

Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Çalışanlarında Sağlık Kaygısı, Psikolojik Sağlamlık ve Tükenmişlik Arasındaki İlişki

The Relationship Between Health Anxiety, Psychological Resilience, and Burnout Among Healthcare Workers in Enclosed Environments

İbrahim ÇAKMAK ^{ID} ^a Altuğ ÇAĞATAY ^{ID} ^b

^a Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tokat, Türkiye. cakmak_ibrahim@adalet.gov.tr

^b Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Büro Hizmetleri ve Sekreterlik Bölümü, Tokat, Türkiye. altug.cagatay@gop.edu.tr

MAKALE BİLGİSİ	ÖZET
Anahtar Kelimeler: Kapalı Ortam Sendromu Sağlık Personeli Sağlık Kaygısı Tükenmişlik Psikolojik Sağlamlık	Amaç – Bu araştırmanın amacı, kapalı ortamda görev yapan sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin demografik değişkenlere (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, branş ve mesleki kıdem) göre farklılaşıp farklılaşmadığını ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelemektir. Yöntem – İlişkisel tarama modelinde ve tek merkezli kesitsel tasarımda yürütülen araştırmanın örneklemini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi’nde görev yapan 348 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ile toplanmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü ANOVA ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bulgular – Sağlık kaygısı tüm demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermiştir. Erkeklerde, 30–39 yaş grubunda, önlisans/lisans mezunlarında, 11–15 yıl kıdeme sahip çalışanlarda ve idari pozisyonlarda sağlık kaygısı daha yüksektir. Psikolojik sağlamlık cinsiyet ve branşa göre farklılaşmış; hemşire/ebe grubunda daha yüksek, sağlık idarecilerinde daha düşük bulunmuştur. Tükenmişlik yalnızca branşa göre anlamlı farklılık göstermiş ve sağlık idarecilerinde daha yüksek saptanmıştır. Psikolojik sağlamlık ile sağlık kaygısı ve tükenmişlik arasında negatif; sağlık kaygısı ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. Tartışma – Bulgular, psikolojik sağlamlığın sağlık kaygısı ve tükenmişlik karşısında koruyucu bir rol üstlendiğini göstermektedir. Ancak etki büyüklüklerinin genel olarak düşük olması, sonuçların pratik etkisinin sınırlı olabileceğine işaret etmektedir. Kurumsal destek mekanizmalarının ve dayanıklılığı artırıcı müdahalelerin geliştirilmesi önerilmektedir.
Gönderilme Tarihi 14 Haziran 2025 Revizyon Tarihi 28 Ocak 2026 Kabul Tarihi 15 Şubat 2026	
Makale Kategorisi: Araştırma Makalesi	

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Keywords: Closed Environment Syndrome Healthcare personnel Health Anxiety Burnout Psychological Resilience	Purpose – This study aimed to examine whether health anxiety, burnout, and psychological resilience levels of healthcare professionals working in closed environments differ according to demographic variables (gender, age, education level, professional branch, and years of experience) and to investigate the relationships among these variables. Design/methodology/approach – The research was conducted using a single-center cross-sectional and correlational survey design. The sample consisted of 348 healthcare professionals employed at Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital. Data were collected using a Demographic Information Form, the Short Health Anxiety Inventory, the Maslach Burnout Inventory, and the Adult Psychological Resilience Scale. Descriptive statistics, independent samples t-test, one-way ANOVA, and Pearson correlation analyses were performed. Results – Health anxiety differed significantly across all demographic variables. Higher health anxiety levels were observed among males, individuals aged 30–39, associate/bachelor degree holders, employees with 11–15 years of professional experience, and those in administrative positions. Psychological resilience differed by gender and professional branch, with higher levels among nurses/midwives and lower levels among healthcare administrators. Burnout differed only by professional branch and was highest among administrators. Psychological resilience was
Received 14 June 2025 Revised 28 January 2026 Accepted 15 February 2026	

*Bu çalışma Doç. Dr. Altuğ ÇAĞATAY danışmanlığında İbrahim ÇAKMAK tarafından hazırlanan ve 23/09/2024 tarihinde savunulan “Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Kaygısına Bağlı Tükenmişliklerinde Psikolojik Sağlamlığın Aracı Rolü” başlıklı Yüksek Lisans tezinden yararlanarak hazırlanmıştır.

ETİK ONAY: Çalışmanın etik onay izni Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Komisyonu tarafından 30.01.2024 tarihli ve 02 sayılı karar ile alınmıştır.

Önerilen Atıf/ Suggested Citation

Çakmak, İ., Çağatay, A. (2026). Kapalı Ortamda Çalışan Sağlık Çalışanlarında Sağlık Kaygısı, Psikolojik Sağlamlık ve Tükenmişlik Arasındaki İlişki, İşletme Araştırmaları Dergisi, 18 (1), 581-602.

Article Classification:

Research Article

negatively correlated with health anxiety and burnout, while health anxiety was positively correlated with burnout.

Discussion – The findings indicate that psychological resilience functions as a protective factor against health anxiety and burnout among healthcare professionals. However, generally small effect sizes suggest limited practical impact. Institutional support systems and resilience-enhancing interventions are recommended.

1. Giriş

Sağlık hizmetlerinde çalışan bireyler, yoğun iletişim, yüksek iş yükü ve kritik karar süreçleri gerektiren bir çalışma ortamında görev yapmaktadır. Hastaneler başta olmak üzere birçok sağlık birimi fiziksel açıdan kapalı, sınırlı alanlar olarak nitelenmekte; bu durum çalışanların psikososyal iyilik hâlleri üzerinde önemli etkiler yaratabilmektedir. Çalışma ortamının fiziki koşulları, gün ışığına erişim, havalandırma düzeyi ve kapalı alan yoğunluğu gibi çevresel faktörler, sağlık çalışanlarının stres düzeylerini ve ruhsal sağlıklarını doğrudan etkileyebilmektedir. Özellikle yoğun bakım, ameliyathane, laboratuvar ve radyoloji gibi kapalı ve riskli birimlerde çalışan sağlık personelinin, psikolojik açıdan daha kırılgan bir konumda olduğu belirtilmektedir.

Bu bağlamda sağlık kaygısı, sağlık çalışanlarında sıklıkla karşılaşılan temel bir psikolojik durum olarak öne çıkmaktadır. Sağlık kaygısı; bireyin sağlık durumuna ilişkin aşırı endişe, tehdit algısı ve hastalanma korkusu yaşaması şeklinde tanımlanmakta olup, özellikle çalışma koşullarının zorlayıcı olduğu ortamlarda daha belirgin hale gelmektedir. Literatürde sağlık kaygısının iş performansı, günlük işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olduğu, yüksek sağlık kaygısının ise çalışanlarda tükenmişliği artırdığı bildirilmektedir.

Tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma boyutlarından oluşan çok boyutlu bir sendromdur ve sağlık çalışanları bu risk grubunun en başında yer almaktadır. Kapalı ortamlarda çalışmanın getirdiği fiziksel sınırlılık, sürekli hasta teması, yoğun iş temposu ve maruz kalınan stresörler tükenmişlik düzeyini artırabilmektedir. Literatürde tükenmişlik düzeyinin özellikle kapalı alanlarda çalışan hemşire, doktor ve teknik personel arasında daha yüksek olduğuna işaret eden çok sayıda araştırma bulunmaktadır.

Bu olumsuz etkileri hafifleten önemli bireysel kaynaklardan biri psikolojik sağlamlıktır. Psikolojik sağlamlık, bireyin stresli durumlara uyum sağlama, duygusal esneklik gösterme ve zorlu koşullardan toparlanarak çıkabilme kapasitesini ifade etmektedir. Dayanıklılığı yüksek bireylerin kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu, tükenmişlikle daha etkili başa çıktıkları ve iş performanslarını koruyabildikleri bilinmektedir. Bu nedenle psikolojik sağlamlık, sağlık çalışanları için koruyucu ve güçlendirici bir psikolojik özellik olarak değerlendirilmektedir.

Alanyazında sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık değişkenleri farklı bağlamlarda ele alınmış olsa da, bu üç yapının kapalı ortamda çalışma koşulları özelinde birlikte incelendiği çalışmalar sınırlıdır (Çevik & Özbacı, 2020; Curtin vd., 2022). Ayrıca bu değişkenlerin demografik özelliklere göre nasıl farklılaştığına ilişkin bulguların da tutarsızlık gösterdiği dikkat çekmektedir. Örneğin bazı çalışmalarda tükenmişliğin demografik değişkenlerle anlamlı ilişkiler gösterdiği raporlanırken, bazı araştırmalarda anlamlı ilişki saptanmamıştır (Çevik & Özbacı, 2020; Dolan, 1987; Freitas vd., 2023; Arslan vd., 2023; İlyas vd., 2024). Bu durum, kapalı ortamlarda çalışan sağlık personelinin psikososyal durumunun daha kapsamlı biçimde incelenmesini gerekli kılmaktadır. Mevcut çalışmaların önemli bir kısmı bu kavramları genel sağlık çalışanları üzerinden değerlendirmekte, çalışma ortamının özgün etkilerini dikkate almamaktadır. Ayrıca, söz konusu üç yapının demografik değişkenlere göre nasıl farklılaştığını ortaya koyan bulguların tutarsız olduğu görülmektedir. Bu kapsamda kapalı ortamda görev yapan sağlık personelinin sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin demografik değişkenler açısından nasıl bir dağılım gösterdiğinin belirlenmesi hem literatürdeki boşluğu doldurmada hem de çalışma koşullarının psikososyal etkileri konusunda güncel kanıt sunmaktadır. Bu nedenle bu araştırmanın temel problemi, kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin söz konusu üç temel psikososyal değişken açısından mevcut durumunun ve bu değişkenlerin demografik özelliklere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin ortaya konulmasıdır. Elde edilen bulguların, sağlık kurumlarında çalışanların psikolojik iyilik hâllerinin desteklenmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik yönetsel uygulamalara katkı sunması beklenmektedir.

2. Kavramsal ve Kurumsal Çerçeve

2.1. Kapalı Ortam

İnsanlar yaşamlarını sürdürebilmek için çalışmakta; bu süreçte toplumsal statü kazanmakta ve ekonomik güç elde etmektedir. Ancak iş verimliliğini artırmaya yönelik uygulamalar, çalışan sağlığını olumsuz etkileyebilecek çeşitli sorunları da beraberinde getirmektedir. Uygun olmayan çalışma ortamları, fazla mesai, gece nöbetleri, vardiya sistemi, iş bölümü dengesizlikleri ve belirsiz görev tanımları çalışanların fiziksel ve psikolojik iyilik hâlini bozabilmektedir (Tel vd., 2003).

Günümüzde bireylerin büyük bir kısmının kapalı ortamlarda uzun süre bulunması, çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Düzovalı, 2007). Kapalı alanlarda çalışan bireylerde, açık alan çalışanlarına kıyasla daha düşük mahremiyet algısı ve artmış dikkat dağınıklığı gibi psikolojik etkiler gözlenmektedir (Brookes ve Kaplan, 1972).

Kapalı ortamlarda solunan hava; radon gazı, sıcaklık, nem, radyasyon ve yetersiz havalandırma gibi faktörlere bağlı olarak sağlık üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir (Elekt, 2022). Fischer (1984), özellikle hastane binalarının basık ve havasız yapısının sağlık sorunlarını tetiklediğini belirtmiş; bu bulgular Özyaral ve Keskin (2009) tarafından da desteklenmiştir. Kapalı ortamlarda çalışan hemşirelerde sık karşılaşılan ölüm vakaları, rol belirsizlikleri ve personel arası ilişkilerden kaynaklanan sorunlar; anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemlere zemin hazırlamaktadır (Demir, 2013).

