda psikolojik sağlamlık gibi bireysel özelliklerle de etkin biçimde yönetilebilmektedir. Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri arttıkça kriz anlarında daha hızlı karar alabildikleri, sakin kalabildikleri ve ekip iş birliğini daha verimli sürdürebildikleri gösterilmiştir (Ambrose vd., 2024).

Kriz yönetimi literatürü, yalnızca kriz anında yapılan müdahalelerden ibaret olmayıp öncesi, esnası ve sonrasını kapsayan bütüncül bir süreç olduğuna işaret etmektedir (Çalışkan, 2020). Bu bağlamda, psikolojik sağlamlık kriz öncesinde hazırlık aşamasında stres yönetimi ve motivasyonun korunmasında; kriz sırasında etkin karar verme ve problem çözme becerilerinin sürdürülmesinde; kriz sonrasında ise tükenmişliğin azaltılması ve hızlı toparlanma süreçlerinde kritik bir rol üstlenmektedir (Hart vd., 2014). Özellikle COVID-19 pandemisi sırasında yapılan araştırmalar, yüksek psikolojik sağlamlığa sahip sağlık çalışanlarının hem bireysel düzeyde daha az tükenmişlik yaşadığını hem de örgütsel düzeyde kriz yönetimine daha fazla katkı sunduğunu ortaya koymuştur (Hou vd., 2020).

Bunun yanı sıra, psikolojik sağlamlık sadece bireysel bir özellik olarak değil, örgütsel bağlamda da kriz yönetimi stratejilerinin merkezinde değerlendirilmelidir. Sağlık kurumlarında liderlik desteği, açık iletişim, mesleki dayanışma ve kurumsal kaynakların etkin kullanımı çalışanların psikolojik sağlamlığını güçlendirmektedir

(Southwick vd., 2014). Böylece, psikolojik sağlamlığı desteklenen sağlık çalışanları, kriz ortamlarında daha yüksek adaptasyon kapasitesiyle hareket ederek hem hasta güvenliğini artırmakta hem de kriz yönetimi süreçlerinin başarısına doğrudan katkı sunmaktadır.



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışma Bayburt Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin kriz yönetimine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini Ocak-Mart 2025 tarihleri arasında Bayburt Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanları (n=550 kişi) oluşturmaktadır. Herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak görevlendirme, izin, rapor gibi sebeplerden dolayı 414 sağlık çalışanı ile araştırma tamamlanmıştır.

3.3. Araştırma Yapılan Hastanenin Özellikleri

Bayburt Devlet Hastanesi şehir merkezi yerleşkesinde olup, araştırmanın yapıldığı Ocak-Mart 2025 verilerine göre hastanede 87 hekim, 209 hemşire ve 195 sağlık memuru, 241 işçi ve 59 diğer personel olmak üzere toplamda 791 personel görev yapmaktadır. Personellerin dinlenme süreleri iş kanununa göre uygulanmaktadır. 1 tane A sınıfı İSG hemşiresi tarafından verilen İSG hizmeti ve eğitimleri; İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Biriminin gözetiminde dışarıdan bir OSGB'den hizmet alımı yapılarak gerçekleştirilmektedir.

3.4. Ölçme Araçları

Araştırmanın verileri; araştırmacılar tarafından literatür incelenerek oluşturulan bilgilendirilmiş onam formu, sosyodemografik özellikler, kurumsal, mesleki ve sosyal özellikler, sağlık düzeyini içeren sorular ile “Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)” ve “Kriz Yönetimi Ölçeği (KYÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Anket ve ölçekler her bir sağlık çalışanının dinlenme saatinde uygulanmış ve yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen bu form iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde; sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mesleki deneyim, kurumdaki

çalışma yılı, gelir düzeyi, çalışılan birim, çalışma şekli, haftalık çalışma saati) on soru; İkinci bölümde ise sağlık çalışanlarının kurumsal, mesleki ve sosyal özelliklerini, sağlık düzeyini belirlemeye yönelik yirmi soru olmak üzere toplam 30 soru yer almıştır (EK 1).

3.4.2. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ), Smith ve arkadaşları tarafından kişilerin psikolojik sağlamlık seviyelerini belirlemek amacıyla 2008 yılında geliştirilmiştir. Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Doğan (2015) tarafından gerçekleştirilmiştir. Altı maddeden oluşan ve öz-bildirim esaslı olan bu ölçek, 5'li likert tipinde derecelendirilmekte; “hiç katılmıyorum” seçeneği 1, “tamamen katılıyorum” seçeneği ise 5 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ters kodlanan maddeler yeniden düzenlendikten sonra elde edilen yüksek puanlar, bireylerin daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olduklarını göstermektedir. Doğan'ın (2015) çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .83, Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise .81 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada Cronbach alfa değeri .73 olarak saptanmıştır. Bulgular, ölçeğin Türk kültüründe kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu ortaya koymaktadır (EK 2).

3.4.3. Kriz Yönetimi Ölçeği

Kriz Yönetimi Ölçeği, 2020 yılında Çalışkan tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte yer alan maddeler, 5'li likert tipi derecelendirmeye göre hazırlanmış olup “1- Hiç katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Kısmen katılıyorum, 4- Katılıyorum, 5- Tamamen katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Toplam 23 maddeden oluşan ölçek; kriz öncesi faaliyetler (1–9. maddeler), kriz sürecindeki faaliyetler (10–19. maddeler) ve kriz sonrası faaliyetler (20–23. maddeler) olmak üzere üç alt boyutta yapılandırılmıştır (EK 3). Ölçekten elde edilen puan, maddelerin ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Ortalama puanın yüksek olması, kriz yönetimi uygulamalarının etkinliğinin arttığını göstermektedir. Çalışkan'ın (2020) çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .89 olarak bulunurken, bu araştırmada söz konusu katsayı .97 olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 25/10/2024 tarih ve 2024/8 sayılı toplantısı ile E-95674917-108.99-291320 sayılı Etik Kurul Onayı alınmıştır (EK 4).

3.6. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenler frekans ve yüzde değerleriyle, sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve gerekli durumlarda minimum–maksimum değerleriyle tanımlanmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında parametrik testler tercih edilmiştir. İki grup ortalamaları arasındaki farkı incelemek için bağımsız gruplar t-testi, ikiden fazla grubun ortalamalarını karşılaştırmak için ise tek yönlü varyans analizi (One-Way ANOVA) uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılıkların hangi değişkenlerden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Tukey çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler ise Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Tüm istatistiksel testlerde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı (n=414)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş		
20-24	33	8.0
25-29	127	30.7
30-34	93	22.5
35-39	43	10.4
40 ve üzeri	118	28.5
Cinsiyet		
Kadın	213	51.4
Erkek	201	48.6
Eğitim durumu		
Lise	53	12.8
Ön lisans	125	30.2
Lisans	178	43.0
Lisansüstü	58	14.0
Medeni durum		
Evli	271	65.5
Bekar	143	34.5
Gelir düzeyi		
Düşük	74	17.9
Orta	314	75.8
Yüksek	26	6.3
Çocuk varlığı		
Evet	207	50.0
Hayır	207	50.0

Tablo 1’e göre sağlık çalışanlarının yaş grupları incelendiğinde; sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun (%30.7) 25-29 yaş aralığında ve 40 yaş ve üzeri yaş aralığında (%28.5) olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan 414 sağlık çalışanının 213’ü (%51.4) kadın, %43’ü (178 kişi) lisans mezunu, %65.5’i (271 kişi) evlidir. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%75.8) orta düzeyde gelir seviyesine sahiptir ve %50’sinin çocuğu bulunmaktadır (Tablo 1). Sağlık çalışanlarının sağlık durumlarına göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık çalışanlarının sağlık durumlarına göre dağılımı (n=414)

Sağlık Durumu	N	%
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu		
Evet	274	66.2
Hayır	140	33.8
Kronik hastalık bulunma durumu		
Evet	72	17.4
Hayır	342	82.6
Ruhsal/psikolojik hastalık bulunma durumu		
Evet	21	5.1
Hayır	393	94.9
Düzenli beslenme durumu		
Evet	240	58.0
Hayır	174	42.0
Dinlenmek için zaman ayırma durumu		
Evet	208	50.2
Hayır	206	49.8
Uyku sorunu bulunma durumu		
Evet	80	19.3
Hayır	334	80.7
Sosyal yaşantıya zaman ayırabilme durumu		
Evet	200	48.3
Hayır	214	51.7
	Ort.±SS	Min-Max
Günde ortalama kaç saat uyursunuz?	7.01±1.357	2-12

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min-Max: Minimum-Maksimum

Sağlık çalışanlarının %66.2'si düzenli sağlık kontrolü yaptırdıklarını, %82.6'sı herhangi bir kronik hastalığı olmadığını, %94.9'u herhangi bir ruhsal/psikolojik hastalığının olmadığını, %58'i düzenli beslendiğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %50.2'si dinlenmek için özel zaman ayırabildiklerini, %80.7'si herhangi bir uyku sorununun olmadığını, sosyal yaşantılarına yeterince zaman ayıramadıklarını (%51.7) ve günde ortalama olarak 7.01±1.357 saat uyuduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Sağlık çalışanlarının mesleki durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Sağlık çalışanlarının mesleki durumlarına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=414)

Mesleki Özellikler	n	%
Çalışılan birim		
Klinikler	45	10.9
Yoğun bakım	19	4.6
Acil servis	30	7.2
Ameliyathane	25	6.0
Yönetim	41	9.9
Poliklinik	84	20.3
Diğer	170	41.1
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	266	64.3
Sürekli gece	3	0.7
Vardiyalı	145	35.0
Haftalık çalışma saati		
40 saat	247	59.7
40 saat üstü	167	40.3
Hizmet içi eğitim alma durumu		
Evet	371	89.6
Hayır	43	10.4
Alınan hizmet içi eğitimi yeterli bulma durumu		
Evet	270	72.8
Hayır	101	27.2
Aşırı yük ve sorumluluklardan etkilenme durumu		
Evet	281	67.9
Hayır	133	32.1
İş kazası geçirme durumu		
Evet	57	13.8
Hayır	357	86.2
İş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu		
Evet	389	94.0
Hayır	25	6.0
Mesleği ile ilgili stres yaşama durumu		
Evet	274	66.2
Hayır	140	33.8
Mesleğini bırakmayı düşünme durumu		
Evet	154	37.2
Hayır	260	62.8
Meslekteki verim düzeyini değerlendirme		
Yeterli	332	80.2
Yetersiz	82	19.8
	Ort.±SS	Min-Max
Mesleki çalışma süresi (yıl)	10.284±9.5748	1-44
Kurumdaki çalışma süresi (yıl)	8.559±9.1982	1-40

