

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Işıl USTA KARA

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIK, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI,
İŞ VE YAŞAM TATMİNİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

(Doktora Tezi)

BİLGE BÜYÜKŞİRİN GÜNAY

Referans no: 10421415

EDİRNE-2024

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Işıl USTA KARA

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIK, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI, İŞ
VE YAŞAM TATMİNİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

(Doktora Tezi)

BİLGE BÜYÜKŞİRİN GÜNAY

EDİRNE-2024

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
SİMGE VE KISALTMALAR	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Psikolojik Sağlamlık.....	4
2.1.1. Pozitif Psikoloji ve Psikolojik Sermaye	4
2.1.2. Psikolojik Sağlamlık Kavramı ve Kapsamı	8
2.1.3. Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlık.....	18
2.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları	23
2.2.1. Stres Kavramı	23
2.2.2. Başa Çıkma Kavramı	24
2.2.3. Stresle Başa Çıkma ile İlgili Modeller ve Kuramlar	25
2.2.4. Sağlık Çalışanlarında Stres ve Stresle Başa Çıkma.....	30
2.3. İŞ TATMİNİ.....	36
2.3.1. İş Tatmini Kavramı ve Kapsamı.....	36
2.3.2. İş Tatmini Etkileyen Faktörler	38
2.3.3. İş Tatmini ile İlgili Modeller ve Kuramlar	38
2.3.4. Sağlık Çalışanlarında İş Tatmini	42
2.4. YAŞAM TATMİNİ	44
2.4.1. Yaşam Tatmini Kavramı ve Kapsamı.....	44
2.4.2. Yaşam Tatmini ile İlgili Modeller ve Kuramlar	46
2.4.3. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Tatmini	49
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	52
3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	52
3.2. Araştırmanın Anakütlesi ve Örneklemi	52
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	54

3.4. Araştırmanın Kavramsal Modelleri ve Hipotezleri	55
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	60
3.6. Ön Uygulama.....	64
3.7. İstatistiksel Analiz	65
4. BULGULAR.....	68
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	68
4.2. Ölçeklerin Güvenilirlik Analiz Bulguları	70
4.3. Ölçeklerin Geçerlilik Analiz Bulguları	71
4.4. Ölçeklere Verilen Cevapların Betimsel İstatistikleri	73
4.5. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	81
4.6. Araştırma Değişkenlerinin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	82
4.6.1. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi.....	83
4.6.2. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Medeni Duruma Göre İncelenmesi	84
4.6.3. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi.....	85
4.6.4. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Eğitim Düzeylerine Göre İncelenmesi	91
4.6.5. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Sağlık Çalışanlarının Görevlerine Göre İncelenmesi	95
4.6.6. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Görev Yapılan Birime Göre İncelenmesi	99
4.6.7. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Sağlık Sektöründe Toplam Çalışma Süresine Göre İncelenmesi	103
4.6.8. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Çalışılan Hastane Türüne Göre İncelenmesi	109
4.7. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	114
4.8. Araştırma Modellerinin Analiz Bulguları	116
4.8.1. Model-1	117
4.8.2. Model-2:	129

5. TARTIşMA.....	140
KAYNAKLAR.....	175
EKLER.....	I
EK 1: Katılımcılara Uygulanan Anket.....	II
ÖZGEÇMİş.....	VII
BENZERLİK RAPORU	VIII



ONAY SAYFASI



ETİK BEYAN

“Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş ve Yaşam Tatmini Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zekâ yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Adı Soyadı: Bilge BÜYÜKŞİRİN GÜNAY

İmza:

İTHAF

Bu çalışmamı annem Tuncay BÜYÜKŞİRİN'e, babam Ergün BÜYÜKŞİRİN'e, kardeşlerim Elif BÜYÜKŞİRİN YILMAZ ile Ezgi BÜYÜKŞİRİN'e ve sevgili eşim Muhsin Gökhan GÜNAY'a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında desteklerini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım, başta danışman hocam Sayın Doç. Dr. Işıl USTA KARA'ya, Sayın Doç. Dr. Tülay DEMİRALAY'a, Sayın Doç. Dr. Serol KARALAR'a, Sayın Doç. Dr. Aysu ZEKİOĞLU'na, Sayın Doç. Dr. Emre ATILGAN'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Jebağı Canberk AYDIN'a, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ASLAN'a ve Sayın Doç. Dr. Sena ERDEN AYHÜN'e teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Muhsin Gökhan GÜNAY başta olmak üzere emeği geçen tüm meslektaşlarıma ve hocalarıma çok teşekkür ederim.

Bu tezin nice akademik çalışmalara ışık tutmasını dilerim.

SİMGE VE KISALTMALAR

Simge/Kısaltma	Açıklama
α	Cronbach alfa
AVE	Average variance extracted (Ortalama açıklanan varyans)
β	Regresyon katsayısı
B	Standardize edilmiş regresyon katsayısı
CFI	Comparative fit index (Karşılaştırılmalı uyum indeksi)
CR	Composite reliability (Bileşik güvenilirlikler)
CV	Coefficient of variation (Yakınsak geçerliliği)
DFA	Doğrulayıcı faktör analizi
Düz.	Düzeltilmiş
DV	Discriminant Validity (Ayırt edici geçerlilik)
Fr.	Frekans
GFI	Goodness of fit index (Uyum iyiliği indeksi)
İTÖ	İş tatmini ölçeği
KPSÖ	Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği
N	Veri sayısı
p	Önem düzeyi
r	Korelasyon katsayısı
R^2	Çoklu korelasyonlar karesi
RMR	Root mean residual (Hata ortalama karekökü)
RMSEA	Root mean square error of approximation (Yaklaşık hataların ortalama karekökü)
S.S.	Standart sapma
SBTÖ	Stresle başa çıkma tarzları ölçeği
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
t	Kritik oran
X_{ort}	Medyan
χ^2	Ki kare
YEM	Yapısal eşitlik modellemesi
YTÖ	Yaşam tatmini ölçeği
Z	Mann Withney-U analizi için Z puanı

ÖZET

“Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş ve Yaşam Tatmini Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Edirne, 2024.

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmeti sunumuyla birey ve toplum sağlığına katkı sağlayan sağlık çalışanları hem sağlık kurumlarının hem de bir ülkenin önemli beşerî kaynaklarıdır. Bu nedenle iş tatmini ve yaşam tatminine etki eden unsurların belirlenmesi önemlidir. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları, iş tatmini ve yaşam tatmini değişkenleri arasındaki nedensellik ilişkilerinin belirlenmesi ve ilgili değişkenlerde sosyo-demografik özelliklere göre farklılık olup olmadığının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma evreni, Edirne il merkezindeki üniversite, devlet ve özel hastanelerde görevli sağlık çalışanlarından oluşmaktadır ve toplamda 2872 kişiyi kapsamaktadır. Kurum personel sayıları ve meslek dağılımları baz alınarak tabakalı örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Araştırma verileri, anket form aracılığıyla toplanmıştır. Anket form, sosyo-demografik özelliklere yönelik sorular ile Psikolojik sağlamlık, Stresle başa çıkma tarzları, İş tatmini ve Yaşam tatmini ölçeklerinden oluşmaktadır. Stresle başa çıkma tarzları; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma, boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Diğer ölçekler ise tek boyutludur. Anket uygulaması, Haziran 2022’de başlamış, Aralık 2022’de ise son bulmuştur.