Covid-19 pandemisi sürecinde artan ölüm oranları, sağlık çalışanlarında yoğun korku ve mesleki memnuniyetsizlik yaratmıştır. Sağlık çalışanlarının önemli bir kısmı görev yaptıkları ortamdaki memnuniyetin olmadığını ve aynı mesleği tekrar tercih etmeyeceklerini ifade etmiştir (Arslan vd., 2023). Fiziksel çevresel koşulların çalışanlar üzerinde yarattığı stres; iş doyumu, performans ve hizmet kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bu nedenle kapalı ortamlarda çalışan hemşireler, depresyon ve sağlık kaygısı açısından daha yüksek risk altındadır (Demir, 2013).

Hastaneler; havalandırma, aydınlatma, gürültü ve kimyasal madde kullanımı gibi çevresel faktörlerden önemli ölçüde etkilenmektedir. Özellikle yoğun bakım, radyoloji, ameliyathane ve mikrobiyoloji gibi birimlerde kullanılan kimyasallar çeşitli sağlık sendromlarına yol açabilmektedir (Özyaral ve Keskin, 2009). Kapalı alanlarda çalışan hemşirelerde anksiyete, uyum bozukluğu, depresyon ve iş doyumunda azalma gibi psikolojik etkilerin fiziksel etkilerden daha belirgin olduğu belirtilmektedir. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), kaliteli sağlık hizmetinin ancak olumlu ve güvenli çalışma koşullarıyla sağlanabileceğini vurgulamaktadır (Demir, 2013).

2.2. Sağlık Kaygısı

Sağlık kaygısı, bireyin belirti artışları olmasa dahi hastalandığına inanması ve bu hastalığın ciddi sonuçlara yol açacağına ilişkin endişe duyması şeklinde tanımlanmaktadır (Aydemir vd., 2013). Bu durum çoğunlukla belirtilerin yanlış yorumlanması ve ciddi hastalıklara yakalanma korkusundan kaynaklanmaktadır (Karapınar vd., 2012). Hipokrat'ın etkileşim kuramı da ruh sağlığı ile beden sağlığı arasındaki karşılıklı ilişkiye dikkat çekmektedir (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016).

Sağlık kaygısı, bireyin olası sağlık sorunlarına ilişkin algılarını şekillendirir ve tehdit algısından doğan korku ve endişeleri yansıtır (Abramowitz ve Braddock, 2009). Bu durum bazı bireylerde aşırı kaygıya dönüşebilmektedir (Thorgaard vd., 2018). Her ne kadar toplumda yaygın bir durum olsa da bazı kişilerde şiddetli bir forma ulaşabilmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre sağlık kaygısı toplumda %5,7 oranında görülürken, bu oran 2000 yılında %10'a yükselmiştir (Sunderland vd., 2013). Ayrıca Deale (2007), şiddetli sağlık kaygısının kalıcı olabileceğini ve tedavi müdahaleleriyle tamamen giderilemeyeceğini bildirmektedir.

Sağlık kaygısı yaşayan bireyler, sağlık durumlarını sık kontrol etme ihtiyacı duyabilir; bu durum sık doktor ziyaretleri, birden fazla hekimden görüş alma ve yakın çevreden onay alma şeklinde kendini gösterebilir (Hogan, 2010). Sağlık kaygısının en ağır formu olan hipokondriyaziste bireylerin %75'i somatik belirtiler (yorgunluk, ağrı, uyuşma) karşısında ciddi endişeler yaşarken, %25'inde daha hafif düzeyde endişe görülmektedir (Starcevic ve Noyes, 2014).

Sağlık çalışanları ağır çalışma koşulları, yoğun iş yükü ve düzensiz çalışma saatleri nedeniyle yüksek sağlık kaygısı düzeylerine sahip olabilir. Gece vardiyasında çalışan sağlık personelinin psikiyatrik semptom gösterme oranlarının daha yüksek olduğu; bu durumun kişilerarası ilişkilerde bozulmalara, iletişim sorunlarına ve yaşam kalitesinde düşüşe yol açabileceği belirtilmektedir (Selvi vd., 2010). Yoğun bakım ve ameliyathane gibi kapalı alanlarda görev yapan sağlık çalışanlarının ruh hâllerinin olumsuz etkilenmesi mümkündür (Almaghrabi vd., 2020). Covid-19 döneminde sağlık çalışanlarının sağlık kaygılarının belirgin şekilde arttığı, iş ve sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiği ve bu süreçte psikolojik dayanıklılıklarının zorlandığı gözlemlenmiştir (Kılınç vd., 2020).

Sağlık kaygısı baş ağrısı, halsizlik, terleme, titreme, solunum güçlüğü, his kaybı ve göğüs ağrısı gibi somatik belirtilerle ortaya çıkabilir. Bu belirtiler sağlıkla ilgili korkuları artırabilir ve uzun süreli sağlık kaygısı mide rahatsızlıkları ile kalp çarpıntısı gibi fiziksel sorunlara yol açabilir (Hogan, 2010). Anksiyete ise korku ve endişe duygusuyla birlikte çarpıntı, terleme ve baş ağrısı gibi belirtileri içerebilir. Bu tepkiler bireylerin baş etme becerilerine göre farklılık gösterebilmektedir (Kocabaşoğlu, 2005).

Kişilerarası model, bebeklik döneminde yaşanan kaygılı bağlanmanın bireylerin ileriki yaşamlarındaki sağlık kaygısını etkileyebileceğini belirtmektedir. Bu bağlamda çocukluk döneminde yeterli duygusal destek alamayan bireyler, yetişkinlikte sağlık durumlarına ilişkin sürekli teyit arayışına girebilmektedir (Birnie vd., 2013). Sağlık kaygısı düzeyi yüksek bireylerin sık sağlık kontrolü yaptırımlarına rağmen rahatlama sağlamakta zorlandıkları bildirilmektedir (Yılmaz ve Dirik, 2020). Sağlık kaygısının belirtileri kişiler arasında değişebilir; örneğin göğüs çarpıntısı, terleme ve huzursuzluk gibi şikâyetlerin sık tekrarlanması anksiyete bozukluğu ya da sağlık kaygısı göstergesi olabilir (Türkçapar, 2004).

Hemşireler arasında yapılan bir araştırmada, Covid-19 sürecinde sağlık kaygısının ayrılık kaygısı, gelecek kaygısı ve ölüm korkusu ile olumlu yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir (Birimoğlu Okuyan vd., 2020). Ayrıca personelin artan sağlık kaygısının iş yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ifade edilmiştir (Kayacı, 2023). Covid-19 döneminde hasta bakımı veren sağlık çalışanlarının virüs kapma ve bulaştırma kaygısı nedeniyle hem bedensel hem de ruhsal sorunlar yaşadıkları da bildirilmiştir (Özdelikara vd., 2021).

2.3. Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramı, ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından “başarısızlık, yıpranma, enerji ve güç kaybı ile karşılanamayan talepler sonucunda bireyin iç dünyasında ortaya çıkan tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır (Freudenberger, 1974). Dünya Sağlık Örgütü ise tükenmişlik sendromunu, bireylerin çalışma yaşamında maruz kaldıkları sürekli stresin bir sonucu olarak ortaya çıkan mesleki bir deformasyon şeklinde açıklamaktadır (Şengün, 2021). Tükenmişlik, kişisel kaynakların giderek azalması, günlük sorunlara karşı çözüm üretme kapasitesinin zayıflaması ve yaşam enerjisinin tükenmesi olarak da ifade edilmektedir (Barutçu ve Serinkan, 2008).

Uzun süreli stres sonucunda duygusal, fiziksel ve zihinsel yorgunluk olarak tanımlanan tükenmişlik, bireyin çalışma yaşamında karşılaştığı talepler karşısında enerjisinin tükenmesiyle ortaya çıkar (Gürbüz ve Karapınar, 2014). Ayrıca günlük olaylara karşı olumsuz tutum geliştirme ve bireyin enerjisinin giderek azalması şeklinde de açıklanmaktadır (Dolan, 1987). Tükenmişlik yaşayan kişilerde öfke, kızgınlık, umutsuzluk ve çaresizlik gibi duygular sık görülmekte; ileri düzeyde ise “Her şey ters gidiyor, neden böyle oluyor?” şeklinde bir sorgulama ortaya çıkmaktadır. Ancak çoğu birey bu durumun nedenini “Artık tükenmiş durumdayım” şeklinde ifade etmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1997). Bu noktada tükenmişlik yaşayan bireyin günlük yaşamını sürdürmesi güçleşebilir ve ciddi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir (Çağatay, 2024).

Tükenmişlik üzerine yapılan çalışmalar, kavramın geniş bir çerçevede ele alındığını ve çeşitli psikososyal değişkenlerle ilişkilerinin incelendiğini göstermektedir. Freudenberger, sağlık çalışanlarında tükenmişliği; hastalara hizmet veren personelin maruz kaldığı duygusal, fiziksel ve psikolojik stresin bir sonucu olarak değerlendirmiş ve bu durumun yorgunluk, bıkkınlık ve işten ayrılma gibi sonuçlara yol açtığını vurgulamıştır (Freudenberger, 1974). Maslach ise tükenmişliğin, yoğun insan etkileşimi gerektiren mesleklerde (polis, hemşire, öğretmen, avukat vb.) daha sık görüldüğünü belirtmiştir (Maslach, 1982).

Tükenmişlik kavramı ilk olarak sağlık ve sosyal hizmet alanlarında incelenmiş olup, bu sektörlerde çalışanların yoğun tükenmişlik yaşamaları literatürde geniş değerlendirmelere konu olmuştur (Işıksan, 2006).

Özellikle insanlarla yoğun temasta bulunulan mesleklerde duygusal beklentilerin yüksek olması, tükenmişliği fiziksel, zihinsel ve duygusal yorgunluk biçiminde ortaya çıkarmaktadır (Basım ve Şeşen, 2007).

Sağlık çalışanlarının günün her saatinde hastalara hizmet verme zorunluluğu, diğer sektörlerle kıyasla daha yüksek düzeyde mesleki tükenmişlik yaşamalarına neden olmaktadır (Çevik ve Özbacı, 2020). Hemşirelerde gözlenen duygusal tükenmişliğin duyarsızlaşmayı artırdığı, ardından kişisel başarı hissinde azalmaya yol açtığı belirtilmektedir (İrk vd., 2019). Mobbing ile tükenmişlik arasında da pozitif yönlü bir ilişki olduğu; mobbing düzeyi yükseldikçe tükenmişlik düzeyinin arttığı görülmüştür (Yüksel, 2023). Ayrıca duygusal zekâ ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu, kişisel başarı ile ise pozitif bir ilişki bulunduğu saptanmıştır (Aslan ve Özata, 2008).

Aile hekimleri üzerinde yapılan bir araştırmada, çalışma süresi arttıkça tükenmişlik düzeylerinin de yükseldiği tespit edilmiştir (Baykan vd., 2014). Covid-19 salgın döneminde kadın sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu, kişisel başarı azalmasının ise orta seviyede olduğu belirtilmiştir (Atilla ve Karakaya, 2021). Türkiye Psikiyatri Derneği (2020) de sağlık çalışanlarının korku, uykusuzluk, bitkinlik, hayal kırıklığı, suçluluk ve kaygı gibi psikolojik ve fiziksel belirtiler yaşayabileceğini ve kronik tükenmişlik riski altında olduklarını rapor etmiştir.