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min-Max: Minimum-Maksimum

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 170'i (%41.1) klinik, yoğun bakım, acil servis, ameliyathane, yönetim ve poliklinik dışı birimlerde çalıştığını ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu (%64.3) sürekli gündüz ve %59.7'si haftada 40 saat çalıştığını ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü (%89.6) hizmet içi eğitim aldıklarını belirtmiş, eğitim alanların %72.8'i hizmet içi eğitimlerin yeterli olduğunu ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı aşırı yük ve sorumluluklardan etkilendiklerini (%67.9), herhangi bir iş kazası geçirmediğini (%86.2), iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim aldıklarını (%94) belirtirken büyük bir çoğunluğu mesleği ile ilgili stres yaşadığını (%66.2) ancak mesleğini bırakmayı düşünmediğini (%62.8) ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının %80.2'si meslekteki verim düzeyini yeterli olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların mesleki çalışma süresi ortalama olarak 10.284 ± 9.5748 , kurumda çalışma süreleri ise 8.559 ± 9.1982 olarak saptanmıştır (Tablo 3). Sağlık çalışanlarının Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Kriz Yönetimi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık çalışanlarının Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Kriz Yönetimi Ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı (n=414)

Ölçekler	Ort.±SS	Min-Max
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	17.8913±2.85	6-28
Kriz Yönetimi Ölçeği	75.2923±18.96	23-115
<i>Kriz öncesi faaliyetler</i>	29.6377±7.46	9-45
<i>Kriz esnası faaliyetler</i>	32.1787±8.77	10-50
<i>Kriz sonrası faaliyetler</i>	13.4758±3.73	4-20

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min-Max: Minimum-Maksimum

Katılımcıların ölçek puan ortalamaları Tablo 4'te verilmiştir. Sağlık çalışanlarının Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği toplam puan ortalaması 17.8913 ± 2.85 olarak saptanmıştır. Kriz Yönetimi Ölçeği toplam puan ortalaması 75.2923 ± 18.96 olarak bulunurken Kriz Yönetimi Ölçeği alt boyutları ise kriz öncesi faaliyetler 29.6377 ± 7.46 , kriz esnası faaliyetler 32.1787 ± 8.77 , kriz sonrası faaliyetler 13.4758 ± 3.73 , olarak bulunmuştur (Tablo 4). Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre KPSÖ, KYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre KPSÖ, KYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=414)

Tanımlayıcı Özellikler	Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği		Kriz Yönetimi Ölçeği							
			Toplam		Kriz Öncesi Faaliyetler		Kriz Esnası Faaliyetler		Kriz Sonrası Faaliyetler	
	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç
Cinsiyet										
Kadın	18.00±2.72	t=0.797	74.00±20.10	t=-1.220	29.11±7.90	t=-1.426	31.66±9.32	t=-1.094	13.36±3.92	t=-0.588
Erkek	17.77±2.98	p=0.426	76.30±17.70	p=0.223	30.16±6.95	p=0.155	32.61±8.15	p=0.275	13.58±3.53	p=0.557
Eğitim durumu										
Lise ^a	19.20±3.89		80.00±15.89		31.60±6.64		34.10±7.61		14.20±2.91	
Ön lisans ^b	17.70±3.25	F=4.860	77.60±17.91	F=4.290	30.50±6.95	F=3.930	33.40±8.35	F=4.060	13.80±3.48	F=3.380
Lisans ^c	17.80±2.42	p=0.002	74.10±19.50	p=0.005	29.20±7.73	p=0.009	31.60±9.01	p=0.007	13.40±3.87	p=0.018
Lisansüstü ^d	17.40±1.43	a>b,c,d	68.80±20.55	a>d, b>d	27.30±7.87	a>d, b>d	29.30±9.27	a>d, b>d	12.20±4.26	a>d, b>d
Medeni durum										
Evli	17.98±2.97	t=0.885	74.91±18.77	t=-0.324	29.66±7.36	t=0.134	32.00±8.60	t= -0.394	13.37±3.73	t= -0.678
Bekar	17.77±2.62	p=0.377	75.55±19.45	p=0.746	29.55±7.68	p=0.893	32.35±9.12	p=0.694	13.64±3.75	p=0.498
Gelir düzeyi										
Düşük ^a	17.60±3.19		67.90±21.12	F=8.080	27.80±8.61		28.10±9.59	F=11.850	11.90±4.21	F=8.650
Orta ^b	18.00±2.76	F=2.180	76.30±17.34	p<0.001	29.90±6.80	F=3.160	32.70±8.07	p<0.001	13.70±3.42	p<0.001
Yüksek ^c	16.90±2.83	p=0.114	82.20±25.65	c>b,a	31.40±10.59	p=0.051	36.20±10.88	c>b,a	14.70±4.80	c>b,a
Çocuk varlığı										
Evet	18.03±2.91	t=1.050	77.23±17.35	t=2.245	30.59±6.69	t=2.676	33.01±8.07	t=2.069	13.71±3.47	t=1.359
Hayır	17.74±2.79	p=0.294	73.04±20.32	p=0.025	28.64±8.07	p=0.008	31.22±9.37	p=0.039	13.21±3.97	p=0.175

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Bağımsız gruplar t testi, F: One-way ANOVA

Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri ile KPSÖ ile KYÖ karşılaştırıldığında KPSÖ ile KYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($p>0.05$). Lise ve ön lisans mezunu olan sağlık çalışanlarının KYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları lisansüstü eğitim seviyesine sahip olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.009$, $p=0.007$, $p=0.018$). Ayrıca sağlık çalışanları arasında lise mezunu olanların KPSÖ puan ortalamaları diğer eğitim seviyelerine göre yüksek saptanmıştır ($p=0.002$). Diğer yandan KPSÖ ile KYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları medeni duruma göre de istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($p>0.05$). Sağlık çalışanlarının KYÖ toplam, kriz esnası ve kriz sonrası faaliyetler alt boyut puan ortalamaları yüksek gelir seviyesine sahip olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Ancak sağlık çalışanlarının gelir düzeyi ile KPSÖ ve kriz öncesi faaliyetler alt puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Çocuğu olan sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (77.23 ± 17.35), kriz öncesi faaliyetler (30.59 ± 6.69) ve kriz esnası faaliyetler (33.01 ± 8.07) alt boyut puan ortalamaları çocuğu olmayan sağlık çalışanlarına daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumu ile kriz sonrası faaliyetler ve KPSÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 5). Sağlık çalışanlarının sağlık durumu özelliklerine göre KPSÖ, KYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Sağlık çalışanlarının sağlık durumu özelliklerine göre KPSÖ, KYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=414)

Sağlık Durumu	Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği		Kriz Yönetimi Ölçeği							
			Toplam		Kriz Öncesi Faaliyetler		Kriz Esnası Faaliyetler		Kriz Sonrası Faaliyetler	
	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu										
Evet	17.94±2.95	t=0.501	75.98±19.42	t=1.255	30.07±7.45	t=1.708	32.33±9.14	t=0.692	13.63±3.77	t=1.230
Hayır	17.79±2.65	p=0.617	73.49±18.07	p=0.210	28.75±7.44	p=0.088	31.70±8.03	p=0.490	13.15±3.65	p=0.219
Kronik hastalık bulunma durumu										
Evet	17.76±3.31	t=-0.416	70.50±23.56	t=-1.914	28.38±9.06	t=-1.319	29.54±10.88	t=-2.306	12.56±4.60	t=-1.895
Hayır	17.91±2.75	p=0.678	76.12±17.75	p=0.059	29.88±7.7	p=0.191	32.67±8.17	p=0.023	13.65±3.50	p=0.061
Ruhsal/psikolojik hastalık bulunma durumu										
Evet	17.90±3.94	t=0.022	72.23±22.08	t=-0.718	28.66±8.98	t=-0.603	31.00±10.21	t=-0.602	12.57±4.19	t=-1.129
Hayır	17.89±2.79	p=0.982	75.29±18.83	p=0.473	29.67±7.39	p=0.547	32.18±8.70	p=0.548	13.51±3.71	p=0.260
Düzenli beslenme durumu										
Evet	18.10±3.02	t=1.821	78.50±18.09	t=4.260	30.84±7.09	t=3.946	33.64±8.41	t=4.194	14.11±3.44	t=4.118
Hayır	17.59±2.58	p=0.069	70.58±19.27	p=0.000	27.95±7.66	p=0.000	30.04±8.86	p=0.000	12.58±3.94	p=0.000
Dinlenmek için zaman ayırma durumu										
Evet	18.09±3.17	t=1.470	80.24±17.33	t=5.644	31.32±6.78	t=4.752	34.47±8.12	t=5.632	14.52±3.24	t=5.999
Hayır	17.68±2.47	p=0.142	70.03±19.24	p=0.000	27.91±7.74	p=0.000	29.76±8.80	p=0.000	12.40±3.90	p=0.000
Uyku sorunu bulunma durumu										
Evet	17.72±2.68	t=-0.579	69.28±19.59	t=-3.104	27.32±7.72	t=-3.098	29.42±9.18	t=-3.096	12.53±3.89	t=-2.497
Hayır	17.93±2.89	p=0.563	76.55±18.59	p=0.002	30.17±7.31	p=0.002	32.77±8.56	p=0.002	13.69±3.67	p=0.013
Sosyal yaşantıya zaman ayırabilme durumu										
Evet	18.01±3.13	t=0.846	81.67±17.10	t=7.087	32.15±6.50	t=7.056	35.01±8.03	t=6.743	14.60±3.27	t=6.244
Hayır	17.77±2.56	p=0.398	69.14±18.69	p=0.000	27.27±7.55	p=0.000	29.46±8.61	p=0.000	12.41±3.83	p=0.003

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Bağımsız gruplar t testi

Sağlık çalışanlarının düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ile KYÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ve KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan sağlık çalışanlarının KYÖ kriz esnası faaliyetler alt boyutu puan ortalamaları (32.67 ± 8.17) kronik hastalığı bulunanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak sağlık çalışanlarının herhangi bir kronik hastalık bulunma durumu ile KYÖ toplam, kriz öncesi faaliyetler ve kriz sonrası faaliyetler alt boyut puan ortalamaları ve KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Sağlık çalışanlarının herhangi bir ruhsal/psikolojik hastalığı bulunma durumu ile KYÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ve KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Düzenli beslendiğini düşünen sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (78.50 ± 18.09) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 30.84 ± 7.09 , kriz esnası faaliyetler; 33.64 ± 8.41 , kriz sonrası faaliyetler; 14.11 ± 3.44) düzenli beslenmediğini düşünenlere göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.001$). Sağlık çalışanlarının düzenli beslenme durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Dinlenmek için özel zaman ayırabildiğini ifade eden sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (80.24 ± 17.33) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 31.32 ± 6.78 , kriz esnası faaliyetler; 34.47 ± 8.12 , kriz sonrası faaliyetler; 14.52 ± 3.24) dinlenmek için özel zaman ayıramadığını ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Sağlık çalışanlarının dinlenmek için özel zaman ayırma durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Herhangi bir uyku sorunu olmadığını düşünen sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (76.55 ± 18.59) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 30.17 ± 7.31 , kriz esnası faaliyetler; 32.77 ± 8.56 , kriz sonrası faaliyetler; 13.69 ± 3.67) herhangi bir uyku sorunu olduğunu düşünenlere göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Sağlık çalışanlarının herhangi bir uyku sorunu olup olmama durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Sosyal yaşantısına yeterince zaman ayırdığını ifade eden sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (81.67 ± 17.10) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 32.15 ± 6.50 , kriz esnası faaliyetler; 35.01 ± 8.03 , kriz sonrası faaliyetler; 14.60 ± 3.27) zaman ayıramadığını ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık çalışanlarının sosyal yaşantılarına yeterince zaman ayırma durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

(Tablo 6). Sağlık alışanlarının mesleki durumlarına göre KPSÖ, KY ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.