Bulgular: Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre, 41-50 yaş aralığındaki katılımcıların psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeyi 26-30 yaş aralığındaki katılımcılardan daha yüksektir ($p<0,05$). Erkeklerin psikolojik sağlamlık düzeyi, kadınların ise sosyal desteğe başvurma ve yaşam tatmin düzeyi daha yüksektir ($p<0,05$). Hekimlerin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve iş tatmin düzeyi, hemşire ve diğerlerinden daha düşükken, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım düzeyleri daha yüksektir ($p<0,05$). Sektörde toplam çalışma süresi 31-40 yıl arası olanlar en yüksek psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve iş tatmin düzeyine sahip olanlardır. Üniversite

hastanesi çalışanlarının, psikolojik sağlamlık ve kendine güvenli yaklaşım düzeyleri, devlet ve özel hastane çalışanlarından; iyimser yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeyleri ise devlet hastanesi çalışanlarından daha düşüktür ($p<0,05$). Diğer birimlerde çalışanların iş tatmin düzeyi, acil, yoğun bakım, servis ve poliklinikte çalışanlardan daha düşüktür ($p<0,05$). Yaşam tatminine, psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım pozitif yönde ($p<0,05$); boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım ise negatif yönde ($p<0,05$) etki etmektedir. İş tatminine, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma pozitif yönde ($p<0,05$), boyun eğici yaklaşım ise negatif yönde ($p<0,05$) etki etmektedir. İyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde kısmi aracılık sağlamaktadır ($p<0,05$). Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ise psikolojik sağlamlıkla iş tatmini ilişkisinde tam aracılık sağlamaktadır ($p<0,05$).

Sonuç: Sağlık çalışanlarında yüksek psikolojik sağlamlık düzeyi ve problem odaklı başa çıkma tarzları kullanımı, iş tatmini ve yaşam tatminine pozitif yönde etki eden unsurlardır. Psikolojik sağlamlık ve stresle etkili başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları, iş tatmini, yaşam tatmini, sağlık çalışanları

ABSTRACT

“Investigation of Relations Between Resilience, Coping Styles, Job and Life Satisfaction Among Health Workers”, Trakya University, Institute of Health Science, Health Management Department, Master / Doctorate Thesis, Edirne, 2024.

Background and Aim: Health workers, who contribute to individual and community health through the provision of health services, are important human resources of both health institutions and a country. Therefore, it is important to determine the factors affecting job satisfaction and life satisfaction for health workers. This study aimed to determine the causal relationships between the variables of psychological resilience, styles of coping with stress, job satisfaction and life satisfaction in healthcare professionals and to determine whether there are differences in the relevant variables according to socio-demographic characteristics.

Material and Methods: The study population consists of healthcare professionals working at universities, public and private hospitals in Edirne city center and includes a total of 2872 people. Stratified sampling method was applied based on the number of personnel of the institution and their occupational distribution. Research data was collected through a survey form. The survey form consists of questions about socio-demographic characteristics and psychological resilience, styles of coping with stress, job satisfaction and life satisfaction scales. Styles of coping with stress; It consists of 5 sub-dimensions: self-confident approach, optimistic approach, applying for social support, submissive approach and helpless approach. Other scales are one-dimensional. The survey application started in June 2022 and ended in December 2022.

Results: According to the results obtained in the study, the psychological resilience, self-confident approach, optimistic approach, job satisfaction and life satisfaction levels of participants between the ages of 41-50 are higher than those between the ages of 26-30 ($p<0.05$). Men's psychological resilience level is higher, and women's level of seeking social support and life satisfaction is higher ($p<0.05$). While physicians' self-confident approach, optimistic approach and job satisfaction levels are lower than nurses and others, their submissive and helpless approach levels are higher ($p<0.05$). Those whose total working time