2.4. Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlık, bireylerin yaşamları boyunca karşılaştıkları güçlükler, tehditler ve stres gibi olumsuz durumlar karşısında aldıkları önlemler ve bu önlemleri etkili şekilde kullanabilme becerileri olarak tanımlanmaktadır (Akdoğan ve Yalçın, 2018). Latince resilience kavramından türetilen psikolojik sağlamlık; Türkçe literatürde “psikolojik dayanıklılık,” “yılmazlık,” “bireyin kendini toparlama kapasitesi” gibi kavramlarla ifade edilmektedir (Şahin ve Buzlu, 2019). Amerikan Psikoloji Derneği ise psikolojik sağlamlığı, bireyin sıkıntı, travma, tehdit ve ciddi stres kaynakları karşısında uyum sağlayabilme ve toparlanabilme süreci olarak tanımlamaktadır (Aburn, 2016). Bu yönüyle psikolojik sağlamlık, bireyin zorlayıcı koşullar karşısında esneklik gösterme, uyum sağlama ve işlevselliğini sürdürebilme yeteneğini ifade eder.

Resilience kavramı sözlükte; büküldükten sonra eski hâline dönebilme, hastalık veya olumsuz bir durumdan sonra hızlıca toparlanabilme gibi anlamlara karşılık gelir (Windle, 2011). Psikolojik sağlamlık, bireyin zorluklarla karşılaştığında uyum sağlayarak toparlanması sürecidir (Aburn vd., 2016; Mesman vd., 2021).

Sağlık hizmetlerinin yoğun olarak sunulduğu hastanelerde, özellikle yoğun bakım ve ameliyathane gibi birimlerde çalışan personelin duygusal yükü ve stres düzeyi oldukça yüksektir. Bu nedenle tükenmişlik sendromu sağlık çalışanlarında sık gözlenen bir durumdur. Yapılan araştırmalara göre hemşirelerde psikolojik sağlamlığın, tükenmişlik düzeyini azalttığı ve daha etkili bir sağlık hizmeti sunumuna katkı sağladığı belirlenmiştir (Üzar Özçetin vd., 2019). Sağlık çalışanları, gün boyunca sürekli iletişim hâlinde oldukları için duygusal ve zihinsel açıdan diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla yıpranabilmektedir (Baruth ve Carroll, 2002).

Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek sağlık çalışanlarının, iş yaşamında karşılaştıkları stres, kaygı ve tükenmişlikle daha etkili başa çıktıkları görülmektedir (Mealer vd., 2017). Hemşirelerin psikolojik sağlamlık düzeyi; olumlu duygular, umut, özerklik, çözüm odaklı yaklaşım ve mücadeleci tutum gibi faktörlerle ilişkilidir (Çam, 2014). Sağlık çalışanlarının zorlayıcı iş ortamı, kaygı ve öfke gibi psikolojik belirtileri tetiklese de psikolojik sağlamlık bu durumlarda koruyucu bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Askerî hastanelerde yapılan araştırmalar da psikolojik sağlamlık ile tükenmişlik arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Tekin, 2011).

Sağlık çalışanlarının sürekli hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim hâlinde olması tükenmişlik riskini artırmaktadır (Jarrad vd., 2018). Buna karşın psikolojik sağlamlık, sağlık çalışanlarının stresli çalışma ortamlarına uyum sağlamasında önemli bir koruyucu rol üstlenmektedir (Cusack vd., 2016). Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek personelin mesleki tutumları olumlu olmakta; mesleki yeterlilik algıları, yeniliklere açıklıkları ve hastalara yönelik yaklaşımları güçlenmektedir (Kararımak, 2006).

3. Yöntem

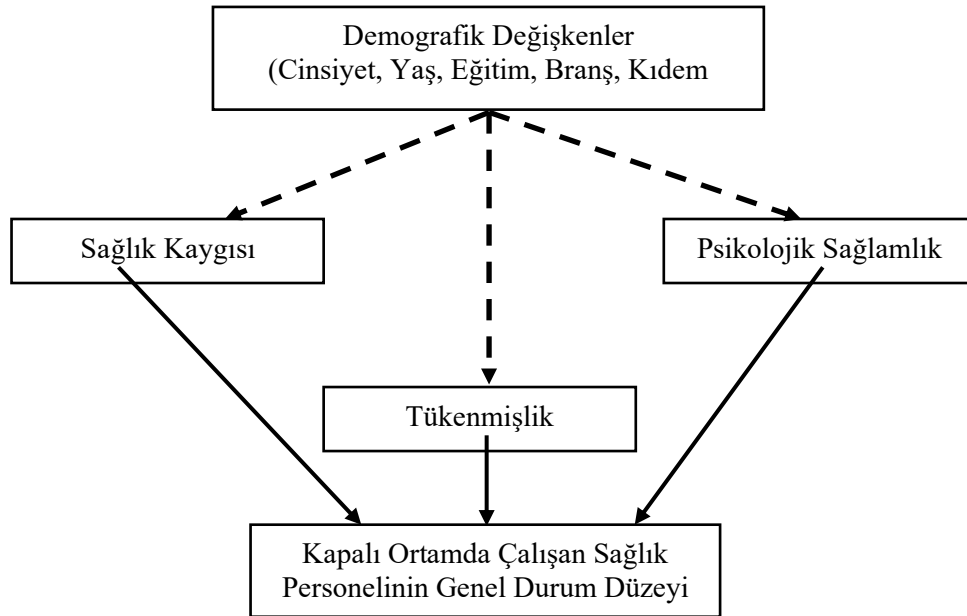
Bu bölümde araştırmada izlenecek model, çalışma evreni ve örneklem grubu, veri toplama sürecinde kullanılacak araçlar ve yöntemler, araştırmanın etik kurallar çerçevesinde yürütülmesine dair ilkeler ile elde edilen verilerin analiz edileceği yöntem hakkında bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırma Modeli ve Hipotezler

Bu tez çalışmasında, kapalı ortamlarda görev yapan sağlık personelinin sağlıkla ilgili kaygıları, tükenmişlik düzeyleri ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Ayrıca bu değişkenlerin; cinsiyet, medeni durum, çalışma ortamının kapalı olması, gün ışığına maruz kalma, eğitim seviyesi ve uzmanlık alanı gibi demografik ve çevresel faktörlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği değerlendirilmiştir. Çalışma, betimsel yöntemle birlikte ilişkisel tarama modeli çerçevesinde yürütülmüştür. Araştırma modeli, mevcut durumu ya da geçmişte yaşanmış bir durumu olduğu biçimiyle ortaya koymayı amaçlayan bir yaklaşım olarak tanımlanabilir (Karasar, 1998). Çalışmanın temel araştırma modeli aşağıda sunulmuştur.

Araştırmanın Hipotezleri

- **H1:** Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- **H2:** Sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı düzeyleri demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- **H3:** Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermektedir.
- **H4:** Psikolojik sağlamlık, sağlık kaygısı ve tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.



Şekil 1. Araştırma Modeli

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan toplam 1017 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise, aynı hastanenin farklı birimlerinde ve hizmet kademelerinde görev yapan, çeşitli unvanlara (doktor, hemşire, ebe, sağlık teknikeri/teknisyeni, sağlık lisansiyeri, sağlık destek personeli, idareci vb.) sahip 348 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Bu çalışmada olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olarak gerçekleştirilmiştir.

Örneklem büyüklüğü, belirli bir evrenden alınacak örneklemin istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar verebilmesi için Cochran (1977) ve Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004) örneklem formülü kullanılarak hesaplanmıştır:

$$n = (N \cdot t^2 \cdot p \cdot q) / (d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q)$$

Burada:

N = 1017 (evren büyüklüğü)

t = 1.96 (güven düzeyi %95 için z değeri)

p = 0.5, q = 1 - p = 0.5 (özellik görülme ve görülmemeye olasılığı)

d = 0.05 (hata payı)

$$n = (1017 \times 3.8416 \times 0.25) / ((0.0025 \times 1016) + 0.9604)$$

$$n \approx 976.5 / 3.55 \approx 275.1$$

Yapılan a priori güç analizinde (G*Power 3.1) %80 güç düzeyi ve .05 anlamlılık düzeyi için gerekli minimum örneklem büyüklüğü 275 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada 348 katılımcı ile veri toplanmış olması, analizlerin yeterli istatistiksel güce sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca farklı etki büyüklükleri için yapılan hesaplamalarda küçük etki (f = 0.20), orta etki (f = 0.25) ve büyük etki (f = 0.40) düzeylerinde gerekli örneklem büyüklüklerinin mevcut örneklem tarafından karşılandığı görülmüştür. Bu bulgular, çalışmanın orta ve büyük etki büyüklüklerini saptamak için yeterli güce sahip olduğunu göstermektedir.

Toplanan anket formları veri kalitesi açısından incelenmiş ve eksik veya hatalı doldurulmuş herhangi bir ankete rastlanmamıştır. Bu nedenle tüm anket formları analiz kapsamına dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; araştırmanın yürütüldüğü kurumda aktif olarak görev yapan sağlık profesyoneli olmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmektir. Veri seti eksik veri ve tutarlılık açısından kontrol edilmiş olup tüm verilerin analiz için uygun olduğu belirlenmiştir. Bu doğrultuda istatistiksel analizler tam veri seti üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada, betimsel yaklaşım ve ilişkisel tarama modeli benimsenmiştir. Betimsel araştırmalar, bir olgu veya olayın mevcut durumunu nesnel şekilde açıklamaya odaklanırken; tarama modelleri, olaylara müdahale etmeksizin, var olan durumu olduğu gibi ortaya koymayı amaçlar (Karasar, 1998).

İlişkisel tarama modeli ise çoklu değişkenler arasındaki ilişki düzeylerini incelemeyi hedefler. Bu bağlamda, söz konusu çalışmada sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığı değerlendirilmiş ve bu değişkenlerin cinsiyet, medeni durum, çalışma ortamı, gün ışığına erişim, eğitim düzeyi ve branş gibi demografik faktörlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Uygulanan araştırma modeli, geçmişte veya günümüzde var olan durumları oldukları şekliyle analiz etmeye yönelik bir yöntemi esas almaktadır (Karasar, 1998). Örneklem, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapan sağlık personelinin oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerini saptamak için "Demografik değişkenler", sağlık kaygısı düzeyini saptamak amacıyla "Sağlık Anksiyetesi Ölçeği", tükenmişlik düzeylerini saptamak amacıyla "Maslach Tükenmişlik Düzeyi Ölçeği", psikolojik dayanıklılıklarını saptamak amacıyla da "Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" kullanılmıştır.

Sağlık anksiyetesi ölçeği, Salkovskis vd. (2002) tarafından geliştirilen ölçek, 18 maddeden oluşan, 4'lü Likert tipinde değerlendirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Türkçeye çevrilerek uyarlanması, Aydemir vd. (2013) yapmıştır.

Tükenmişlik ölçeği, Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiştir. 22 maddeden oluşan ölçek, tükenmişliği üç boyutta değerlendirmektedir. "Duygusal Tükenmişlik Boyutu" 9, "Kişisel Başarı Boyutu" 8 ve "Duyarsızlaşma Boyutu" 5 maddeden oluşmaktadır (Maslach & Jackson, 1986). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Ergin (1992) yapmıştır.

Psikolojik dayanıklılık ölçeği, Friberg vd. (2003) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, kişilerin psikolojik dayanıklılıklarını ölçmektir. Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 5’li likert tipinde ve 33 maddeden oluşan bir ölçektir.

Bu çalışmada kullanılan ölçme araçlarının mevcut örneklem üzerindeki iç tutarlılık düzeylerini değerlendirmek amacıyla Cronbach alfa güvenilirlik analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre Sağlık Kaygısı Ölçeği’nin Cronbach alfa katsayısı .91, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği’nin Cronbach alfa katsayısı .89 ve Tükenmişlik Ölçeği’nin Cronbach alfa katsayısı .93 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu değerler, ölçeklerin mevcut örneklemde yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, tez çalışması kapsamında elde edilen güvenilirlik sonuçları ile de tutarlıdır ve ölçme araçlarının bu örneklem için güvenilir olduğunu desteklemektedir.