Tablo 7. Sağlık çalışanlarının mesleki durumlarına göre KPSÖ, KYÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı (n=414)

Mesleki Özellikler	Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği		Kriz Yönetimi Ölçeği							
			Toplam		Kriz Öncesi Faaliyetler		Kriz Esnası Faaliyetler		Kriz Sonrası Faaliyetler	
	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç	Ort.±SS	Sonuç
Çalışılan birim										
Klinikler	17.70±2.03		77.20±15.73		31.00±6.60		32.50±8.27		14.00±2.84	
Yoğun bakım	17.50±2.82		70.04±14.01		26.50±6.24		30.60±5.83		13.30±3.53	
Acil servis	17.10±1.86		69.60±17.89		27.50±7.64		28.80±8.17		13.20±3.65	
Ameliyathane	17.40±1.43		72.00±29.00		28.60±11.05		31.50±12.92		11.90±5.71	
Yönetim	18.20±2.45		78.30±19.80		30.70±7.62		33.90±9.06		13.80±3.72	
Poliklinik	18.00±3.13	F=1.000	74.10±20.53	F=1.180	29.40±7.58	F=1.520	31.50±9.73	F=1.350	13.20±3.95	F=1.130
Diğer	18.10±3.11	p=0.424	76.40±17.49	p=0.316	30.00±6.97	p=0.170	32.80±7.87	p=0.233	13.70±3.50	p=0.344
Çalışma şekli										
Sürekli gündüz	18.10±2.78		75.90±18.24		30.20±7.03		32.40±8.45		13.50±3.61	
Sürekli gece	17.30±3.06	F=1.314	71.00±17.35	F=0.638	29.70±3.06	F=1.951	28.70±11.15	F=0.497	12.70±4.93	F=0.072
Vardiyalı	17.60±2.98	p=0.270	73.80±20.35	p=0.528	28.60±8.21	p=0.143	31.70±9.34	p=0.609	13.50±3.97	p=0.930
Haftalık çalışma saati										
40 saat	17.99±2.75	t=0.871	76.70±18.40	t=2.080	30.27±7.16	t=2.161	32.86±8.50	t=2.064	13.73±3.61	t=1.728
40 saat üstü	17.74±2.99	p=0.384	72.80±19.60	p=0.038	28.66±7.81	p=0.030	31.04±9.08	p=0.040	13.08±3.89	p=0.085
Hizmet içi eğitim alma durumu										
Evet	17.87±2.93	t=-0.503	76.13±18.70	t=3.131	30.04±7.23	t=3.405	32.55±8.73	t=2.914	13.61±3.70	t=2.390
Hayır	18.04±2.02	p=0.617	66.65±19.53	p=0.002	26.00±8.50	p=0.001	28.46±7.37	p=0.004	12.18±3.84	p=0.017
Alınan hizmet içi eğitimi yeterli bulma durumu										
Evet	17.97±2.95	t=1.384	77.69±18.16	t=4.885	30.76±7.00	t=5.313	33.13±8.50	t=4.312	13.88±3.58	t=4.249
Hayır	17.50±2.67	p=0.167	67.15±19.17	p=0.000	26.27±7.86	p=0.000	28.81±8.77	p=0.000	12.06±3.87	p=0.000
Aşırı yük ve sorumluluklardan etkilenme durumu										
Evet	17.85±2.61	t=-0.388	72.18±19.32	t=-4.939	28.42±7.62	t=-5.155	30.88±8.89	t=-4.257	12.97±3.88	t=-4.237
Hayır	17.97±3.32	p=0.699	81.36±16.69	p=0.000	32.15±6.47	p=0.000	34.75±7.95	p=0.000	14.50±3.18	p=0.000

Tablo 7. (Devamı)

İş kazası geçirme durumu	17.47±2.59	t=-1.190	66.38±18.24	t=-3.812	25.85±6.89	t=-4.180	28.36±8.67	t=-3.528	12.15±3.93	t=-2.876
Evet	17.95±2.89	p=0.235	76.55±18.75	p=0.000	30.22±7.39	p=0.000	32.72±8.65	p=0.000	13.67±3.66	p=0.004
Hayır										
İş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu	17.90±2.89	t=0.381	75.83±18.60	t=2.945	29.96±7.24	t=3.720	32.38±8.68	t=2.414	13.56±3.68	t=1.978
Evet	17.68±2.28	p=0.703	64.40±21.94	p=0.003	24.32±8.96	p=0.000	28.04±9.38	p=0.016	12.04±4.28	p=0.049
Hayır										
Mesleği ile ilgili stres yaşama durumu	17.58±2.63	t=-2.918	70.69±19.40	t=-7.702	28.08±7.73	t=-6.126	30.05±8.93	t=-7.698	12.63±3.87	t=-7.445
Evet	18,49±3.16	p=0.004	83.90±14.67	p=0.000	32.65±5.85	p=0.000	36.17±6.88	p=0.000	15.12±2.80	p=0.000
Hayır										
Mesleğini bırakmayı düşünme durumu	17.74±2.86	t=-0.792	67.79±19.37	t=-6.155	27.09±7.68	t=-5.501	28.67±8.97	t=-6.418	12.10±4.04	t=-5.659
Evet	17.97±2.85	p=0.429	79.51±17.37	p=0.000	31.13±6.92	p=0.000	34.16±8.00	p=0.000	14.28±3.29	p=0.000
Hayır										
Meslekteki verim düzeyini değerlendirme	17.88±2.80	t=-0.039	76.49±18.60	t=2.948	30.14±7.22	t=2.872	32.73±8.72	t=2.879	13.71±3.61	t=2.670
Yeterli	17.90±3.06	p=0.969	69.61±19.63	p=0.003	27.50±8.09	p=0.004	29.62±8.59	p=0.004	12.48±4.08	p=0.008
Yetersiz										

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma, t: Bağımsız gruplar t testi, F: One-way ANOVA

Sağlık çalışanlarının çalıştığı birimler, çalışma şekli ile KYÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları ve KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saati ile KYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakta olup haftada 40 saat çalışanların KYÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (76.70 ± 18.40 ; $p<0.05$). Aynı zamanda sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saati ile KYÖ alt boyutlarından olan kriz öncesi faaliyetler (30.27 ± 7.16) ve kriz esnası faaliyetler (32.86 ± 8.50) puan ortalamaları da 40 saat çalışanlarda 40 saat ve üzeri çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saati ile KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Hizmet içi eğitim alan sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (76.13 ± 18.70) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 30.04 ± 7.23 , kriz esnası faaliyetler; 32.55 ± 8.73 , kriz sonrası faaliyetler; 13.61 ± 3.70) hizmet içi eğitim almayanlara göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitim alma durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Aldığı hizmet içi eğitimi yeterli olarak değerlendiren sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (76.13 ± 18.70) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 30.04 ± 7.23 , kriz esnası faaliyetler; 32.55 ± 8.73 , kriz sonrası faaliyetler; 13.61 ± 3.70) aldığı eğitimi yeterli bulmayan sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Sağlık çalışanlarının aldıkları hizmet içi eğitimi yeterli bulma durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Aşırı yük ve sorumluluklardan etkilenmediğini ifade eden sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (81.36 ± 16.69) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 32.15 ± 6.47 , kriz esnası faaliyetler; 34.75 ± 7.95 , kriz sonrası faaliyetler; 14.50 ± 3.18) etkilendiğini ifade eden sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Sağlık çalışanlarının aşırı yük ve sorumluluklardan etkilenme durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Herhangi bir iş kazası geçirmemiş olan sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (76.55 ± 18.75) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 30.22 ± 7.39 , kriz esnası faaliyetler; 32.72 ± 8.65 , kriz sonrası faaliyetler; 13.67 ± 3.66) geçirdiğini ifade eden sağlık çalışanlarına göre daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Sağlık çalışanlarının herhangi bir iş kazası geçirme durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Sağlık çalışanları arasında iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim aldığını ifade

edenlerin KYÖ toplam (75.83 ± 18.60) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 29.96 ± 7.24 , kriz esnası faaliyetler; 32.38 ± 8.68 , kriz sonrası faaliyetler; 13.56 ± 3.68) eğitim almadığını ifade eden sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim alma durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Verilere göre mesleği ile ilgili stres yaşamadığını ifade eden sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (83.90 ± 14.67) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 32.65 ± 5.85 , kriz esnası faaliyetler; 36.17 ± 6.88 , kriz sonrası faaliyetler; 15.12 ± 2.80) stres yaşadığını ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Ayrıca mesleği ile ilgili stres yaşamadığını ifade eden sağlık çalışanlarının KPSÖ puan ortalamaları stres yaşadığını ifade edenlere göre daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.05$). Diğer yandan işini bırakmayı düşünmeyen sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (79.51 ± 17.37) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 31.13 ± 6.92 , kriz esnası faaliyetler; 34.16 ± 8.00 , kriz sonrası faaliyetler; 14.28 ± 3.29) işini bırakmayı düşünenlere göre daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.001$). Sağlık çalışanlarının işini bırakma durumu ile KPSÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). İşindeki verim düzeyini yeterli olarak değerlendiren sağlık çalışanlarının KYÖ toplam (76.49 ± 18.60) ve tüm alt boyut puan ortalamaları (kriz öncesi faaliyetler; 30.14 ± 7.22 , kriz esnası faaliyetler; 32.73 ± 8.72 , kriz sonrası faaliyetler; 13.71 ± 3.61) yetersiz olarak değerlendirenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Sağlık çalışanlarının işindeki verim düzeyi ile KPSÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p > 0.05$) (Tablo 7). Sağlık çalışanlarının KPSÖ ile KYÖ alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Sağlık çalışanlarının KPSÖ ile KYÖ alt boyutları puan ortalamaları arasındaki ilişki

		1	2	3	4	5
Kriz Yönetimi Ölçeği (1)	r	—				
	p	—				
<i>Kriz Öncesi Faaliyetler (2)</i>	r	0.943	—			
	p	<.001	—			
<i>Kriz Esnası Faaliyetler (3)</i>	r	0.967	0.844	—		
	p	<.001	<.001	—		
<i>Kriz Sonrası Faaliyetler (4)</i>	r	0.921	0.811	0.874	—	
	p	<.001	<.001	<.001	—	
Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (5)	r	0.161	0.164	0.157	0.123	—
	p	0.001	<.001	0.001	0.012	—

r: Pearson korelasyon analizi

Tablo 4'e göre sağlık çalışanlarının KYÖ toplam puan ortalamaları ile kriz öncesi faaliyetler ($r = 0.943$; $p < 0.001$), kriz esnası faaliyetler ($r = 0.967$; $p < 0.001$) ve kriz sonrası faaliyetler ($r = 0.921$; $p < 0.001$) olmak üzere tüm alt boyutlar arasında çok güçlü pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Kriz öncesi faaliyetler ile kriz esnası faaliyetler arasında güçlü ($r = 0.844$; $p < 0.001$), kriz öncesi faaliyetler ile kriz sonrası faaliyetler arasında güçlü ($r = 0.811$; $p < 0.001$), kriz esnası faaliyetler ile kriz sonrası faaliyetler arasında ise çok güçlü ($r = 0.874$; $p < 0.001$) pozitif yönlü ilişki bulunmuştur. Ayrıca, KPSÖ ile KYÖ toplam puan ortalamaları arasında zayıf ve pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.161$; $p = 0.001$). Son olarak, KPSÖ ile KYÖ'nün kriz öncesi faaliyetler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif bir ilişki ($r = 0.164$; $p < 0.001$), KYÖ'nün kriz esnası faaliyetler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif bir ilişki ($r = 0.157$; $p = 0.001$) ve KYÖ'nün kriz sonrası faaliyetler alt boyutu arasında zayıf ve pozitif bulunmuştur ($r = 0.123$; $p = 0.012$) (Tablo 8).