in the sector is between 31-40 years have the highest levels of psychological resilience, self-confident approach, optimistic approach and job satisfaction. University hospital employees' psychological resilience and self-confident approach levels are lower than public and private hospital employees, and their optimistic approach, job satisfaction and life satisfaction levels are lower than public hospital employees ($p < 0.05$). The job satisfaction level of employees in other units is lower than those working in emergency, intensive care, service and outpatient clinics ($p < 0.05$). Psychological resilience, self-confident approach, and optimistic approach positively affect life satisfaction ($p < 0.05$); Submissive approach and helpless approach have a negative effect ($p < 0.05$). Self-confident approach, optimistic approach, and seeking social support have a positive effect on job satisfaction ($p < 0.05$), while a submissive approach has a negative effect ($p < 0.05$). Optimistic approach and submissive approach partially mediate the relationship between psychological resilience and life satisfaction ($p < 0.05$). Self-confident approach, optimistic approach and submissive approach fully mediate the relationship between psychological resilience and job satisfaction ($p < 0.05$).

Conclusion: High levels of psychological resilience and the use of problem-focused coping styles in healthcare professionals are factors that positively affect job satisfaction and life satisfaction. Necessary measures should be taken to develop psychological resilience and effective coping skills with stress.

Keywords: Resilience, coping styles, job satisfaction, life satisfaction, health workers

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık kurumlarında emek yoğun bir hizmet üretimi söz konusudur. Sağlık kurumları her ne kadar ileri teknoloji ürünleri ile donatılmış olsa da, tüm bu teknolojilerin operatörlüğü, muayene, tahlil, tetkik, tedavi ve tıbbi bakım hizmet sunumu, sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarında, en önemli sermayenin beşerî sermaye, sağlık çalışanları olduğu bir gerçektir. Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu ile birey ve toplum sağlığına katkı sağladıkları için yalnızca bir kurumun değil aynı zamanda bir ülkenin de önemli beşerî kaynaklarındandır. Nitekim salgınlar, doğal afetler, savaşlar ve diğer toplumsal krizler, sağlık sisteminin ve bu sistemin bel kemiği olan sağlık çalışanlarının önemini, toplumlara hatırlatmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumu karmaşık ve değişken bir süreçten oluşmaktadır ve yüksek düzeyde işlevsel bağımlılık durumu söz konusudur. Her bir hasta ayrı bir vakadır ve sağlık hizmet sunum süreci her bir hastanın durumuna göre şekillenmektedir. Sağlık organizasyonlarının özelliklerinden kaynaklı bu durumlar eşgüdümleme, denetim güçlüğü ve çatışma sorunlarına yol açabilmektedir. Sağlık çalışanlarının yaptıkları iş çok önemli olmakla birlikte görevin getirdiği sorumlulukta o derece önemlidir. Sağlık hizmetleri sunumunda en nihayetinde insan hayatı söz konusu olduğu için yanlışlık ve hatalara tolerans neredeyse hiç yoktur. Bir başka ifade ile sağlık çalışanları açısından sıfır hata ile çalışmak oldukça önem arz eden bir husustur.

Sağlık çalışanları, işleri dolayısıyla pek çok stres faktörü ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Yüzü aşkın meslek grubu arasında yapılan anketlere göre, doktorluk ve hemşireliğin en stresli ilk on meslek arasında olduğu tespit edilmiştir (1). Uzun çalışma saatleri, gece vardiyalarında çalışmak, yoğun iş yükü, hastaların bakım taleplerine hızlı yanıt vermek, hasta, hasta yakınları ve meslektaşlarla yaşanan iletişim kaynaklı sıkıntılar, işyerinde süregelen şiddet ve şiddet yaşam korkusu, sağlık çalışanlarında stres oluşturan faktörlerin bir kısmıdır (2). Olağanüstü durumların yaşandığı dönemlerde ise stres faktörlerinin ve bu faktörlerin şiddetinin arttığı açıktır. Covid-19 pandemisinin, sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkisinin araştırıldığı bir meta analiz çalışmasında, salgının ne zaman kontrol altına alınacağına ilişkin belirsizlik, aşı bulunabilirliği, artan iş yükü, sosyal destek eksikliği ve virüsü aile üyelerine bulaştırma korkusu ile açıklanan