3.4. Araştırma Yayın Etiği

Araştırmanın yayın etiği için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü’nün 02.02.2024 tarihli ve 394121 sayılı kararıyla onay alınmıştır. Çalışmaya yönelik veriler Tokat ilinde çalışan 348 sağlık çalışanından elde edilmiş, veri toplama işlemleri için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü’nün 14.02.2024 tarihli ve 399109 sayılı yazılarıyla onay alınmıştır. Veri toplanacak sağlık kuruluşunda idarecilerin bilgisi dâhilinde sağlık çalışanları bilgilendirilmiş onam formları kendilerine ulaştırılmıştır. Elde edilen veriler analize tabi tutularak sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık düzeyi saptanmaya çalışılmıştır.

3.5. Araştırmada Kullanılan Analizler

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 21.0 ve AMOS programları kullanılmıştır. Ölçeklerin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmış, modelin uyum iyiliği indeksleri (χ^2/sd , GFI, SRMR, CFI, RMSEA, IFI) değerlendirilmiştir. Bu analizler, veri ile ölçme modelleri arasında kabul edilebilir düzeyde uyum olduğunu göstermiştir.

Araştırma kapsamında, sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin çeşitli demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Cinsiyet gibi ikili değişkenler için t-testi, yaş, eğitim düzeyi, mesleki kıdem ve branş gibi çok kategorili değişkenler için ANOVA tercih edilmiştir. Çalışmada etki büyüklüklerinin hesaplanmasında Cohen’s d ve eta-kare (η^2) hesaplamaları yapılmıştır. Cohen’s d iki grup ortalamaları arasındaki farkın büyüklüğünü gösterirken, eta-kare grup değişkeninin toplam varyans üzerindeki açıklayıcılık oranını göstermektedir.

Normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi, çarpıklık ve basıklık değerleri ile değerlendirilmiştir. Varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiş ve homojenlik varsayımı sağlanan analizlerde Tukey HSD testi tercih edilmiştir. Tukey HSD testi, grupların örneklem büyüklükleri arasındaki farklılıklara karşı dayanıklı olması ve çoklu karşılaştırmaların hata oranını kontrol etmesi nedeniyle bu araştırma için uygun görülmüştür. Buna karşılık varyans homojenliği varsayımının sağlanmadığı durumlarda Games-Howell testi çalıştırılması planlanmış, ancak elde edilen bulgulara göre bu gerekliliği ortaya çıkaran bir durumla karşılaşılmamıştır. Ardından anlamlı fark bulunan değişkenler yorumlanarak hipotezler test edilmiştir.

4. Bulgular

Ölçme modeli uyum iyiliği değerlerini ölçmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapılan ölçme değerlerine göre modelde χ^2/sd (3.710) değeri modelin veriyle ne kadar iyi uyum sağladığını değerlendiren bir indekstir. Tablodaki model sonucu olan (3.710) değeri, kabul edilebilir uyum aralığı içindedir ($3 < \chi^2/sd < 5$). Bu da, modelin veriyle uyum sağladığı anlamına gelmektedir.

GFI (Goodness of Fit Index): Modelin gözlenen veriyle ne kadar iyi uyum sağladığını değerlendiren bir uyum indeksidir. Yapılan analiz sonucu GFI değeri .93 olarak tespit edilmiş ve bu değer kabul edilebilir uyum aralığında yer almaktadır ($0.90 \leq GFI \leq 0.95$). Bu nedenle, modelin gözlenen veriyle kabul edilebilir düzeyde iyi uyum sağladığı ifade edilebilir.

SRMR (Standardized Root Mean Square Residual): Modelin veriyle ne kadar iyi uyum sağladığını değerlendiren bir uyum indeksidir. Yapılan analiz sonucu SRMR değeri .064, kabul edilebilir uyum aralığında

yer almaktadır ($05 \leq SRMR \leq 08$). Bu da, modelin veriyle kabul edilebilir düzeyde iyi uyum sağladığını gösterir. Bu belirtilen değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu, model ve verinin uyumlu, ölçme aracının ise doğru olduğunu göstermektedir (Byrne, 1998; Hooper vd., 2008; Hu ve Bentler, 1999; Joreskog ve Sorbom, 1999; Kline, 2005). Diğer değerlerden; CFI (.90), RMSEA (.088), IFI (.90) değerlerinin ise kabul edilir ve kabul edilebilir değere yakın bir puanda olduğu görülmektedir.

Bütün alt boyutların çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri hesaplanmış, veri setinde skewness ve kurtosis değerlerinin -1 ile +1 aralığında olduğu görülmüştür

Kapalı ortamda görev yapan sağlık personelinin sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık düzeyleri ile demografik değişkenler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, branş ve mesleki kıdem) arasındaki ilişkileri incelemektedir. Analizler, 348 sağlık personelinden elde edilen verilerle gerçekleştirilmiş olup, çeşitli demografik faktörlerin bireylerin psikolojik durumları üzerindeki etkisi nicel yöntemlerle test edilmiştir.

Katılımcıların Demografik bilgilerinin ayrıntılı açıklaması şu şekildedir:

Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılım: Araştırmaya katılan 348 sağlık çalışanının %58,9'unu kadınlar (n=205), %41,1'ini ise erkekler (n=143) oluşturmaktadır. Bu durum, sağlık sektöründe kadın çalışanların sayıca daha fazla olduğu genel eğilimi desteklemektedir.

Medeni Duruma Göre Dağılım: Katılımcıların %63,2'si evli (n=220), %36,8'i ise bekâr (n=128) olup, bu bulgu sağlık sektöründeki yetişkin nüfusun büyük oranda evli bireylerden oluştuğunu göstermektedir.

Yaş Dağılımı: Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde; en yoğun grubun %38,8 ile 30–39 yaş aralığında (n=135) yer aldığı, bunu %35,3 ile 20–29 yaş grubu (n=123) ve %22,7 ile 40–49 yaş grubu (n=79) izlediği görülmektedir. 50 yaş ve üzeri katılımcı oranı oldukça düşüktür (%3,2; n=11). Bu dağılım, örneklemin genç ve orta yaş ağırlıklı olduğunu göstermektedir.

Eğitim Durumuna Göre Dağılım: Katılımcıların büyük bir kısmı lisans (%52,6; n=183) ve önlisans (%23,0; n=80) mezunlarından oluşmaktadır. Lise mezunları %15,5 (n=54), lisansüstü veya tıpta uzmanlık yapmış olanlar ise %8,9 (n=31) oranındadır. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının çoğunluğunun lisans ve önlisans düzeyinde eğitim almış olduğunu göstermektedir.

Mesleki Kıdeme Göre Dağılım: Katılımcıların mesleki kıdem süresi dağılımı değerlendirildiğinde, en büyük grubun %30,5 ile 1–5 yıl arasında çalışanlar (n=106) olduğu görülmektedir. 6–10 yıl (%23,6; n=82) ve 11–15 yıl (%23,0; n=80) kıdem grubunda olanların da oranı yüksektir. 16 yıl ve üzeri kıdemi olan katılımcılar toplamda %23'lük bir grubu oluşturmaktadır. Bu dağılım, örneklemin önemli bir kısmının mesleki deneyim açısından erken ve orta kariyer evresinde olduğunu göstermektedir.

Branşa Göre Dağılım: Katılımcılar arasında en büyük meslek grubunu %45,4 oranıyla hemşire ve ebeler (n=158) oluşturmaktadır. Bunu %23,6 ile sağlık teknikerleri/teknisyenleri (n=82) ve %17,0 ile sağlık destek personeli (n=59) izlemektedir. Doktorların oranı %6,6 (n=23), sağlık lisansiyerleri %5,7 (n=20), sağlık idarecileri ise %1,7 (n=6) ile daha düşük oranlarda temsil edilmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde özellikle hemşirelik personelinin merkezi rol oynadığını göstermektedir.

Kapalı Ortamda Çalışma Durumu: Katılımcıların %94,0'ı (n=327) kapalı ortamda çalıştığını belirtmiştir. Bu oran, araştırmanın konusuyla da örtüşmekte olup, kapalı çalışma koşullarının sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık üzerindeki etkilerini incelemek açısından anlamlı bir temel sunmaktadır.

Gün Işığından Faydalanma Durumu: Katılımcıların %76,4'ü (n=266) çalıştıkları ortamda gün ışığından faydalanabildiklerini, %23,3'ü (n=81) ise faydalanamadıklarını belirtmiştir. Bu bulgu, çalışma ortamının fiziksel koşullarının sağlık çalışanlarının psikososyal durumu üzerindeki potansiyel etkilerini değerlendirmede önemli bir veri olarak değerlendirilebilir.

Tablo 1. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Cinsiyete Göre Bulgular

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması	P	Cohen's d
Psikolojik Sağlamlık	Kadın	205	103.9854	8.06741	.56345	.042	0.27
	Erkek	143	101.6503	9.43791	.78924		
Tükenmişlik	Kadın	205	70.5756	10.39468	.72600	.469	0.21

	Erkek	143	72.7762	11.19445	.93613		
Sağlık Kaygısı	Kadın	205	37.6683	8.73000	.60973	.000	0.29
	Erkek	143	40.5035	11.47433	.95953		

Tablo 1'e göre araştırmada, cinsiyet değişkenine göre psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve sağlık kaygısı düzeyleri incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, kadın sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık puan ortalaması 103.98 (± 8.07) iken, erkek sağlık çalışanlarının ortalaması 101.65 (± 9.44) olarak hesaplanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda bu fark anlamlı bulunmuştur ($p = .042$). Bu bulgu, kadın sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Cinsiyete göre yapılan ikili karşılaştırmalarda kadınların psikolojik sağlamlık puan ortalaması erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Kadın $M = 103.99$, $SD = 8.07$; Erkek $M = 101.65$, $SD = 9.44$; $t(274.08) = 2.408$, $p = .017$). Etki büyüklüğü Cohen's $d = 0.27$ olup bu etki küçük düzeydedir. Ayrıca erkeklerin sağlık kaygısı puanları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Kadın $M = 37.67$, $SD = 8.73$; Erkek $M = 40.50$, $SD = 11.47$; $t(251.31) = -2.494$, $p = .013$), Cohen's $d = -0.29$ (mutlak değer olarak 0.29; küçük etki).

Tükenmişlik düzeyi açısından kadınların puan ortalaması 70.58 (± 10.39), erkeklerin ise 72.78 (± 11.19) olarak tespit edilmiştir. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = .469$). Dolayısıyla, cinsiyet değişkenine göre tükenmişlik düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu sonuç, kadın ve erkek sağlık çalışanlarının benzer düzeyde tükenmişlik yaşadıklarını göstermektedir.

Sağlık kaygısı düzeylerine bakıldığında ise kadın katılımcıların ortalaması 37.67 (± 8.73), erkek katılımcıların ortalaması ise 40.50 (± 11.47) olarak belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak oldukça anlamlıdır ($p < .001$). Bu sonuç, erkek sağlık çalışanlarının kadınlara kıyasla daha yüksek düzeyde sağlık kaygısı yaşadıklarını ortaya koymaktadır.