Bu araştırmada H_0 ve H_2 hipotezleri reddedilirken H_1 , H_3 , H_4 , H_5 ve H_6 hipotezleri kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş dağılımında en yüksek oranı %30.7 ile 25-29 yaş grubu oluşturmakta, bunu %28.5 ile 40 yaş ve üzeri katılımcılar takip etmektedir. Literatürde, yaşın kriz yönetimi ve psikolojik sağlamlık üzerinde farklı etkiler yaratabileceği; genç çalışanların yeniliklere uyumda daha esnek, deneyimli çalışanların ise kriz anında stratejik karar almada daha başarılı olabildiği belirtilmektedir (Moliner-Tena vd., 2018). Bu durum örneklemde hem mesleğe yeni başlayan genç çalışanların hem de deneyimli, uzun yıllar sahada görev yapmış bireylerin bulunduğunu düşündürebilir. Cinsiyet dağılımı incelendiğinde, kadın (%51.4) ve erkek (%48.6) katılımcılar arasında dengeli bir oran görülmektedir. Bu denge, sağlık sektöründeki cinsiyet temsiliyetini yansıtmakta ve kriz yönetimi ile psikolojik sağlamlık düzeylerinde olası cinsiyet farklılıklarının analizine imkân tanımaktadır (Mealer vd., 2012). Eğitim düzeyinde en yüksek oran %43.0 ile lisans mezunlarına aittir; ardından ön lisans (%30.2) ve lisansüstü (%14.0) gelmektedir. Yüksek eğitim düzeyi, literatürde problem çözme becerilerinin gelişimi, iletişim yetkinliği ve kriz anında bilgiye dayalı karar alma becerileriyle ilişkilendirilmektedir (Peerbolte ve Collins, 2013). Medeni durum açısından katılımcıların %65.5'i evlidir. Evli bireylerin sosyal destek ağlarının, kriz durumlarında stres yönetimini kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği vurgulanmaktadır (Ozbay vd., 2007). Gelir düzeyi dağılımına bakıldığında, katılımcıların büyük çoğunluğu (%75.8) orta gelir düzeyindedir. Düşük gelir grubunda yer alanların oranı %17.9 iken, yüksek gelir grubundakiler yalnızca %6.3'tür. Finansal tatminin iş stresi, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık üzerinde etkili olduğu, düşük gelir düzeyinin stres faktörlerini artırabileceği belirtilmektedir (Magnavita vd., 2021). Çocuk sahibi olma durumunda ise katılımcıların %50'si çocuk sahibidir. Literatürde, çocuk sahibi olmanın sorumluluk düzeyini artırarak stres yönetimi üzerinde çift yönlü etkiler yaratabileceği; bazı durumlarda motivasyonu güçlendirdiği, diğer durumlarda ise zaman ve enerji yönetimini zorlaştırabildiği ifade edilmektedir (Brooks vd., 2016).

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının %66.2'sinin düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı görülmektedir. Bu oran, sağlık bilincinin görece yüksek olduğunu işaret etse de düzenli kontrol yaptırmayan üçte birlik kesim (%33.8) uzun vadede hem kendi sağlıklarını hem de kriz dönemlerinde gösterilecek mesleki performansı riske atabilecek bir grubu temsil

etmektedir. Literatürde, sağlık profesyonellerinin kendi sağlık durumlarını düzenli takip etmelerinin, stres yönetimi ve iş sürekliliği açısından kritik bir koruyucu faktör olduğu belirtilmektedir (Letvak vd., 2012). Kronik hastalık oranının %17.4 ve ruhsal/psikolojik hastalık oranının %5.1 düzeyinde olması, örnekleme genel sağlık profilinin olumlu olduğunu göstermektedir. Ancak, sağlık sektöründe çalışma koşullarının yoğunluğu ve stres düzeyi dikkate alındığında, bu oranların bildirim dayalı veriler olması nedeniyle gerçekte daha yüksek olabileceği değerlendirilmektedir (Shanafelt vd., 2012). Özellikle psikolojik sorunların sağlık çalışanları arasında düşük bildirilme eğilimi, literatürde de sıkça vurgulanan bir durumdur (Kinman vd., 2020). Düzenli beslenme oranının %58 olması, çalışanların önemli bir kısmının (%42) düzensiz beslenme alışkanlıklarına sahip olduğunu göstermektedir. Beslenme düzensizlikleri, bağışıklık sistemi zayıflaması ve yorgunluk gibi etkilerle kriz anlarında görev performansını olumsuz etkileyebilir (Payne, 2016). Benzer şekilde, dinlenmeye zaman ayırabilenlerin oranının %50.2 ile sınırlı olması, iş-yaşam dengesi açısından ciddi bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Uyku sorunu yaşayanların oranı %19.3 iken, günlük ortalama uyku süresi 7.01 ± 1.36 saat olarak bulunmuştur. Uyku yetersizliği, dikkat dağınıklığı, karar verme hataları ve duygusal tükenme gibi sonuçlarıyla kriz yönetimi başarısını olumsuz etkileyebilir (Lockley vd., 2007). Sosyal yaşantıya zaman ayırabilenlerin oranı %48.3 olup, katılımcıların yarıdan fazlasının sosyal etkinlikler için yeterli vakit ayıramadığı görülmektedir. Sosyal destek eksikliğinin, stresle başa çıkma ve psikolojik sağlamlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (Ozbay vd., 2007). Dolayısıyla bu bulgu, kriz anlarında ekip dayanışmasının ve moralin korunmasında zorluk yaşanabileceğine işaret etmektedir.

Çalışılan birim dağılımına bakıldığında, katılımcıların en yüksek oranda (%41.1) “diğer” başlığı altında toplanan birimlerde görev yaptığı görülmektedir. Klinik (%10.9), poliklinik (%20.3), acil servis (%7.2) ve yoğun bakım (%4.6) gibi kritik müdahale alanlarında görev yapanların oranı ise toplamda önemli bir kesimi temsil etmektedir. Literatürde, özellikle yoğun bakım ve acil servis gibi yüksek riskli birimlerde çalışan sağlık personelinin stres düzeylerinin ve tükenmişlik riskinin daha yüksek olduğu, bu durumun kriz anındaki performansı etkileyebildiği vurgulanmaktadır (Moss vd., 2016; Gómez-Urquiza vd., 2017). Çalışma şekli verilerine göre katılımcıların %64.3’ü sürekli gündüz çalışmakta, %35’i vardiyalı sistemde görev yapmakta ve yalnızca %0.7’si sürekli gece çalışmaktadır. Vardiyalı çalışmanın, uyku düzensizliği, yorgunluk ve iş kazası riskini artırdığı; ayrıca kriz dönemlerinde karar verme hızını olumsuz

etkileyebildiği bilinmektedir (Wagstaff ve Lie, 2011). Haftalık çalışma süresi açısından katılımcıların %40.3'ü 40 saatin üzerinde çalışmaktadır. Fazla mesai, özellikle sağlık çalışanlarında hem fiziksel hem de mental yorgunluğun artmasına, bu durumun da psikolojik sağlamlıkta azalmaya neden olabileceğine ilişkin bulgular mevcuttur (Dall'Ora vd., 2015). Hizmet içi eğitim alma oranı oldukça yüksektir (%89.6) ve bu eğitimleri yeterli bulanların oranı %72.8'dir. Hizmet içi eğitim, kriz yönetimi kapasitesini artırmada önemli bir faktördür (Tengilimoğlu vd., 2021). Ancak yaklaşık dörtte birlik bir kesimin aldığı eğitimi yeterli bulmaması, içerik ve uygulama açısından geliştirilmesi gereken alanlar olduğuna işaret etmektedir. Katılımcıların %67.9'u aşırı yük ve sorumluluklardan etkilendiğini bildirmiştir. Bu durum, iş yükü fazlalığının mesleki stresin ana belirleyicilerinden biri olduğunu ortaya koymaktadır (Bridgeman vd., 2018). Mesleki stres oranı (%66.2) ve mesleği bırakma niyeti (%37.2) de dikkate alındığında, iş doyumunu ve personel devamlılığını artırmaya yönelik kurumsal destek mekanizmalarına ihtiyaç olduğu açıktır. İş kazası oranı %13.8 olup, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma oranı ise %94.0'tır. Eğitim oranı yüksek olmakla birlikte, sahada riskin tamamen ortadan kalkmadığı görülmektedir. Bu durum, teorik eğitimin uygulamaya tam anlamıyla yansıtılamadığını düşündürmektedir. Mesleki çalışma süresi ortalama 10.28 yıl, kurumda çalışma süresi ise 8.55 yıl olarak bulunmuştur. Bu görece yüksek deneyim düzeyi, kriz anında bilgi ve tecrübeye dayalı müdahaleleri kolaylaştırabilecek önemli bir avantajdır (Shiralkar vd., 2013). Ancak uzun süreli mesleki maruziyetin, kronik stres ve tükenmişlik riskini de artırabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri orta seviyede, kriz yönetimi becerileri ise genel olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Literatürde, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin kriz dönemlerindeki etkinliklerini doğrudan etkilediği belirtilmektedir (Hart vd., 2014; Mealer vd., 2012). Özellikle kriz esnası faaliyetlerde yüksek puan alınması, sağlık personelinin akut ve hızlı müdahale gerektiren durumlarda etkin rol üstlenebildiğini göstermektedir. Buna karşın kriz sonrası faaliyetlerde görece düşük puan ortalaması, toparlanma ve değerlendirme süreçlerinin kriz yönetiminde daha az önceliklendirildiğini düşündürmektedir. Benzer şekilde Aydın ve Özcan (2021) da, sağlık kurumlarında kriz sonrası değerlendirme ve öğrenme süreçlerinin çoğu zaman yeterince yapılandırılmadığını ve bunun gelecekte benzer krizlere karşı kırılganlığı artırabileceğini belirtmektedir. Bu durum, kriz yönetimi eğitimlerinin yalnızca kriz anı müdahalesine değil, aynı zamanda kriz öncesi

hazırlık ve kriz sonrası değerlendirme aşamalarını kapsayacak şekilde bütüncül olarak planlanması gerektiğini göstermektedir.