stres, kaygı, depresyon ve uykusuzluğun yüksek yaygınlığı ortaya konmuştur (3). Bununla birlikte her bir birey gibi, sağlık çalışanları da iş dışı yaşamlarında stres oluşturan pek çok durumla karşı karşıya kalabilmektedirler. Lesley ve ark.'nın (4), sağlık çalışanlarının yaşadığı stres faktörlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcılara “Son bir haftaya dönüp baktığınızda size en çok stres yaşatan faktörler nelerdir?” şeklinde açık uçlu bir soru yöneltilmiştir. Sonuç olarak katılımcılar, %49 oranında işle ilgili, %32 oranında yaşamla ilgili, %19 oranında ise hem iş hem de yaşamla ilgili stres faktörlerine maruz kaldıklarını belirtmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından stres, “zor bir durumun neden olduğu bir endişe durumu veya zihinsel gerginlik” olarak tanımlanmıştır (5). Belli seviyelerde kontrol edilebilen stres, bireyleri bulunduğu durumdan kurtulması için harekete geçirerek faydalı olabilmektedir. Fakat uzun süre maruz kalınan, aşırı veya kontrol edilemeyen stresin, bireylerde fizyolojik (6,7) ve psikolojik sıkıntılara (8) yol açtığı bilinmektedir. Yazında, algılanan stresin, bireylerin iş tatminine (9,10) ve yaşam tatminine (11-13) olumsuz etkisinin tespit edildiği pek çok çalışmanın olduğu da görülmektedir. İş tatmini, çalışanların, “işimden memnunum” demesini sağlayan psikolojik, fizyolojik ve çevre koşullarının bir bileşimi olarak ifade edilmiştir (14). Sağlık çalışanları açısından iş tatmini büyük önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının memnuniyeti, çalışan performansı ile birlikte hastaların alacağı tedavi ve bakımın kalitesiyle de ilişkilidir (15). Bir başka ifade ile sağlık çalışanları iş tatmininin, ulusal sağlık sonuçları üzerinde bir etkisi bulunmaktadır (16). Yaşam tatmini ise bireylerin, yaşamları hakkında bilişsel değerlendirme neticesinde vardıkları genel bir yargıdır (17). Tosun ve Çerev'in (18) çalışmasında, sağlık çalışanlarında yaşam tatmini ile beyin göçüne yönelik tutum arasında negatif bir ilişki tespit edilmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının beyin göçünün önlenmesi için yaşam tatminlerinin sağlanmasının önemli bir unsur olduğu söylenebilir.

Rutin veya olağanüstü dönemlerde, sağlık sisteminin ayakta kalabilmesi, tedavi ve bakım hizmetlerinin etkili bir şekilde yürütülebilmesi, sağlık çalışanlarının iş ve yaşam tatmininin sağlanması birçok kritik unsura bağlıdır. Bu unsurlardan bazıları sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıkları ve karşılaştıkları stresle başa çıkabilmeleri olarak sayılabilir. Psikolojik sağlamlık, bireylerin zorlayıcı koşullara rağmen başarılı bir uyum gösterebilmesidir (19). Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olanlar stres unsurlarına karşı, baş etme alternatifleri geliştirebilmektedirler. Stresle başa çıkma ise, “bireyin kendisine

stres oluşturan olay ya da durumlara uyum sağlayabilmek için gösterdiği bilişsel, davranışsal ve duygusal çabalar” olarak tanımlanmıştır (20).

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzlarının iş tatmini ve yaşam tatmini üzerindeki etkisini ve ilgili değişkenlerde sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşma olup olmadığını tespit etmek amaçlanmaktadır.

Çalışmanın “Genel Bilgiler” bölümünde; yazın araştırması yapılarak psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları, iş tatmini ve yaşam tatmini kavramları açıklanmış, aynı zamanda bu kavramlar sağlık çalışanları açısından ele alınmıştır.