Bu bulgular ışığında, cinsiyetin psikolojik sağlamlık ve sağlık kaygısı üzerinde etkili olduğu; ancak tükenmişlik düzeyi üzerinde belirleyici bir değişken olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 2. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Yaşa Göre Bulgular

	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması	F	P	eta-kare (η^2)
Psikolojik Sağlamlık	20-29	123	103.4228	9.01184	.81257	1.934	.124	0.017
	30-39	135	102.9407	8.51229	.73262			
	40-49	79	101.8228	7.95139	.89460			
	50-59	11	108.2727	11.82447	3.56521			
	Total	348	103.0259	8.71991	.46744			
Tükenmişlik	20-29	123	71.2520	12.20561	1.10054	.390	.760	0.003
	30-39	135	71.9852	9.75367	.83946			
	40-49	79	71.3797	10.22604	1.15052			
	50-59	11	68.5455	10.14262	3.05811			
	Total	348	71.4799	10.76937	.57730			
Sağlık Kaygısı	20-29	123	37.1789	6.98128	.62948	2.783	.041	0.024
	30-39	135	40.3037	11.19720	.96370			
	40-49	79	39.4430	11.46538	1.28996			
	50-59	11	34.9091	10.45423	3.15207			
	Total	348	38.8333	10.03170	.53776			

Tablo 2'ye göre araştırmada, yaş gruplarına göre psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve sağlık kaygısı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Analizlerde 20–29, 30–39, 40–49 ve 50–59 yaş aralıklarına göre gruplandırılan katılımcılar arasında varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

Yaş grupları arasında sağlık kaygısında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F(3,344) = 2.783$, $p = .041$). Etki büyüklüğü $\eta^2 = 0.024$ (yaklaşık %2.4 varyans) olup küçük bir etkiyi göstermektedir.

Psikolojik sağlamlık düzeyleri incelendiğinde, 50–59 yaş grubundaki katılımcıların ortalamasının (108.27 $\pm$ 11.82) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak genel fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmamıştır ($F = 1.934$; $p = .124$). Bu sonuç, yaş grupları arasında psikolojik sağlamlık düzeylerinin benzer olduğunu göstermektedir.

Tükenmişlik düzeyleri açısından da yaş grupları arasında anlamli bir farklılık gözlenmemiştir ($F = 0.390$; $p = .760$). Tüm gruplarda ortalama tükenmişlik puanları birbirine oldukça yakın olup, 68.54 ile 71.98 arasında değişmektedir. Bu bulgu, yaş değişkeninin tükenmişlik düzeyini anlamli biçimde etkilemediğini ortaya koymaktadır.

Sağlık kaygısı düzeylerinde ise yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark tespit edilmiştir ($F = 2.783$; $p = .041$). Özellikle 30–39 yaş grubundaki katılımcılar, 40.30 puan ile en yüksek sağlık kaygısı düzeyine sahiptir. Buna karşılık, 50–59 yaş grubundaki bireylerde sağlık kaygısı ortalaması en düşük düzeydedir (34.91). Bu bulgu, orta yaş grubundaki sağlık çalışanlarının sağlıkla ilgili kaygıları daha yoğun yaşadıklarını göstermektedir.

Sonuç olarak, yaş grupları arasında yalnızca sağlık kaygısı düzeylerinde anlamli farklılık bulunmuştur. Psikolojik sağlamlık ve tükenmişlik düzeylerinde ise yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamli bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 3. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

	Mezuniyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması	F	p	eta-kare (η^2)
Psikolojik Sağlamlık	Lise	54	104.1296	8.27829	1.12653	.593	.620	0.005
	Önlisans	80	103.2875	10.21688	1.14228			
	Lisans	183	102.8142	8.21607	.60735			
	Lisansüstü veya Tıpta Uzmanlık	31	101.6774	8.33621	1.49723			
	Toplam	348	103.0259	8.71991	.46744			
Tükenmişlik	Lise	54	71.1481	12.88177	1.75299	.386	.763	0.003
	Önlisans	80	70.7375	12.16214	1.35977			
	Lisans	183	71.6284	9.79312	.72393			
	Lisansüstü veya Tıpta Uzmanlık	31	73.0968	8.51412	1.52918			
	Toplam	348	71.4799	10.76937	.57730			
Sağlık Kaygısı	Lise	54	35.4630	10.23260	1.39248	2.783	.041	0.024
	Önlisans	80	39.6375	10.68566	1.19469			
	Lisans	183	39.6612	9.79263	.72389			
	Lisansüstü veya Tıpta Uzmanlık	31	37.7419	8.30649	1.49189			
	Toplam	348	38.8333	10.03170	.53776			

Tablo 3'e göre araştırmada, mezuniyet düzeyine göre psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve sağlık kaygısı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Katılımcılar eğitim düzeylerine göre dört gruba ayrılmıştır: lise, önlisans, lisans ve lisansüstü/tıpta uzmanlık. Veriler tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile analiz edilmiştir.

Eğitim düzeyine göre yapılan tek yönlü varyans analizinde sağlık kaygısı puanları gruplar arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($F(3,344) = 2.783$, $p = .041$). Bu farkın etki büyüklüğü $\eta^2 = 0.024$ 'tür; yani eğitim düzeyi sağlık kaygısındaki varyansın yaklaşık %2.4'ünü açıklamaktadır (küçük etki).

Psikolojik sağlamlık düzeylerine bakıldığında, lise mezunlarının ortalama puanı 104.13 (± 8.28) ile en yüksek değeri göstermektedir. Diğer grupların ortalama puanları ise birbirine oldukça yakındır (önlisans: 103.29; lisans: 102.81; lisansüstü: 101.68). Ancak gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır.

($F = 0.593$; $p = .620$). Bu sonuç, mezuniyet düzeyine göre psikolojik sağlık düzeylerinin anlamlı biçimde farklılık göstermediğini ortaya koymaktadır.

Tükenmişlik düzeyleri açısından da benzer şekilde mezuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F = 0.386$; $p = .763$). Tüm gruplarda tükenmişlik puanları birbirine yakın seyretmiş ve ortalamalar 70.74 ile 73.10 arasında değişmiştir. Bu bulgu, eğitim düzeyinin tükenmişlik üzerinde belirleyici bir değişken olmadığını göstermektedir.

Buna karşılık, sağlık kaygısı düzeyleri açısından mezuniyet düzeyine göre anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F = 2.783$; $p = .041$). Özellikle önlisans (39.64) ve lisans (39.66) mezunlarının sağlık kaygısı düzeyleri, lise mezunlarına (35.46) göre daha yüksektir. Lisansüstü grubun ortalama puanı ise 37.74 olup, orta düzeyde kalmıştır. Bu sonuç, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlıkla ilgili belirtilere ve risklere karşı daha duyarlı olduklarını ve bu nedenle daha fazla kaygı geliştirdiklerini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, mezuniyet düzeyine göre sadece sağlık kaygısı değişkeninde anlamlı farklılık gözlenmiştir. Psikolojik sağlık ve tükenmişlik düzeylerinde ise eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4. Psikolojik Sağlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Branşa Göre Dağılımları

	Branş	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması	F	P	eta-kare (η^2)
Psikolojik Sağlık	Doktor	23	98.6522	7.04278	1.46852	3.342	.006	0.047
	Hemşire/Ebe	158	104.7532	8.54638	.67991			
	Sağ. Teknikeri-Teknisyeni	82	101.7317	8.68666	.95928			
	Sağlık Lisansiyeri	20	102.2500	10.50752	2.34955			
	Sağlık İdarecisi	6	97.8333	8.40040	3.42945			
	Sağlık Destek Personeli	59	102.6949	8.34029	1.08581			
	Toplam	348	103.0259	8.71991	.46744			
Tükenmişlik	Doktor	23	74.7826	10.58711	2.20757	2.316	.043	0.033
	Hemşire/Ebe	158	71.5823	10.32727	.82159			
	Sağ. Teknikeri-Teknisyeni	82	71.4878	12.38901	1.36814			
	Sağlık Lisansiyeri	20	70.7500	9.90415	2.21463			
	Sağlık İdarecisi	6	82.3333	2.87518	1.17379			
	Sağlık Destek Personeli	59	69.0508	9.63010	1.25373			
	Toplam	348	71.4799	10.76937	.57730			
Sağlık Kaygısı	Doktor	23	39.6957	9.00220	1.87709	5.374	.000	0.073
	Hemşire/Ebe	158	37.8544	8.68546	.69098			
	Sağ. Teknikeri-Teknisyeni	82	39.4146	11.23921	1.24116			
	Sağlık Lisansiyeri	20	44.1000	10.87682	2.43213			
	Sağlık İdarecisi	6	55.0000	10.56409	4.31277			
	Sağlık Destek Personeli	59	36.8814	9.92400	1.29199			
	Toplam	348	38.8333	10.03170	.53776			

Tablo 4'e göre araştırmada, katılımcıların görev yaptıkları mesleki branşlara göre psikolojik sağlık, tükenmişlik ve sağlık kaygısı düzeyleri incelenmiştir. Analizlerde doktor, hemşire/ebe, sağlık teknikeri/teknisyeni, sağlık lisansiyeri, sağlık idarecisi ve sağlık destek personeli olmak üzere altı farklı meslek grubu değerlendirilmiş ve veriler tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile analiz edilmiştir.

Psikolojik sağlamlıkta $F(5,342) = 3.342$, $p = .006$, $\eta^2 = 0.047$ (yaklaşık %4.7 varyans — küçük/orta aralığı), Tükenmişlikte $F(5,342) = 2.316$, $p = .043$, $\eta^2 = 0.033$ ($\approx$ %3.3 varyans — küçük), Sağlık kaygısında $F(5,342) = 5.374$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.073$ ($\approx$ %7.3 varyans — orta düzeye yakın) olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar branş farklılıklarının özellikle sağlık kaygısı üzerinde daha belirgin bir etkisi olduğunu göstermektedir.

Psikolojik sağlık düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F = 3.342$; $p = .006$). En yüksek psikolojik sağlık ortalaması hemşire/ebe grubunda gözlenmiştir ($\bar{x} = 104.75 \pm$

8.55). Sağlık destek personeli ($\bar{x}$ = 102.69), sağlık lisansiyeri ($\bar{x}$ = 102.25) ve sağlık teknikeri/teknisyeni ($\bar{x}$ = 101.73) grupları da birbirine yakın puanlara sahiptir. Buna karşın en düşük ortalamalar sağlık idarecilerinde ($\bar{x}$ = 97.83) ve doktorlarda ($\bar{x}$ = 98.65) bulunmuştur. Bu durum, hastane ortamında doğrudan hasta bakımı dışında daha fazla idari veya karar verici rolde bulunan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha düşük olabileceğini düşündürmektedir.

Tükenmişlik düzeylerinde de branşlara göre anlamlı farklılık saptanmıştır (F = 2.316; p = .043). En yüksek tükenmişlik puanı sağlık idarecilerinde gözlenmiştir ($\bar{x}$ = 82.33 $\pm$ 2.87). Doktorlar da görece yüksek bir ortalamaya sahiptir ($\bar{x}$ = 74.78 $\pm$ 10.59). Diğer tüm gruplarda tükenmişlik düzeyleri 70–72 arasında seyretmekte olup, sağlık destek personelinde bu değer en düşüktür ($\bar{x}$ = 69.05 $\pm$ 9.63). Bu sonuçlar, karar alma sorumluluğu taşıyan ve iş yükü daha yoğun olan branşlarda tükenmişlik riskinin daha fazla olabileceğine işaret etmektedir.

Sağlık kaygısı değişkeninde de gruplar arasında yüksek düzeyde anlamlı fark tespit edilmiştir (F = 5.374; p = .000). En yüksek sağlık kaygısı ortalaması sağlık idarecilerinde görülmüştür ($\bar{x}$ = 55.00 $\pm$ 10.56). Bunu sağlık lisansiyerleri ($\bar{x}$ = 44.10 $\pm$ 10.88), sağlık teknikerleri/teknisyenleri ($\bar{x}$ = 39.41) ve doktorlar ($\bar{x}$ = 39.70) takip etmektedir. Buna karşılık hemşire/ebe ($\bar{x}$ = 37.85) ve sağlık destek personeli ($\bar{x}$ = 36.88) gruplarında sağlık kaygısı düzeyleri görece daha düşüktür. Bu bulgu, hasta bakımına doğrudan katılan grupların sağlık kaygısını daha düşük seviyelerde yaşadığını, buna karşın bilgi temelli ve idari pozisyonundaki çalışanlarda sağlık kaygısının daha yüksek olabileceğini göstermektedir.