Kadın ve erkek sağlık çalışanlarının KPSÖ ve KYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu durum, psikolojik sağlamlık ve kriz yönetimi becerilerinin cinsiyetten bağımsız olarak benzer düzeylerde olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde de bazı çalışmalarda benzer sonuçlar rapor edilmiştir (Polat ve Erdem, 2017; Sevin ve Günüşen, 2021). Bununla birlikte, farklı kültürlerde erkeklerin kriz yönetiminde daha yüksek özgüven ve risk alma eğilimleri sergilediğini belirten bulgular da mevcuttur (Connor ve Davidson, 2003). Eğitim durumu açısından ise lise mezunu sağlık çalışanlarının hem KPSÖ hem de KYÖ ve alt boyut puanlarının, özellikle lisansüstü mezunlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Bu durum, eğitim seviyesi yükseldikçe kriz yönetiminde teorik bilgiye odaklanmanın artması, ancak sahadaki pratik deneyimlerin azalması ile ilişkili olabilir. Nitekim kriz yönetimi becerilerinin, saha uygulamaları ve tecrübe ile güçlendiği yönünde bulgular literatürde yer almaktadır (Karakuş ve İnandı, 2018). Medeni durum bakımından evli ve bekar çalışanlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Bu bulgu, kriz yönetimi becerilerinin medeni durumdan bağımsız olarak mesleki ortamda benzer düzeylerde gelişebileceğini göstermektedir. Gelir düzeyi açısından yüksek gelire sahip sağlık çalışanlarının kriz yönetimi becerilerinin ve alt boyut puanlarının düşük ve orta gelir gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Bu durum, yüksek gelirli çalışanların mesleki tatmin, motivasyon ve stresle başa çıkma becerilerinin daha iyi olmasından kaynaklanabilir. Önceki çalışmalar, ekonomik refahın stres yönetimi ve psikolojik dayanıklılık üzerinde olumlu etkileri olabileceğini göstermektedir (Hou vd., 2020). Çocuk sahibi olma durumu da anlamlı farklılıklar yaratmıştır. Çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının kriz yönetimi puanları ve alt boyut ortalamaları çocuk sahibi olmayanlara kıyasla daha yüksektir ($p<0.05$). Bu durum çocuk sahibi olmanın sorumluluk bilincini, planlama becerilerini ve kriz anlarında hızlı karar verme yetilerini artırabileceğini düşündürülebilir.

Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumunun hem KPSÖ hem de KYÖ puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. Bu durum, sağlık kontrolü yaptırma davranışının daha çok bireysel sağlık takibi ile ilişkili olabileceğini, psikolojik sağlamlık ve kriz yönetimi performansını doğrudan yansıtmadığını düşündürmektedir. Kronik hastalık varlığı açısından

bakıldığında, KYÖ'nün *kriz esnası faaliyetler* alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuş ($p=0.023$), kronik hastalığı olmayanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, kronik sağlık sorunlarının kriz sırasında hızlı ve etkin müdahale kapasitesini sınırlayabileceğine dair literatürle örtüşmektedir (Salmon vd., 2019). Ruhsal/psikolojik hastalık varlığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bununla birlikte, önceki çalışmalar ruhsal rahatsızlıkların özellikle uzun süreli stres altında kriz yönetimi becerilerini olumsuz etkileyebileceğini belirtmektedir (Southwick vd., 2014). Bu çalışmada farkın çıkmaması, örneklemdeki düşük vaka sayısından kaynaklanabilir. Düzenli beslenme, dinlenme ve sosyal yaşantıya zaman ayırma gibi yaşam tarzı alışkanlıkları ise hem KPSÖ hem de KYÖ puanlarında anlamlı farklılıklar göstermiştir (tüm alt boyutlarda $p<0.001$). Düzenli beslenen, dinlenmeye zaman ayıran ve sosyal yaşantısını sürdürebilen katılımcıların kriz yönetiminde daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Bu bulgu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hem psikolojik sağlamlığı hem de kriz anındaki bilişsel ve duygusal performansı güçlendirdiğini ortaya koyan çalışmalarla paraleldir (Connor ve Davidson, 2003; Mealer vd., 2012). Uyku sorunu yaşayan katılımcıların KYÖ toplam ve alt boyut puanlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu ($p<0.05$) tespit edilmiştir. Literatürde de yetersiz uykunun dikkat, karar verme ve problem çözme becerilerini olumsuz etkileyerek kriz yönetim kapasitesini zayıflattığı bildirilmektedir (Killgore, 2010).

Araştırma bulgularına göre katılımcıların çalıştıkları birim ve çalışma şekilleri kriz yönetimi puanları açısından anlamlı ipuçları sunmaktadır. Literatürde, sağlık kurumlarında kriz yönetimi becerilerinin, çalışanların görev yaptıkları alanın niteliği ve iş yükü yoğunluğu ile yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Khalid vd., 2016). Özellikle yoğun bakım ve acil servis gibi kritik karar alma gerektiren, yüksek riskli ve zaman baskısının yoğun olduğu birimlerde çalışan sağlık profesyonellerinin kriz yönetiminde daha deneyimli oldukları belirtilmektedir. Bununla birlikte, bu birimlerdeki sürekli stres ve belirsizlik, uzun vadede tükenmişlik ve psikolojik yıpranma riskini artırabilmektedir. Poliklinik ve yönetim birimlerinde görev yapan çalışanlarda ise kriz yönetimi deneyimi çoğunlukla idari, planlama ve koordinasyon boyutunda gelişmektedir (Ardichvili ve Dirani, 2017). Çalışma şekli açısından değerlendirildiğinde, vardiyalı çalışanların kriz yönetimi becerilerinin, farklı zaman dilimlerinde ve değişen iş yükü koşullarında edinilen tecrübeler sayesinde çeşitlenebildiği düşünülmektedir. Ancak vardiya sistemi, uyku düzeninin bozulmasına, kronik yorgunluğa ve dikkat dağınıklığına yol açarak kriz anında hızlı ve doğru karar

verme yeteneğini olumsuz etkileyebilmektedir (Costa, 2010). Buna karşın, sürekli gündüz çalışanların daha düzenli bir biyolojik ritme sahip olmaları, karar verme süreçlerinde zihinsel netliği artırabilir. Bazı mesleki değişkenlerin kriz yönetimi performansı üzerinde anlamlı farklılıklar yarattığını göstermektedir. Örneğin haftalık çalışma süresi 40 saatin üzerinde olanlarda, Kriz Yönetimi Ölçeği (KYÖ) toplam puanı ve alt boyut puanlarının, 40 saat çalışanlara kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum, aşırı çalışma süresinin kriz yönetimi etkinliğini olumsuz etkilediğine dair literatürdeki bulgularla paralellik göstermektedir (Gohar vd., 2020). Hizmet içi eğitim alma ve bu eğitimi yeterli bulma durumu, KYÖ ve alt boyut puanlarında anlamlı artış ile ilişkilidir. Bu sonuç, kriz yönetiminde bilgi ve beceri düzeyinin artmasının müdahale kapasitesini güçlendirdiğini vurgulayan çalışmaları desteklemektedir (Kılıç ve Çınar, 2021). Benzer şekilde, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almış olanların kriz yönetimi puanlarının daha yüksek olması, proaktif önleyici eğitimlerin kriz süreçlerinde etkinliği artırdığına işaret etmektedir (Ozdemir vd., 2022). Öte yandan, mesleki stres yaşayan, aşırı yük ve sorumluluklardan etkilenen, iş kazası geçiren, mesleğini bırakmayı düşünen veya mesleki verimini düşük değerlendiren gruplarda KYÖ puanlarının anlamlı biçimde düşük olması, kriz yönetimi başarısının psikolojik ve fiziksel iş yükü ile doğrudan ilişkili olduğunu göstermektedir. Literatürde de stres, tükenmişlik ve olumsuz iş deneyimlerinin karar verme ve kriz anında etkin hareket etme becerisini zayıflattığı vurgulanmaktadır (Schmidt vd., 2020).

Araştırmada elde edilen bulgular, sağlık çalışanlarının kriz yönetimi ölçeği toplam puan ortalamaları ile kriz öncesi, kriz esnası ve kriz sonrası faaliyetler alt boyutları arasında çok güçlü pozitif yönlü ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuç, kriz yönetiminin aşamalarının birbiriyle yüksek düzeyde bağlantılı olduğunu ve etkili bir kriz yönetimi sürecinin bütünsel olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Nitekim literatürde de kriz yönetiminin, hazırlık, müdahale ve toparlanma süreçlerinin birbirini tamamlayan ve sürekli etkileşim içinde olan unsurlar olduğu vurgulanmaktadır (Coombs, 2007; Deniz ve Sağlam, 2007). Kriz öncesi faaliyetler ile kriz esnası faaliyetler arasındaki güçlü ilişki, iyi bir hazırlık sürecinin müdahale aşamasındaki başarıyı doğrudan desteklediğini göstermektedir. Benzer şekilde, kriz öncesi faaliyetler ile kriz sonrası faaliyetler arasındaki güçlü pozitif ilişki, hazırlık döneminde oluşturulan planların kriz sonrası toparlanma süreçlerini de kolaylaştırdığını düşündürmektedir. Kriz esnası faaliyetler ile kriz sonrası faaliyetler arasındaki çok güçlü ilişki ise müdahale sürecinde sağlanan etkinliğin, kriz sonrası iyileşme ve normalleşme