Sonuç olarak, branş değişkenine göre psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve sağlık kaygısı düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar, sağlık hizmetlerinde görev türünün bireysel psikolojik tepkiler ve mesleki yüklenmeler üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 5. Psikolojik Sağlamlık, Tükenmişlik ve Sağlık Kaygısı Puanlarının Çalışma Süresine Göre Dağılımları

	Çalışma Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması	F	P	eta-kare (η^2)
Psikolojik Sağlamlık	1-5	106	103.9057	8.75217	.85009	1.873	.115	0.021
	6-10	82	101.8049	8.31396	.91812			
	11-15	80	102.6000	9.17426	1.02571			
	16-20	51	102.0196	8.71663	1.22057			
	21 Yıl ve Üzeri	29	106.2069	7.86211	1.45996			
	Total	348	103.0259	8.71991	.46744			
Tükenmişlik	1-5	106	69.6321	11.25744	1.09342	1.893	.111	0.022
	6-10	82	72.2927	10.71458	1.18323			
	11-15	80	72.6500	10.99378	1.22914			
	16-20	51	73.4510	9.72073	1.36117			
	21 Yıl ve Üzeri	29	69.2414	9.44403	1.75371			
	Total	348	71.4799	10.76937	.57730			
Sağlık Kaygısı	1-5	106	37.0566	7.31187	.71019	2.769	.027	0.031
	6-10	82	38.8415	9.74169	1.07579			
	11-15	80	41.4000	11.40242	1.27483			
	16-20	51	39.8824	13.07310	1.83060			
	21 Yıl ve Üzeri	29	36.3793	7.81671	1.45153			
	Total	348	38.8333	10.03170	.53776			

Tablo 5'e göre araştırmada, sağlık çalışanlarının mesleki kıdem sürelerine göre psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve sağlık kaygısı düzeyleri incelenmiştir. Katılımcılar, meslekte çalışma süresine göre beş gruba ayrılmıştır: 1–5 yıl, 6–10 yıl, 11–15 yıl, 16–20 yıl ve 21 yıl ve üzeri. Veriler tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile değerlendirilmiştir.

Mesleki kıdeme göre sağlık kaygısı anlamlı farklılık göstermiştir ($F(4,343)$ = 2.769, p = .027). Etki büyüklüğü η^2 = 0.031 olup (yaklaşık %3.1 varyans) küçük bir etki olduğunu göstermektedir.

Psikolojik sağlamlık düzeylerine bakıldığında, 21 yıl ve üzeri kıdemi olan çalışanların ortalama puanı (106.21 ± 7.86) en yüksek düzeydeyken, 6–20 yıl aralığında çalışan gruplarda ortalamalar 101–102 puan aralığında seyretmiştir. 1–5 yıl çalışanlar ise 103.91 ortalama puanla ikinci sırada yer almıştır. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 1.873$; $p = .115$). Bu bulgu, mesleki kıdemin psikolojik sağlamlık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir.

Tükenmişlik düzeylerinde de mesleki kıdem grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($F = 1.893$; $p = .111$). En yüksek tükenmişlik ortalaması 16–20 yıl çalışan grupta gözlenmiş ($\bar{x} = 73.45$), bunu 11–15 yıl ve 6–10 yıl çalışan gruplar izlemiştir. En düşük tükenmişlik düzeyleri ise 1–5 yıl ($\bar{x} = 69.63$) ve 21 yıl üzeri çalışanlarda ($\bar{x} = 69.24$) görülmüştür. Bu sonuç, tükenmişlik düzeyinin kıdemle birlikte artma eğiliminde olduğunu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığını göstermektedir.

Buna karşılık, sağlık kaygısı düzeylerinde mesleki kıdem süresine göre anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F = 2.769$; $p = .027$). En yüksek sağlık kaygısı puanı 11–15 yıl arası çalışan grupta bulunmuştur ($\bar{x} = 41.40 \pm 11.40$). Bu grubu 16–20 yıl ($\bar{x} = 39.88$) ve 6–10 yıl çalışanlar ($\bar{x} = 38.84$) takip etmiştir. En düşük sağlık kaygısı düzeyleri ise 1–5 yıl ($\bar{x} = 37.06$) ve 21 yıl üzeri çalışan grupta ($\bar{x} = 36.38$) görülmüştür. Bu bulgu, orta kıdem döneminde çalışan sağlık personelinin sağlıkla ilgili kaygıları daha yoğun yaşadığını göstermektedir.

Sonuç olarak, mesleki kıdeme göre yalnızca sağlık kaygısı düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Psikolojik sağlamlık ve tükenmişlik düzeyleri ise kıdem süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu durum, sağlık kaygısının meslekte geçirilen yılların belirli bir döneminde daha yoğun hissedilebildiğini, ancak psikolojik dayanıklılık ve tükenmişlik düzeylerinin genel olarak kıdeme göre sabit seyrettiğini düşündürmektedir.

Tablo 6. Değişkenler Arası Korelasyonlar

Değişkenler	1. Psikolojik Sağlamlık	2. Sağlık Kaygısı	3. Tükenmişlik
1. Psikolojik Sağlamlık	1		
2. Sağlık Kaygısı	-.29**	1	
3. Tükenmişlik	-.34**	.48**	1

Tablo 6'ya göre, araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre psikolojik sağlamlık ile sağlık kaygısı arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -.29$, $p < .01$). Benzer şekilde psikolojik sağlamlık ile tükenmişlik arasında da negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -.34$, $p < .01$). Buna karşılık sağlık kaygısı ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = .48$, $p < .01$). Bu bulgular, psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça sağlık kaygısı ve tükenmişlik düzeylerinin azaldığını, sağlık kaygısı arttıkça ise tükenmişlik düzeyinin arttığını göstermektedir.

Bu duruma göre elde edilen bulgulara göre hipotezlerin kabul – red durumları aşağıdaki gibidir:

H1: Kısmen desteklendi

Araştırmada ilk olarak sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiş ve bu kapsamda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, branş ve mesleki kıdem değişkenleri değerlendirilmiştir. Yapılan analizlerde psikolojik sağlamlık puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir biçimde farklılaştığı ($p = .042$) görülmüştür. Kadın sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin erkek çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Yaş değişkenine ilişkin analizde anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p = .124$). Benzer biçimde eğitim düzeyine ilişkin istatistiksel sonuçlar ($p = .620$) ile mesleki kıdeme ilişkin bulgular ($p = .115$) anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Buna karşılık, branş değişkeni psikolojik sağlamlık düzeylerinde anlamlı bir farklılaşmaya işaret etmektedir ($p = .006$). Bu bulguya göre hemşire/ebe grubunda psikolojik sağlamlık düzeyi en yüksek iken; sağlık idarecilerinde psikolojik sağlamlık en düşük bulunmuştur. Elde edilen sonuçlar ışığında psikolojik sağlamlığın demografik değişkenlere göre farklılık gösterdiğine ilişkin H1 hipotezi kabul edilmiştir; ancak bu kabul, anlamlılığın özellikle cinsiyet ve branş değişkenlerinde yoğunlaştığı şeklinde yorumlanmalıdır.

H2: Desteklendi

Sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendiren ikinci hipotez kapsamında elde edilen bulgular, sağlık kaygısı değişkeninin tüm demografik değişkenlere göre anlamlı düzeyde farklılaştığını göstermiştir. Cinsiyet değişkeni açısından erkek çalışanların sağlık kaygısı düzeyleri kadın çalışanlara göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur ($p = .000$). Yaş değişkeninde en yüksek sağlık kaygısı oranı 30–39 yaş grubunda görülmüş olup, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p = .041$). Eğitim düzeyine yönelik analizde sağlık kaygısı düzeylerinin anlamlı biçimde farklılaştığı ($p = .041$) ve en yüksek düzeyin önlisans ve lisans mezunlarında olduğu görülmüştür. Branş değişkeni açısından sağlık idarecilerinin sağlık kaygısı düzeyleri diğer meslek gruplarına kıyasla anlamlı biçimde daha yüksektir ($p = .000$). Son olarak mesleki kıdem değişkeninde de anlamlı bir farklılık saptanmış ($p = .027$) ve en yüksek sağlık kaygısı düzeyleri 11–15 yıl kıdeme sahip çalışanlarda görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda H2 hipotezi tamamen kabul edilmiştir. Sağlık kaygısının bireysel (cinsiyet, yaş, eğitim) ve işle ilişkili (branş, kıdem) faktörlerden güçlü biçimde etkilendiği söylenebilir.

H3: Kısmen desteklendi

Üçüncü hipotez kapsamında tükenmişlik düzeylerinin demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre tükenmişlik düzeyleri cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p = .469$). Yaş değişkeni açısından da anlamlı bir farklılaşma bulunmamıştır ($p = .760$). Benzer biçimde eğitim düzeyi değişkeni de anlamlı farklılık üretmemiştir ($p = .763$). Mesleki kıdem açısından değerlendirildiğinde tükenmişlik düzeyleri anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($p = .111$). Buna karşın branş değişkeni açısından anlamlı bir fark saptanmış ($p = .043$) ve sağlık idarecilerinin tükenmişlik düzeylerinin diğer meslek gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçları dikkate alındığında tükenmişlik düzeylerinin demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterdiğine ilişkin H3 hipotezi kısmen kabul edilmiştir; bu kabul branş değişkeniyle sınırlıdır.

H4: Desteklendi

Araştırma kapsamında psikolojik sağlamlık, sağlık kaygısı ve tükenmişlik değişkenleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları incelendiğinde, psikolojik sağlamlık ile sağlık kaygısı arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = -.29, p < .01$). Benzer şekilde psikolojik sağlamlık ile tükenmişlik arasında da negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -.34, p < .01$). Ayrıca sağlık kaygısı ile tükenmişlik arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r = .48, p < .01$). Elde edilen bu bulgular, araştırma değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda, “Psikolojik sağlamlık, sağlık kaygısı ve tükenmişlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmaktadır” şeklinde kurulan H4 hipotezi kabul edilmiştir.

5. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada kapalı ortamda görev yapan 348 sağlık çalışanının sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bulgular; sağlık kaygısının tüm demografik değişkenlere göre anlamlı farklılık göstermesi, psikolojik sağlamlığın branş ve cinsiyete göre değişmesi ve tükenmişliğin yalnızca branşa göre farklılaşması yönündedir. Bununla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmış olsa da etki büyüklüklerinin genel olarak düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durum, sonuçların açıklayıcılık gücünün sınırlı olabileceğini ve uygulamaya dönük çıkarımlar yapılırken temkinli olunması gerektiğini düşündürmektedir.