aşamalarına olumlu yansıdığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, literatürde kriz yönetiminin döngüsel bir süreç olduğuna ve her aşamanın bir diğerinin başarısını etkilediğine ilişkin görüşlerle uyumludur (Bullock vd., 2017). Bununla birlikte, KPSÖ puan ortalamaları ile KYÖ toplam puan ortalamaları arasındaki zayıf fakat anlamlı pozitif ilişki, sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin kriz yönetimi kapasitesini desteklediğini, ancak bu etkinin sınırlı düzeyde olduğunu göstermektedir. Literatürde, yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip bireylerin kriz durumlarında daha hızlı uyum sağladığı, stresin olumsuz etkilerini daha iyi yönettiği ve problem çözme becerilerini etkin kullandığı belirtilmektedir (Hart vd., 2014; Masten, 2014; Mealer vd., 2012). Bu çalışmada ilişkinin zayıf çıkması, kriz yönetiminin yalnızca bireysel psikolojik faktörlere değil, aynı zamanda örgütsel kaynaklar, liderlik, eğitim ve tecrübe gibi çok boyutlu unsurlara dayandığını düşündürmektedir (Aydın ve Ersoy Özcan, 2021). KPSÖ ile KYÖ'nün kriz öncesi, kriz esnası ve kriz sonrası faaliyetler alt boyutları arasındaki pozitif ancak düşük düzeyde ilişkiler de benzer şekilde yorumlanabilir. Psikolojik sağlamlık, kriz yönetiminin tüm aşamalarına katkı sağlamakla birlikte, özellikle yüksek riskli ve belirsizlik içeren sağlık ortamlarında, bu katkının daha belirgin olabilmesi için örgütsel destek, ekip çalışması ve kriz yönetimi eğitiminin de güçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir (Robertson vd., 2015).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri orta seviyede, kriz yönetimi becerileri ise yüksek bulunmuştur. Özellikle kriz esnası faaliyetlerde yüksek performans sergilenmesine karşın, kriz sonrası faaliyetlerin görece düşük puan alması, toparlanma ve değerlendirme süreçlerinin yeterince öncelik sırasına göre yapılmadığını ortaya koymaktadır. Lise mezunu olanlara göre önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının psikolojik sağlamlık ve kriz yönetimi puan ortalamaları düşüktür. Gelir düzeyi düşük olanların gelir düzeyi orta ve iyi olanlara göre kriz yönetimi puan ortalamaları daha düşüktür. Çocuk sahibi olmayanların olanlara göre, düzenli beslenenlerin düzenli beslenmeyenlere göre, dinlenme ve sosyal yaşantıya zaman ayırmayanların zaman ayıranlara göre kriz yönetimi puan ortalamaları daha düşüktür. Ayrıca kronik hastalığı bulunan bireylerin kriz esnası faaliyetler puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre daha düşüktür. Haftalık çalışma saati 40 saat ve üzerinde olanların haftalık 40 saat çalışanlara göre, hizmet içi ve iş sağlığı ve güvenliği eğitim almayanların ve aldıkları eğitimi yeterli bulmayanların puan ortalamaları eğitim alan ve aldığı eğitimi yeterli bulanlara göre, aşırı yük ve sorumluluklardan etkilenenlerin, mesleki stres yaşadığını ifade edenlerin, mesleğini bırakmayı düşünenlerin, iş kazası geçirenlerin ve meslekte verim düzeyini yeterli görmeyenlerin puan ortalamaları daha düşüktür.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim seviyesindeki sağlık çalışanlarına yönelik uygulamalı stres yönetimi, kriz simülasyonları ve psikolojik sağlamlık atölyeleri düzenlenmelidir.
2. Gelir düzeyi düşük çalışanlara ek sosyal haklar, performans teşvikleri ve destek paketleri sağlanmalıdır.
3. Çocuğu olan ve kriz yönetimi puanları yüksek çıkan çalışanlar, çocuğu olmayan meslektaşlarıyla eşleştirilerek deneyim paylaşımı ve mentorluk programları yürütülmelidir.

4. Kronik hastalığı olan çalışanların kriz esnasındaki performansını artırmak için sağlık kontrolleri, tedavi uyumunu destekleyici programlar ve iş gücü uyumlaştırma politikaları uygulanmalıdır.
5. Düzenli beslenmeyen çalışanlara yönelik diyetisyen destekli eğitimler, seminerler ve farkındalık kampanyaları düzenlenmelidir. Bu sayede sağlıklı beslenmenin kriz anındaki dikkat, enerji ve karar alma becerilerini güçlendirdiği vurgulanmalıdır.
6. Kurumlarda vardiya planlaması yapılırken çalışanların yeterli mola süreleri gözetilmeli, dinlenme araları düzenli ve adil biçimde uygulanarak çalışanların iş yükü azaltılmalıdır.
7. Çalışanlara yönelik uyku hijyeni seminerleri ve atölyeleri düzenlenerek uyku düzenini destekleyen alışkanlıklar (düzenli uyku saatleri, elektronik cihaz kullanımının azaltılması, beslenme ve kafein tüketimi) hakkında farkındalık artırılmalıdır.
8. Kurumlar, çalışanların iş dışı sosyal yaşamlarını desteklemek amacıyla spor, kültürel etkinlikler, sosyal kulüpler ve kurum içi motivasyon aktiviteleri düzenlemelidir.
9. Haftalık 40 saatin üzerinde çalışanların kurumlarda iş yükü dengelenmeli, personel sayısı artırılmalı ve görev dağılımı adil yapılmalıdır.
10. Tüm sağlık çalışanlarının kriz yönetimi becerilerini geliştirmek amacıyla, hizmet içi eğitimler düzenli aralıklarla ve zorunlu katılım esasına göre uygulanmalıdır.
11. İş kazası yaşamış çalışanların kriz anında daha düşük performans göstermelerinin önüne geçmek için, kazadan sonra travma sonrası stres yönetimi, psikolojik danışmanlık ve grup terapisi programları uygulanmalıdır.
12. Mesleki stres yaşayan çalışanlara yönelik stresle başa çıkma, zaman yönetimi, problem çözme ve gevşeme teknikleri eğitimleri düzenlenmelidir.

KAYNAKÇA

- Akdağ, M. ve Arklan, Ü. (2014). *Kriz yönetimi: İletişimsel temelde çözüm odaklı stratejik yaklaşımlar*. Konya: Literatürk.
- Aktan, B. Ş. ve Önder, A. (2018). Okul öncesi dönemde psikolojik dayanıklılık. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 0-30.
- Alay, H. K. ve Metin, N. (2023). Sağlık kurumlarında kriz yönetimi: Bir kamu hastanesi örneği. *İstatistik ve Uygulamalı Bilimler Dergisi*, (7), 26-42.
- Ambrose, J. W., Lan, M. T., Williams, A. L. ve Choi, B. (2024). Healthcare team resilience during COVID-19: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 10895.
- Ardichvili, A. ve Dirani, K. M. (2017). *Leadership development in emerging market economies*. Leadership development in emerging market economies içinde (ss. 1-12). New York: Palgrave Macmillan US.
- Arendt, C., LaFleche, M. ve Limperopulos, M. A. (2017). A qualitative meta-analysis of apologia, image repair, and crisis communication: Implications for theory and practice. *Public Relations Review*, 43, 517-526.
- Arslan, G. (2015). Ergenlerde psikolojik sağlamlık: Bireysel koruyucu faktörlerin rolü. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 5(44), 73-82.
- Ashmitha, P. ve Annalakshmi, N. (2020). Understanding pathways to resilience among children of incarcerated parents. *Indian Journal of Positive Psychology*, 11(2), 75-87.
- Atabay, B. (2019). *Sağlık kurumlarında kriz yönetimi ve örnek bir uygulama*. Yüksek lisans tezi, Kırklareli Üniversitesi, Kırklareli.
- Ataman, G., Yenice, A. ve Pirtini, S. (2018). Sosyal olayların kriz yönetimi ve kurum itibarı ile ilişkiler üzerine bir model uygulaması. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(3), 1-20.
- Avgan, S. (2010). *Kriz yönetimi ve Türkiye'de krizlerin tarihsel gelişimi: Bursa'daki işletmelerde kriz yönetimi üzerine bir araştırma*. Yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Aydın, A. ve Ersoy Özcan, B. (2021). Covid-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında belirsizliğe tahammülsüzlük, ruminatif düşünme biçimi ve psikolojik sağlamlık düzeyleri. *Cukurova Medical Journal*, 46(3), 1191-1200.

- Aydın, M. ve Egemberdiyeva, A. (2018). Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlık düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Eğitim Dergisi*, 3(1), 37-53.
- Aykal, Ü. T. ve Türkmen, E. (2014). *Hemşirelik hizmetleri yönetimi*. İstanbul: Akademi Yayınları.
- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., ... Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, 293, 113366.
- Balkan, M. O. (2004). *Kriz yönetimi ve liderlik üzerine bir uygulama*. Bilim uzmanlığı tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Baltaş, Z. (2004). *Krizde fırsatları görmek, yöneticiler için krizde yönetim el kitabı*. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Barrios, J. ve Hochberg, Y. (2020). Risk perception through the lens of politics in the time of the COVID-19 pandemic. University of Chicago, Becker Friedman Institute for Economics Working Paper No. 2020-32. 15 Ocak 2025 tarihinde <https://ssrn.com/abstract=3568766> adresinden erişildi.
- Bayar, Ö. ve Doğan, T. (2024). Çocuk istismarı ve ihmali sonrası psikolojik sağlık: Koruyucu faktörlere dair sistematik inceleme. *Psikoloji Çalışmaları*, 44(1), 1-33.
- Blackman, D. ve Ritchie B. W. (2008). Tourism crisis management and organizational learning. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 23(2-4), 45-57.
- Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B. ve Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3), 147-152.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N. ve Rubin, G. J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: A systematic review. *BMC Psychology*, 4(1), 18.
- Brown, N. A. ve Billings, A. C. (2013). Sports fans as crisis communicators on social media websites. *Public Relations Review*, 39(1), 74-81.
- Bullock, J., Haddow, G. ve Coppola, D. (2017). Introduction to emergency management. 25 Mart 2025 tarihinde [https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=xW4lBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Bullock,+J.,+Haddow,+G.+ve+Coppola,+D.+\(2017\)](https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=xW4lBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Bullock,+J.,+Haddow,+G.+ve+Coppola,+D.+(2017)) adresinden erişildi.
- Caldiero, C., Taylor, M. ve Ungureanu, L. (2010). *Organizational and media use of technology during fraud crises*. The handbook of crisis communication içinde (ss. 396-409). New York: Blackwell.

- Can, H. (1999). *Organizasyon ve yönetim*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Can, H. ve S. Güney (2011). *Genel işletme* (1. Baskı). Ankara: Arıkan Yayın Evi.
- Cevizci, O. (2019). *Sağlık çalışanlarında psikolojik dayanıklılık ile psikolojik belirtilerin ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lefkoşa.
- Cong, E. Z., Wu, Y., Cai, Y. Y., Chen, H. Y. ve Xu, Y. F. (2019). Association of suicidal ideation with family environment and psychological resilience in adolescents. *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, 21(5), 479-484.
- Connor, K. M. ve Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Coombs, W.T. (2007). Attribution theory as a guide for post-crisis communication research. *Public Relations Review*, 33(2), 135-139.
- Coombs, W.T. ve Holladay, S.J. (2009). Further explorations of post-crisis communication: Effects of media and response strategies on perceptions and intentions. *Public Relations Review*, 35(1), 1-6.
- Crandall, W. R., Parnell, J. A. ve Spillan, J. E. (2013). *Crisis management: Leading in the new strategy landscape*. Sage Publications.
- Çalışkan, A. (2020). Kriz yönetimi: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 108-123.
- Çam, O. ve Büyükbayram, A. (2017). Nurses' resilience and effective factors. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(2), 118-126.
- Çitekci, M. (2016). *İşletmelerin kriz yönetiminde halkla ilişkilerle etkileşim*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Da Costa, E. J. M. (2010). *Arranjos produtivos locais, políticas públicas e desenvolvimento regional*. IDESP-Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará. Brasília: Mais Gráfica Editora.
- Dall'Ora, C., Griffiths, P., Ball, J., Simon, M. ve Aiken, L. H. (2015). Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*, 5(9), e008331.
- Demircioğlu, H. (2017). Psychological resilience at social-emotional development. *Educational Research and Practice*, 246-255.
- Demircioğlu, H. ve Yoldaş, C. (2019). Psychosocial risk factors and protective elements in childhood and adolescence. *ASHD*, 18(1), 40-48.