Sağlık Kaygısı Bulguları

Çalışmada erkek katılımcıların kadınlara göre daha yüksek sağlık kaygısı puanlarına sahip olduğu saptanmıştır ($p = .000$). Literatürde cinsiyet bağlamında heterojen bulgular bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda kadın sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bildirilirken (Freitas vd., 2023), bazı araştırmalar belirli örneklerde erkeklerde daha yüksek kaygı düzeyi raporlamıştır (İlyas vd., 2024). Bu çalışmadaki bulgu, ikinci gruptaki araştırmalarla paralellik göstermektedir. Bu farklılık kültürel roller, mesleki sorumluluk dağılımı ve karar verme baskısı ile ilişkili olabilir. Özellikle idari ve karar verme pozisyonlarında çalışan bireylerde sağlık kaygısının daha yüksek bulunması, kriz yönetimi sorumluluğu ve bilgi temelli stres yükü ile açıklanabilir (Pélissier vd., 2024; Javadi, 2022). Uygulama açısından bu durum, yönetici ve karar verici

pozisyonlarda çalışan sağlık personeline yönelik stres yönetimi ve psikoeğitim programlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Yaş, eğitim ve mesleki kıdeme göre sağlık kaygısının farklılaşması, özellikle 30–39 yaş grubunda ve 11–15 yıl kıdeme sahip çalışanlarda daha yüksek puanların görülmesi, literatürde tanımlanan “orta kariyer stres artışı” ile uyumludur. Orta kariyer döneminde artan mesleki sorumluluk, aile-iş dengesi sorunları ve performans baskısı kaygıyı artırabilmektedir. Pandemi sonrası çok merkezli çalışmalar da benzer demografik eğilimler bildirmiştir (WHO, 2022). Bu bulgu, kariyer dönemlerine özgü psikososyal destek mekanizmalarının geliştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Ancak etki büyüklüklerinin düşük olması, bu farklılıkların yapısal bir kriz göstergesi olmaktan ziyade sınırlı düzeyde varyans açıkladığını göstermektedir.

Psikolojik Sağlamlık Bulguları

Psikolojik sağlamlık düzeylerinin branş ve cinsiyete göre farklılaşması dikkat çekicidir. Özellikle hemşire/ebe grubunun daha yüksek ortalamalara sahip olması, literatürde vurgulanan mesleki deneyimle gelişen başa çıkma stratejileri ve ekip dayanışması mekanizmalarıyla uyumludur (Bozdağ ve Ergün, 2021; Hasan ve Alsulami, 2024; Vala vd., 2023; Curtin vd., 2022). Sağlık hizmeti sunumunun sahaya dayalı yapısı, ekip içi destek ve kolektif baş etme pratikleri, bu grubun psikolojik sağlamlığını artırıyor olabilir.

Öte yandan idari ve karar verici pozisyonlarda psikolojik sağlamlığın daha düşük düzeyde gözlenmesi, yönetim rollerinin izole stres profiline işaret etmektedir. Literatürde yönetsel sorumluluğun yüksek olduğu pozisyonlarda sosyal destek algısının daha düşük olabildiği ve bunun dayanıklılığı zayıflatabileceği bildirilmektedir. Bu bulgu, örgütsel destek sistemlerinin yalnızca klinik personeli değil yönetsel kadroyu da kapsayacak şekilde tasarlanması gerektiğini düşündürmektedir. Ancak yine etki büyüklüklerinin düşük düzeyde olması, branşlar arası farkların mutlak değil göreceli olduğunu göstermektedir.

Tükenmişlik Bulguları

Tükenmişliğin yalnızca branşa göre anlamlı farklılık göstermesi ve özellikle sağlık idarecileri ile doktorlarda daha yüksek skorların raporlanması ($p = .043$), uluslararası literatürle paralellik göstermektedir. Pandemi ve sonrasında karar verme yükü, rol çatışması ve yüksek sorumluluk düzeyi idari ve hekim pozisyonlarında tükenmişlik riskini artırmaktadır (Meira-Silva vd., 2022; Macaron vd., 2023). Sistematik incelemeler, yoğun bakım, acil servis ve yönetsel görevler gibi yüksek karar baskısı içeren pozisyonların daha riskli olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda mevcut bulgu literatürle tutarlıdır.

Ancak burada da etki büyüklüğünün düşük olması, tükenmişliğin yalnızca branşa indirgenemeyecek çok boyutlu bir yapı olduğunu düşündürmektedir. Örgütsel iklim, liderlik tarzı ve çalışma koşulları gibi değişkenlerin daha güçlü açıklayıcılar olabileceği değerlendirilmelidir.

Değişkenler Arası İlişkiler

Korelasyon analizleri psikolojik sağlamlığın sağlık kaygısı ve tükenmişlik ile negatif yönlü; sağlık kaygısının ise tükenmişlik ile pozitif yönlü ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, psikolojik sağlamlığın koruyucu rolüne işaret eden kuramsal ve ampirik literatürle örtüşmektedir. Connor ve Davidson (2003), psikolojik sağlamlığın stres belirtilerini azaltıcı etkisini ortaya koymuştur. Dobson vd. (2021), sağlık çalışanlarında sağlamlığın anksiyete ve tükenmişlik ile negatif ilişkili olduğunu bildirmiştir. Maslach ve Leiter (2008) ise kronik stres ve tehdit algısının tükenmişliği artırdığını vurgulamaktadır. Bu çalışmanın bulguları, söz konusu kuramsal çerçeveye tutarlı biçimde, psikolojik sağlamlığın sağlık kaygısı ve tükenmişlik karşısında koruyucu bir tampon mekanizma olarak işlev görebileceğini desteklemektedir.

Bununla birlikte, çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle nedensel çıkarım yapılamayacağı unutulmamalıdır. Bulgular ilişkiseldir ve yönlülük ileri araştırmalarla test edilmelidir.

6. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, kapalı ortamda görev yapan sağlık çalışanlarının sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin demografik değişkenlere göre nasıl farklılaştığını ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, sağlık kaygısının tüm demografik değişkenlere göre anlamlı biçimde farklılaştığını göstermektedir. Özellikle erkeklerde, 30–39 yaş grubunda, lisans ve önlisans mezunlarında, 11–15 yıl kıdeme sahip

çalışanlarda ve idari pozisyonlarda çalışanlarda sağlık kaygısı düzeyleri daha yüksektir. Bu sonuç, sağlık kaygısının hem bireysel hem de işle ilişkili faktörlerden güçlü biçimde etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Psikolojik sağlamlık açısından anlamlı farklılık cinsiyet ve branş değişkeninde gözlenmiştir. Hemşire ve ebelerde psikolojik sağlamlık düzeyleri diğer meslek gruplarına kıyasla daha yüksektir. Bu durum, hasta bakımına yoğun katılan personelin mesleki dayanıklılık becerilerinin daha gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir. Tükenmişlik düzeylerinde ise anlamlı farklılık yalnızca branşa göre bulunmuş; en yüksek tükenmişlik puanları sağlık idarecilerinde ve hekimlerde görülmüştür. Bu bulgu, karar alma sorumluluğu ve yönetim yükünün tükenmişlik üzerinde kritik bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

Çalışmada uygulanan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları modelin kabul edilebilir düzeyde uyum sağladığını göstermiş ve kullanılan ölçeklerin geçerliliğini desteklemiştir. Genel olarak bulgular, kapalı ortamda çalışan sağlık personelinin psikososyal durumunu etkileyen temel faktörlerin mesleki rol, iş yükü ve kariyer dönemi olduğunu; bu bağlamda özellikle idari ve klinik karar verme pozisyonlarındaki çalışanların destek gereksiniminin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışma tek merkezli ve kesitsel olması nedeniyle nedensel çıkarımlar sınırlıdır; örneklem Tokat ilindeki bir üniversite hastanesiyle sınırlı olduğundan genelleme dikkatli yapılmalıdır. Gelecek çalışmalarda çok merkezli, uzunlamasına tasarımlar, sistematik SEM (yapısal eşitlik modelleri) ile psikolojik sağlamlığın aracılık/moderasyon rollerinin test edilmesi ve müdahale etkinliklerinin randomize kontrollü denemelerle sınanması önerilir. Ayrıca, kültürel ve cinsiyete özgü başa çıkma stratejilerinin derinlemesine incelenmesi, bulgunuzdaki erkeklerde yüksek sağlık kaygısı sonuçlarının daha iyi açıklanmasına yardımcı olacaktır.

Bu çalışma, kapalı ortamda çalışan sağlık personelinde sağlık kaygısı, tükenmişlik ve psikolojik sağlamlık ilişkilerini ve demografik dağılımlarını güncel kanıtlarla uyumlu biçimde ortaya koymuştur. Özellikle psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesinin hem sağlık kaygısını hem de tükenmişliği azaltmada önemli bir koruyucu faktör olduğu; branş ve idari rolün risk belirleyen ana faktörler olduğu vurgulanmalıdır. Bulguların uygulamaya dönük önerileri (bireysel ve örgütsel müdahaleler) açıkça tanımlanmış olup, ileri çalışmalarda SEM/uzunlamasına analizlerle doğrulanması gerekmektedir.

Psikolojik sağlamlık, sağlık kaygısı ve tükenmişlik arasındaki anlamlı ilişkileri ortaya koyarak araştırma hipotezini desteklemiştir. Özellikle psikolojik sağlamlığın hem sağlık kaygısı hem de tükenmişlik ile negatif yönde ilişkili olması, bu değişkenin sağlık çalışanlarının psikolojik iyi oluşunu koruyucu bir kaynak olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bu sonuç, örgütsel ve bireysel düzeyde psikolojik sağlamlığı güçlendirmeye yönelik müdahale programlarının önemini ortaya koymaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda boylamsal tasarımlar kullanılarak nedensel ilişkilerin test edilmesi, farklı kurum ve örneklemelerde modelin sınanması ve psikolojik sağlamlığı artırmaya yönelik müdahale çalışmalarının etkililiğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

Eldeki bulgular ışığında öneriler üç düzeyde özetlenebilir:

- Bireysel düzey: psikolojik sağlamlık güçlendirici eğitimler, stres yönetimi, travma-farkındalık ve kısa süreli müdahaleler.
- Birim/örgütsel düzey: idari/karar verme pozisyonlarına yönelik hedefe yönelik destek programları, iş yükü dengeleme, karar paylaşımı ve liderlik eğitimi; acil ve kapalı alan çalışanları için çevresel ergonomi ve dinlenme alanları iyileştirilmesi.
- Politika düzeyi: kurum içi ruh sağlığı hizmetlerinin süreklileştirilmesi, rotasyon politikaları, yeterli personel planlaması ve veri odaklı erken uyarı sistemleri. Bu müdahaleler hem tükenmişliği azaltmaya hem de sağlık kaygısını yönetmeye katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, sağlık kaygısının azaltılması, tükenmişliğin önlenmesi ve psikolojik sağlamlığın güçlendirilmesi için hem bireysel hem de örgütsel düzeyde müdahalelere ihtiyaç vardır. Bu çalışma, kapalı ortam koşullarının sağlık çalışanları üzerinde yarattığı psikososyal yükü görünür kılmakta ve sağlık kurumlarına politika geliştirme açısından önemli bir rehberlik sağlamaktadır.

Kaynaklar

- Abramowitz, J. S. & Braddock, A. E. (2009). *Psychological treatment of health anxiety hypochondriasis: A biopsychosocial approach*. Hogrefe Publishing.
- Aburn, G., Gott, M. & Hoare, K. (2016). What is resilience? an integrative review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*. 72(5): 980-1000
- Akdoğan, B. & Yalçın, S. B. (2018). Lise öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık ve çatışma çözme davranışlarının öznel iyi oluşlarını yordaması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. (46): 174-197.
- Almaghrabi, R. H., Alfaradi, H., Al Hebshi, W. A. & Albaadani, M. M. (2020). Healthcare workers experience in dealing with coronavirus (COVID-19) pandemic. *Saudi Medical Journal*. 41(6): 657-661.
- Arslan, Ü, Çağatay, A. & Savaş, A. Y. (2023). Covid-19 Pandemisinde sağlık personelinin tükenmişlik durumunun incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(37): 226-246.
- Aslan, Ş. & Özata, M. (2008). Duygusal zeka ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerin araştırılması: sağlık çalışanları örneği. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(1): 77-97.
- Atilla, E. A. & Karakaya, A. (2021). Covid-19 pandemi döneminin sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(3): 653-680.
- Aydemir, Ö., Kırkpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. & Cengiz, C. (2013). Sağlık anksiyetesi ölçeğinin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4): 325-331. <https://doi.org/10.4274/npa.y6383>
- Aydemir, Ö., Kirpınar, I., Sati, T., Uykur, B. & Cengiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4).
- Baltaş, A. & Baltaş, Z. (1997). *Stres ve başa çıkma yolları*, Remzi Kitabevi.
- Barutçu, E. ve Serinkan, C. (2008). Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli'de yapılan bir araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 8(2): 541-561.
- Baruth K. E. & Carroll J. J. (2002). A formal assessment of resilience: the baruth protective factors inventory. *The Journal of Individual Psychology*, 58(3): 235-44.
- Basım, H. N. & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Basım, N. & Şeşen H. (2007). EFQM mükemmellik modeli uygulamalarının çalışanların tükenmişlikleri üzerine etkisi: sağlık sektöründe bir araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(1): 201-13.
- Baykan, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., Kaya, A. & Işıldak, M. Ü. (2014). Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ile ilişkili faktörler. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 18(3): 122- 133. <https://doi.org/10.15511/tahd.14.03122>
- Birimoğlu-Okuyan, C., Karasu, F. & Polat, F. (2020). Covid-19'un hemşirelik öğrencilerinin sağlık kaygısı düzeyleri üzerine etkisi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13: 45-52.
- Birnie, K. A., Sherry, S. B., Doucette, S., Sherry, D. L., Hadjistavropoulos, H. D. & Stewart, S. H. (2013). The interpersonal model of health anxiety: testing predicted paths and model specificity. *Personality and Individual Differences*, 54(7): 856-861.
- Bozdağ, F. & Ergün, N. (2021). Psychological resilience of healthcare professionals during Covid-19 Pandemic. *Psychological reports*, 124(6), 2567-2586.
- Brookes, M. J. & Kaplan, A. (1972). The Office environment: Space planning and affective behavior. *Human factors*, 14(5): 373-391.
- Byrne, B. M. (1998). Structural equation modeling with LISREL. *Prelis and Simplis*, 196-199.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

- Connor, K. M. & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Curtin, M., Richards, H. L. & Fortune, D. G. (2022). Resilience among health care workers while working during a pandemic: A systematic review and meta synthesis of qualitative studies. *Clinical psychology review*, 95, 102173.
- Cusack, L., Smith M., Hegney D., Rees CS., Breen L. J., Witt R. R., Rogers C., Williams A., Cross W. & Cheung K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: constructing a unified theoretical model. *Front Psychol. Frontiers in Psychology*, 7: 178-990.
- Çağatay, A. (2024). Deprem sonrası travma, tükenmişlik ve yaşam doyumu üzerine bir araştırma. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 15(1): 724-745.
- Çam, O. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Genel Bakış. O. Çam. ve E. Engin (Ed.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı Kitabı* içinde (s. 5-19). İstanbul Tıp Kitapevi.
- Çevik, O. & Özbacı, A. A. (2020). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ile demografik özellikleri arasındaki ilişki- Samsun ili örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(3): 1773-1787.
- Deale, A. (2007). Psychopathology and Treatment of Severe Health Anxiety. *Psychiatry*, 6(6): 240.
- Demir, B. (2013). *Kapalı ortamda çalışan hemşirelerin anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Bilim Üniversitesi.
- Dobson, H., Malpas, C. B., Burrell, A. J., Gurvich, C., Chen, L., Kulkarni, J. & Winton-Brown, T. (2021). Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Australasian Psychiatry*, 29(1), 26-30.
- Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12(1): 3-12.
- Düzovalı, G. (2007). Kapalı ortam hava kirliliği ve çözümleri: kahvehane ve okul durumu [Yayımlanmamış doktora tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.
- Elek, N. İ. (2022). Kapalı ortamlarda radon kaynaklı radyasyon riskinin değerlendirmesi [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi] Ege Üniversitesi.
- Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğin uyarlanması. R, Bayraktar & İ. Dağ (Ed.), VII. *Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları El Kitabı* içinde (ss. 143-154). Türk Psikologlar Derneği.
- Fischer W. (1984). Psychiatry of the physician J. C. Reil--a critical view. *Psychiatr Neurol Med Psychol*. 36(4): 229-35.
- Freitas, M. F. M. B. D., Enumo, S. R. F., Machado, W. D. L., Messias, J. C. C. & Mendes, E. D. T. (2023). Burnout at the hospital: Healthcare workers coping with COVID-19 stress. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 40, e220097.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout, *Journal of Social Issues*, 30:159 -165.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H. & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65-76.
- Gürbüz, H. & Karapınar, M. (2014). Bankacılık sektöründe çalışanların tükenmişlik düzeylerinin Maslach kriterlerine göre ölçülmesi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 10(23): 267-278.
- Hasan, A. & Alsulami, A. (2024). Mediating role of resilience and its impact on psychological well-being, and mental distress among mental health nurses. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608231219140.
- Hogan, B. (2010). Coping with health anxiety. *Improving Access to Psychological Therapies*, 1, 4-5.

- Hooper, D., Coughlan, J. & Mullen, M. (2008). Evaluating model fit: a synthesis of the structural equation modelling literature. *In 7th European Conference On Research Methodology For Business and Management Studies*. 195- 200.
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1): 1-55.
- Ilyas, U., Aslam, F., Fatima, M., Tariq, Z. & Hotiana, U. (2024). Health anxiety, fear of covid-19, nosophobia, and health-protective behaviors among healthcare professionals. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 21(1-3), 31.
- Irk, E., Ardıç, M. & Balcı, A. (2019). Çalışanların örgütsel adalet algılarının tükenmişlik düzeylerine etkisi: hemşirelere yönelik bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*. 11(2):1172-1182. DOI:10.20491/isarder.2019.663
- Işıksan, V. (2006). Onkoloji Alanında Bakım Verenlerin Tükenmişliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 17(2):7-24.
- Jarrad, R., Hammad, S., Shawashi, T. & Mahmoud, N. (2018). Compassion fatigue and substance use among nurses. *Annals of General Psychiatry*. 17: 1-8.
- Javadi, M. H. (2022). Health anxiety and social health among health care workers and health volunteers exposed to coronavirus disease in Iran (2020): A structural equation modeling. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8, 100321.
- Joreskog, K. G., Sorbom, D., Du Toit, S. & Du Toit, M. (1999). LISREL 8: New Statistical Features. *Scientific Software International*.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 26: 129-142.
- Karapınar, Ö. K., Aktaş, K. & Aslan, S. (2012). Panik bozukluğunda sağlık kaygısı envanteri (haftalık kısa form) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1): 41-48.
- Karasar, N. (1998). Bilimsel araştırma yöntemi. (8. Baskı). Nobel Yayınevi.
- Kayacı, R. (2023). *Hemşirelerin yaşadığı sağlık anksiyetesi ve iş yaşamı kalitesi arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Kılınçel, Ş., Tuncer, Issı, Z., Kılınçel, O., Akpınar Arslan, E., Ay, R., Erzin, G. & Akkaya, C. (2020). Effects of coronavirus (covid-19) pandemic on health anxiety levels of healthcare professionals. *Journal of Contemporary Medicine*. <https://doi.org/10.16899/jcm.767377>
- Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling. The Guilford Press.
- Kocabaşoğlu, N. (2005). Stres ve anksiyete, medikal açıdan stres ve çareleri. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları*. 181-198.
- Macaron, M. M., Segun-Omosehin, O. A., Matar, R. H., Beran, A., Nakanishi, H., Than, C. A., & Abulseoud, O. A. (2023). A systematic review and meta analysis on burnout in physicians during the COVID-19 pandemic: A hidden healthcare crisis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1071397.
- Maslach, C. (1982). Burnout: the cost of caring. *Englewoodcliffs, nj: Prentice Hall*. 2- 10.
- Maslach, C. & Jackson, E. (1981). The Measurement of Experience Burnout *Journal of Occupational Behavior*.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of applied psychology*, 93(3), 498.
- Mealer, M., Hodapp, R., Conrad, D., Dimidjian, S., Rothbaum, B. O. & Moss, M. (2017). Designing a resilience program for critical care nurses. *AACN advanced critical care*. 28 (4): 359-365.
- Meira-Silva, V. S., Freire, A. C. T., Zinezzi, D. P., Ribeiro, F. C., Coutinho, G. D., Lima, I. M., ... & Bandoli, Y. T. (2022). Burnout syndrome in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 20(1), 122.

- Mesman, E., Vreeker, A. & Hillegers, M. (2021). Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions. *Current Opinion in psychiatry*. 34(6): 586.
- Özdelikara, A., Alkan, S. A. & Mumcu, N. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde sağlık algısı, sağlık anksiyetesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 14(3): 275-282.
- Özyaral, O. & Keskin, Y. (2009). Sağlık çalışanları ve sıkıcı hastane sendromu. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*. 9.
- Pélissier, C., Varano, M., Moulin, M., Carcasset, P. & Fontana, L. (2024). Factors associated with anxiety disorders among healthcare workers (HCWS) involved in the first wave of the COVID-19 pandemic. *Work*, 79(3), 1079-1089.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. & Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843-853.
- Selvi, Y., Özdemir, P. G., Özdemir, O., Aydın, A. & Beşiroğlu, L. (2010). Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen adam psikiyatri ve nörolojik bilimler dergisi*. 23: 238-243. Doi: 10.5350/DAJPN2010230403t
- Starcevic, V. & Noyes, R. (2014). Hypochondriasis and health anxiety: a guide for clinicians. New York: Oxford University Press.
- Sunderland, M., Newby, J. M. & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *The British Journal of Psychiatry*. 202(1): 56–61. doi:10.1192/BJP.BP.111.103960
- Şahin, G. & Buzlu, S. (2019). Sağlam öğrenci sağlam meslek: hemşirelik öğrencilerinde psikolojik sağlamlığın önemi. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. 5(3): 233-240.
- Şengün, C. (2021). Dijital tükenmişlik: başa çıkmak için 5 yöntem. <https://www.themaggar.com/dijital-tukenmislik-basa-cikma-yontemleri/>. (Erişim tarihi: 02.05.2024)
- Şimşekoğlu, N. & Mayda A. S. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 6(1): 19-29.
- Tekin, E. (2011). *Askeri hastanelerde çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Gazi Üniversitesi.
- Tel, H., Karadağ, M., Tel, H. & Aydın Ş. (2003). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile baş etme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 5:13-23.
- Thorgaard, M. V., Frostholt, L. & Rask, C. U. (2018). Childhood and family factors in the development of health anxiety: A systematic review. *Children's Health Care*. 47(2): 198–238. doi:10.1080/02739615.2017.1318390
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanınal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*. 7(4): 12-16
- Üzar Özçetin, Y. S., Sarıoğlu, G. & Dursun, S. İ. (2019). Onkoloji hemşirelerinin psikolojik sağlamlık, tükenmişlik ve psikolojik iyi oluş düzeyleri. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar Dergisi*. 11(1): 147-164.
- Vala, K. C., Fishbein, J. S., Bellehsen, M. H., Parashar, N., Yacht, A. C., Young, J. Q. & Schwartz, R. M. (2023). Patterns of Mental Health and Resilience among Nurses and Physicians throughout the COVID-19 Pandemic: A Three-Year Longitudinal Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 10-1097.
- WHO. (2022). COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide. World Health Organization.
- Windle, G. (2011) Dayanıklılık nedir? Bir inceleme ve kavram analizi. *Klinik Gerontolojide İncelemeler*. 21(2): 152-169. <http://dx.doi.org/10.1017/S0959259810000420>
- Yazıcıoğlu, Y. & Erdoğan, S. (2004). SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık.

- Yılmaz, Ö. &Dirik, G. (2020). Yetişkinlerde sağlık kaygısı ile ilişkili değişkenlerin bilişsel davranışçı model kapsamında incelemesi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 35(85): 21-36.
- Yüksel, N. (2023). *Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı mobbingin sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyine etkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hitit Üniversitesi.