- Deniz, M. ve Sağlam, M. (2007). Kriz dönemlerinde işletme stratejileri ve malatya organize sanayi bölgesinde faaliyet gösteren tekstil işletmelerinde bir uygulama. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(20), 156-176.
- Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93–102.
- Dubrovski, D. (2016). Strategic partnership and equity alliances in the function of crisis prevention and elimination. *Modern Economy*, 7(12), 1385-1395.
- Dutta, S. ve Pulling, C. (2011). Effectiveness corporate responses to brand crises: The role of crisis type and response strategies. *Journal of Business Research*, 64, 1281-1287.
- El Gharib, A. ve Elnahas, E. (2021). Evaluate the role of leadership in crisis management: A field study in psychiatric hospitals in Egypt. *Global Business & Management Research*, 13(3), 113-123.
- Erdinç, F. (2018). *Kriz yönetiminin etkin yönetimi*. Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi, Bursa.
- Fediuk, T.A., Pace, K.M. ve Botero, I.C. (2010). *Crisis response effectiveness: Methodological considerations for advancement in empirical investigation into response impact*. The handbook of crisis communication içinde (ss. 221-242). Malden, MA: Blackwell.
- Gizir, C. (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(28), 113-128.
- Gohar, B., Larivière, M. ve Nowrouzi-Kia, B. (2020). Sickness absence in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Occupational Medicine*, 70(5), 338-342.
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M. ve Canadas-De la Fuente, G. A. (2017). Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical Care Nurse*, 37(5), e1-e9.
- Graham, M. W., Avery, E. J. ve Park, S. (2015). The role of social media in local government crisis communications. *Public Relations Review*, 41(3), 386–394.
- Grundy, M. ve Moxon, R. (2013). The effectiveness of airline crisis management on brand protection: A case study of british airways. *Journal of Air Transport Management*, 28, 55-61.

- Gül, A. (2010). *İstanbul ilinde üç farklı statüdeki hastanede çalışan hemşirelerin kriz ile karşılaşma durumları, kriz yönetimine bakışı ve kişilik özellikleri*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Güleryüz, İ. (2015). *Kriz yönetimi süreci, örnek bir vaka incelemesi: Soma faciası*. Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Güneş, M. ve Beyazıt, E. (2010). Özel işletmelerde kriz yönetimi üzerine genel bir değerlendirme. *Aksaray Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(2), 15-33.
- Güngör, B. (2020). Türkiye’de Covid-19 pandemisi süresince alınan önlemlerin kriz yönetimi perspektifinden değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, (4), 818-851.
- Hart, P. L., Brannan, J. D. ve De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.
- Herbane, B. (2013). Exploring crisis management in uk small- and medium-sized enterprises. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 21(2), 82-95.
- Hetu, S. N., Gupta, S., Vu, V. ve Tan, G. (2018). A simulation framework for crisis management: Design and use. *Simulation Modelling Practice and Theory*, 85, 15-32.
- Holladay, S. J. (2010). *Are they practicing what we are preaching? An investigation of crisis communication strategies in the media coverage of chemical accidents*. The handbook of crisis communication içinde (ss. 159-180). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Hou, T., Zhang, T., Cai, W., Song, X., Chen, A., Deng, G. ve Ni, C. (2020). Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *Plos One*, 15(5), e0233831.
- Hökkaş, M. (2019). *Hemşirelerin psikolojik sağlık düzeyleri ve etkileyen faktörler*. Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Huffman, E. M., Athanasiadis, D. I., Anton, N. E., Haskett, L. A., Doster, D. L., Stefanidis, D. ve Lee, N. K. (2021). How resilient is your team? Exploring healthcare providers’ wellbeing during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Surgery*, 221(2), 277-284.
- Işık, O. (2024). *Ortaöğretim kademesinde krize müdahalede karşılaşılan örgütsel sorunlar*. Dönem projesi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Bilecik.
- Jackson, R. ve Watkin, C. (2004). The resilience inventory: Seven essential skills for overcoming life’s obstacles and determining happiness. *Selection & Development Review*, 20(6), 13-17.

- Jamal, J. ve Abu Bakar, H. (2015). The mediating role of charismatic leadership communication in a crisis: A Malaysian example. *International Journal of Business Communication*, 20(1), 26-44.
- Jaques, T. (2012). Crisis leadership: A view from the executive suite. *Journal of Public Affairs*, 12(4), 366-372.
- Jurgens, M. ve Helsloot, I. (2018). The effect of social media on the dynamics of (self) resilience during disasters: A literature review. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 26(1), 79-88.
- Kahraman, N. (2009). İstanbul ilindeki bir özel hastanede çalışan hemşirelerin kriz ve kriz yönetimi ile ilgili düşünceleri. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kalkuloğlu, A. (2022). Pandemi ve deprem sürecini yaşayan okul öncesi çocuklarının sosyal-duygusal iyi oluş ve psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Kaner, S., Bayraklı, H. ve Güzeller, C. O. (2011). Anne-babaların yılmazlık algılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 12(2), 63-83.
- Karadeniz, F. T. ve Tonkuş, M. B. (2022). Pandemi sürecinde travma sonrası büyüme ve psikolojik dayanıklılık. *Yeni Yüzyıl Journal of Medical Sciences*, 3(1), 9-15.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(26), 129-142.
- Karakuş, A. ve İnandı, Y. (2018). Ortaokul yöneticilerinin okullarında yaşanan kriz durumlarını yönetme becerilerinin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(2), 500-518.
- Kaya, Z. ve Kılınç, N. Ö. (2022). Covid-19 pandemi döneminde sağlık çalışanlarının sağlık haberlerini algılama düzeylerinin psikolojik sağlamlık durumuna etkisi. *Dünya Sağlık ve Tabiat Bilimleri Dergisi*, 7(2), 133-143.
- Kent, M. L. (2010). *What is a public relations "crisis"? Refocusing crisis research*. The handbook of crisis communication içinde (ss. 705-712). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G. ve Qushmaq, I. A. (2016). Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clinical Medicine & Research*, 14(1), 7-14.
- Kılıç, P. ve Çınar, F. (2021). Pandemi ve medikal turizme genel bir bakış. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 77-86.

- Killgore, W. D. S. (2010). Effects of sleep deprivation on cognition. *Progress in Brain Research*, 185, 105-129.
- Kim, Y. (2015). Toward an ethical model of effective crisis communication. *Business and Society Review*, 120(1), 57-81.
- Kinman, G., Teoh, K. ve Harriss, A. (2020). Supporting the well-being of healthcare workers during and after COVID-19. *Occupational Medicine*, 70(5), 294-296.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1.
- Kördeve, M. K. (2018). Hastanelerde stratejik yönetim Swot analizi: Özel bir hastane uygulaması. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1, 67-78.
- Lee, J., Woeste, J., H. ve Healt, R., L. (2007). Getting ready for crises: Strategic excellence. *Public Relations Review*, 33, 334-336.
- Letvak, S. A., Ruhm, C. J. ve Gupta, S. N. (2012). Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *The American Journal of Nursing*, 112(2), 30-38.
- Lin, K. K., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A. ve Luecken, L. J. (2004). Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 673-683.
- Lockley, S. W., Barger, L. K., Ayas, N. T., Rothschild, J. M., Czeisler, C. A. ve Landrigan, C. P. (2007). Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(11), 7-18.
- Luecke, R. (2009). *Kriz yönetimi, felâketleri önleme becerinizi geliştirin*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Luthar, S. S., Lyman, E. L. ve Crossman, E. J. (2014). *Resilience and positive psychology*. Handbook of developmental psychopathology içinde (ss. 125-140). Boston, MA: Springer US.
- Maddi, S. R. (1987). Hardiness training at illinois bell telephone. *Health Promotion Evaluation*, 101-115.
- Magnavita, N., Tripepi, G. ve Di Prinzio, R. R. (2020). Symptoms in health care workers during the COVID-19 epidemic. A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5218.
- Makkonen, H. P. (2014). Dynamic capabilities and firm performance in a financial crisis. *Journal of Business Research*, 67(1), 2707-2719.

- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227.
- Masten, A. S. (2014). Invited commentary: Resilience and positive youth development frameworks in developmental science. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 1018-1024.
- Mazzei, A., Kim, J. N. ve Dell'Oro, C. (2012). Strategic value of employee relationships and communicative actions: Overcoming corporate crisis with quality internal communication. *International Journal of Strategic Communication*, 6(1), 31-44.
- McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C. ve Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 60-81.
- Mealer, M., Jones, J. ve Moss, M. (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Medicine*, 38(9), 1445-1451.
- Moliner-Tena, M. A., Fandos-Roig, J. C., Estrada-Guillén, M. ve Monferrer-Tirado, D. (2018). Younger and older trust in a crisis situation. *International Journal of Bank Marketing*, 36(3), 456-481.
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R. ve Sessler, C. N. (2016). An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health care professionals: a call for action. *American Journal of Critical Care*, 25(4), 368-376.
- Newman, R. (2005). APA's resilience initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(3), 227-229.
- Okay, İ. (2019). Küreselleşen dünyada kriz yönetiminin önemi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 308-317.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan Iii, C. A., Charney, D. ve Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (edgmont)*, 4(5), 35.
- Ozdemir, D., Sharma, M., Dhir, A. ve Daim, T. (2022). Supply chain resilience during the COVID-19 pandemic. *Technology in Society*, 68, 101847.
- Öz, F. ve Bahadır Yılmaz, E. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.

- Özbey, S. (2019). Okul öncesi çocuklar için sosyal duygusal iyi oluş ve psikolojik sağlamlık ölçeğinin (PERİK) geçerlik güvenirlik çalışması. *OPUS International Journal of Society Researches*, 10(17), 756-786.
- Özer, E. (2013). *Üniversite öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin duygusal zeka ve beş faktör kişilik özellikleri açısından incelenmesi*. Doktora tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Öztürk, B. (2010). *Kriz yönetimi ve örnek bir uygulama*. Yüksek lisans tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, İstanbul.
- Pan, P. L. ve Meng, J. (2016). Media frames across stages of health crisis: A crisis management approach to news coverage of flu pandemic. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 24(2), 95–106.
- Patan, G. N. (2009). *İşletmelerde kriz yönetimi ve stratejisinin önemi*. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Payne, A. (2016). Nutrition and stress: An overview. *Nutrition Bulletin*, 41(1), 54–59.
- Peerbolte, S. L. ve Collins, M. L. (2013). Disaster management and the critical thinking skills of local emergency managers: Correlations with age, gender, education, and years in occupation. *Disasters*, 37(1), 48-60.
- Polat, F. N. ve Erdem, R. (2017). Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 291-312.
- Ponis, S. T. ve Ntalla, A. (2016). Crisis management practices and approaches: Insights from major supply chain crises. *Procedia Economics and Finance*, 39, 668-673.
- Rajan, N. P. ve Vimala, A. (2021). Impact of career growth in industries due to artificial intelligence. *IOSR Journal of Business and Management*, 23(3), 59-62.
- Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M. ve Curran, T. (2015). Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 533-562.
- Salmon, P., Sephton, S., Weissbecker, I., Hoover, K., Ulmer, C. ve Studts, J. L. (2004). Mindfulness meditation in clinical practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 434-446.
- Saruç, S. ve Kızıldaş, A. (2021). COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin psikolojik sağlamlıkları ve yaşadıkları sorunlar açısından incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(4), 314–323.

- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., Demenech, L. M. (2020). Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (campinas)*, 37, e200063.
- Sevin, B. ve Günüşen, N. (2021). Hemşirelerin psikolojik dayanıklılığının merhamet yorgunluğu, tükenmişlik ve merhamet memnuniyetini yordayıcı rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 379-386.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377-1385.
- Shiralkar, M. T., Harris, T. B., Eddins-Folensbee, F. F. ve Coverdale, J. H. (2013). A systematic review of stress-management programs for medical students. *Academic Psychiatry*, 37(3), 158–164.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. ve Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 25338.
- Tarter, R. E. ve Vanyukov, M. (1999). *Re-visiting the validity of the construct of resilience*. Resilience and development: Positive life adaptations içinde (ss. 85-100). Boston, MA: Springer US.
- Tekin, M. ve Zerenler, M. (2005). *Krizi yönetebilmenin sırları* (1. Baskı). Konya: Çizgi Kitapevi.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2021). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 3(29), 1-11.
- Topbay, Y. (2016). *Ortaokul öğrencilerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin algılanan sosyal destek ve aile işlevleri açısından incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Tutar, H. (2004). *Kriz ve stres yönetimi: Stresle başa çıkma* (1. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Ünsal, F. Ö. ve Balat, G. U. (2016). The effects of “resilience program for preschool children” on 5-year-old children’s social skills. *Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 1-11.

- Wagstaff, A. S. ve Lie, J. A. (2011). Shift and night work and long working hours-A systematic review of safety implications. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 37(3), 173-185.
- Werner, E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai longitudinal study. *Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11-14.
- Winders, S. J. (2014). From extraordinary invulnerability to ordinary magic: A literature review of resilience. *Journal of European Psychology Students*, 5(1), 3-9.
- Yavuz, M. (2018). Örgütlerde kriz yönetimi ve yönetimin önemi. Yüksek lisans tezi, Ufuk Üniversitesi, Ankara.



EKLER

EK 1. Kişisel Bilgi Formu

Saygıdeğer Sağlık Çalışanları;

Bu çalışma “Bayburt Devlet Hastanesi’nde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlığın Kriz Yönetimine Etkisi”ni değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Vereceğiniz yanıtların içten olması çalışma sonucunun güvenilir olmasını sağlayacaktır. Vereceğiniz bilgiler araştırma amacıyla kullanılacağından bilgiler saklı tutulacaktır. İlgileriniz ve yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı: Mustafa APAYDIN

Araştırmadan Sorumlu Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

- 1.Yaşınız: a) 20-24 b) 25-29 c) 30-34 d) 35-39 e) 40 ve üzeri
- 2.Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
- 3.Eğitim durumunuz: a) Sağlık Meslek Lisesi b) Ön Lisans c) Lisans d) Lisansüstü
- 4.Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekâr c) Boşanmış/ayrı Yaşıyor
- 5.Çocuğunuz var mı? a) Evet (Çocuk sayısı.....) b) Hayır
- 6.Mesleki deneyim yılınız:
- 7.Kurumdaki çalışma yılınız:
- 8.Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? a) Düşük b) Orta c) Yüksek
- 9.Çalıştığınız birim: a) Servis b) Yoğun Bakım c) Acil d) Ameliyathane
- e) Yönetim/İdare f) Poliklinik g) Diğer.....
- 10.Çalışma şekliniz: a) Sürekli gündüz b) Sürekli gece c) Gece/gündüz nöbet sistemi
- 11.Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? a) 40 Saat b) 40 saat üstü
- 12.Hizmet içi eğitim alıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 13.Evet ise aldığınız hizmet içi eğitim yeterli mi? a) Evet b) Hayır
- 14.Aşırı yük ve sorumluluklar sizi etkiler mi? a) Evet b) Hayır
- 15.Herhangi bir iş kazası geçirdiniz mi? a) Evet b) Hayır
- 16.İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili eğitim aldınız mı? a) Evet b) Hayır
- 17.Sosyal yaşantınıza yeterli zaman ayırabiliyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 18.Sosyal Hayatınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? a) Çok Kötü b) Kötü c) Normal d) İyi e) Çok İyi
- 19.Mesleğinizle ilgili stres yaşadığınızı düşünüyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 20.İşinizi bırakmayı düşündünüz mü/düşünüyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 21.İşinizdeki verim düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? a) Yeterli b) Yetersiz
- 22.Mesai arkadaşlarınızla ilişkilerinizi değerlendirmek isterseniz, hangisini seçerdiniz?
a) Çok Kötü b) Kötü c) Normal d) İyi e) Çok iyi
23. Yöneticilerinizle ilişkilerinizi değerlendirmek isterseniz, hangisini seçerdiniz? a) Çok Kötü b) Kötü c) Normal d) İyi e) Çok iyi
- 24.Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? a) Çok Kötü b) Kötü c) Normal d) İyi e) Çok iyi
- 25.Düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 26.Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır
27. Herhangi bir ruhsal/psikolojik hastalığınız var mı? a) Evet b) Hayır
- 28.Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 29.Dinlenmek için özel bir zaman ayırabiliyor musunuz? a) Evet b) Hayır
- 30.Günde ortalama kaç saat uyursunuz?
- 31.Herhangi bir uyku sorununuz olduğunu düşünüyor musunuz? a) Evet (Nedir?.....) b) Hayır

Katımlarınız için teşekkür ederiz.

EK 2. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

	Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun
1. Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2. Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*	1	2	3	4	5
3. Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.	1	2	3	4	5
4. Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.*	1	2	3	4	5
5. Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.	1	2	3	4	5
6. Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.*	1	2	3	4	5

* Bu maddeler tersten kodlanmaktadır.

EK 3. Kriz Yönetimi Ölçeği

KRİZ YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ MADDELER		KESİNLİKLE KATILMAM	KATILMAM	KARASIZIM	KATILIRIM	KESİNLİKLE KATILIRIM
1. Boyut: Kriz Öncesi Faaliyetler						
1	Kurumumuz yöneticileri, kriz yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Kurumumuzda krizler, kriz yönetimi ekibi ile yönetilir.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Kurumumuzda krizi başarı ile yönetebilecek tecrübeli personel mevcuttur.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Kriz yönetim ekibinin rol, sorumluluk ve hedefleri açık bir şekilde belirlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Kriz yönetimini kolaylaştırabilmek için, kriz senaryolarımız mevcuttur.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Kriz senaryoları hazırlanırken tüm bireylerin katkısı sağlanır.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Kriz öncesinde olası senaryolar için tatbikatlar yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Kriz plânı, hangi krize karşı ne tür tedbir alınması gerektiğini ortaya koyar.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Kriz plânımızın olması, kriz anında yaşanacak belirsizliği azaltmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Boyut: Kriz Esnası Faaliyetleri						
10	Kriz esnasında, tüm paydaşların görüş/shikayetleri dikkate alınır.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Kriz esnasında, tüm karar verme süreçlerinde kullanılan sistematik bir yöntem vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Kriz esnasında, iyi organize olan fonksiyonel ekiplerimiz vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Kriz esnasında, olay/vaka raporlama mekanizması vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Kriz esnasında, karşılaşılabileceğimiz vakalar için hızlı bir müdahale süreci vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Kriz esnasında, çalışanlarımızı iyileştirme/koruma planları geliştirilmiş ve etkin bir şekilde uygulanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Kriz esnasında, etkin bir kurum içi/dışı haberleşme sistemimiz vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Kriz esnasında, iş yapılması için her türlü donanım/teçhizat temin edilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Kriz esnasında, bilgi ve becerilerimizi kullanma fırsatı sağlanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Kriz esnasında, iş sağlığı ve güvenliğine yönelik her türlü tedbir alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Boyut: Kriz Sonrası Faaliyetler						
20	Kriz sonrası durum analizleri sonucunda gerekli yönetsel değişiklikler yapılır.	☐	☐	☐	☐	☐
21	Kriz sonrası çalışanlara yeni görev ve sorumluluklar verilir.	☐	☐	☐	☐	☐
22	Kriz sonrası kurum içi gerekli eğitimler verilir.	☐	☐	☐	☐	☐
23	Kriz sonrası kurumun ihtiyacı olan kaynaklar temin edilir.	☐	☐	☐	☐	☐

ETİK KURUL KARARI



T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU



Sayı : E-95674917-108.99-291320
Konu : Etik Kurul Onay

Sayın Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

"SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞIN KRİZ YÖNETİMİNE ETKİSİ " konulu etik kurul başvurusu Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 28/10/2024 tarih ve 2024/8 sayılı toplantısında görüşülüp, projenin yürütülmesi mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Selçuk ALEMDAĞ
Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

2002 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilgiler Öğretmenliği lisans programından mezun oldum. Mesleki kariyerime aynı yıl Giresun Kadın Doğum Hastanesi'nde sağlık memuru olarak başladım. 2002–2006 yılları arasında bu görevde bulunduktan sonra, 2007–2012 yılları arasında aynı kurumda müdür yardımcısı olarak görev yaptım.

2012–2015 yılları arasında Giresun Prof. Dr. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi'nde İdari ve Mali İşler Müdürü, 2015–2018 yılları arasında Giresun Dr. Ali Menekşe Göğüs Hastanesi'nde yine İdari ve Mali İşler Müdürü olarak görev yaptım. 2018–2020 yılları arasında Giresun Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'nde İdari ve Mali İşler Müdürü olarak çalıştım. 2020 yılından itibaren Bayburt Devlet Hastanesi'nde satın alma ve tahakkuk biriminde görevime devam etmekteyim.

Eğitim yaşamım boyunca farklı alanlarda ön lisans, lisans ve yüksek lisans dereceleri tamamladım. 2006 yılında Anadolu Üniversitesi Laboratuvar Veteriner Sağlık Programı'ndan, 2015 yılında ise Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı'ndan ön lisans dereceleri aldım. 2019 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Yönetimi lisans programını, 2014 yılında ise Türk Hava Kurumu Üniversitesi İşletme Yüksek lisans programını tamamladım.

Sağlık sektöründe yönetim, organizasyon, mali işler ve idari süreçlerin yürütülmesi konularında 20 yılı aşkın deneyime sahibim. Kurumsal verimlilik, kaynak yönetimi, sağlık kurumlarında kalite standartlarının geliştirilmesi ve hizmet sunumunun etkinleştirilmesi konularında çalışmalar yürütmekteyim.