Çalışmanın “Gereç ve Yöntemler” bölümünde; araştırmanın anakütlesi ve örnekleme, araştırmanın sınırlılıkları, veri toplamada kullanılan ölçekler, araştırmanın kavramsal modeli ve hipotezleri, yapılan pilot uygulama ve verilerin nasıl analiz edildiği anlatılmıştır.

Çalışmanın “Bulgular” bölümünde; araştırmaya katılım gösteren sağlık çalışanlarına ait sosyo-demografik verilerin dağılımı, anket cevaplarının betimsel istatistikleri, araştırma değişkenlerinin tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Araştırma değişkenleri sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılmış ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın kavramsal modeli, yapısal eşitlik modeli tekniği kullanılarak analiz edilmiştir. Burada iki ayrı yapısal eşitlik modeli geliştirilmiştir. İlk modelde bağımsız değişken olarak psikolojik sağlamlık seçilmiş ve psikolojik sağlamlığın stresle başa çıkma tarzları üzerinden yaşam tatminine olan etkisi incelenmiştir. İkinci model ise ilk modele benzer şekilde iş tatmini için kurgulanmıştır.

Son olarak çalışmanın “Tartışma” bölümünde; ulaşılan bulgular ilgili yazında yer alan diğer çalışmalar ışığında yorumlanarak çalışmada sunulan hipotezler ve modeller değerlendirilmiştir.

Bu çalışma ile sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları, iş tatmini ve yaşam tatmini ilişkilerine yönelik çıkarımlarda ve önerilerde bulunularak yazına katkı sağlanmaya çalışılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikolojik Sağlamlık

2.1.1. Pozitif Psikoloji ve Psikolojik Sermaye

Psikolojiye yönelik sistemli çalışmalara, 2. Dünya Savaşından önce başlanmıştır. Bu çalışmalarda 3 temel hedef belirlenmiştir. Bu hedefler şu şekildedir (21):

- Mental hastalıkları tedavi etmek/iyileştirmek,
- İnsan yaşamını daha anlamlı ve verimli hale getirmek,
- İnsanların kendi potansiyellerinin farkına varmasına, yeteneklerini, güçlü yönlerini belirlenmesine ve bunları geliştirilmesine yardımcı olmaktır.

Savaşın getirdiği olumsuz şartlar nedeniyle çalışmalarda daha çok bireylerin rahatsızlıkları ya da negatif özelliklerine odaklanılmıştır (22). Psikoloji bilimi kapsamında belirlenen hedeflerden yalnızca ilk unsura odaklanılmış ve diğer iki unsur ihmal edilmiştir. Pozitif psikoloji yaklaşımı öncesi geleneksel psikoloji yaklaşımında, hasta odaklı bir yaklaşım söz konusudur. Öncelik klinik problemi olan bireylerdeki patolojinin tedavi edilmesi olmuştur. Bu sebeple, bireylerin olumlu ve güçlü özelliklerinin belirlenmesi ve güçlendirilmesine yönelik çalışmalar geri planda kalmıştır (21, 23). Yazında yer alan bir sistematik derleme sonucuna göre, negatif özelliklere odaklanmış 15 çalışmaya karşılık 1 çalışmanın olumlu özelliklere odaklandığı tespit edilmiştir (24). Bu bağlamda, insan psikolojisine yönelik pozitif yaklaşımların eksikliğinin fark edilmesi ile pozitif psikoloji yaklaşımı ihtiyacı ortaya çıkmıştır.

Tarihi süreç içerisinde, insanların pozitif özelliklerine odaklanan, birçok bakış açısı sunulmuştur. Pozitif psikoloji tarihinin, Aristoteles'in "insanlık için en yüksek iyiliğin mutluluk olduğunu dile getirdiği" zamana kadar dayandığı ifade edilmektedir. Pozitif psikoloji kurucusunun psikolog Martin Seligman olduğu, ortaya çıkış zamanının ise 1998 yılı, Martin Seligman'ın, Amerikan Psikoloji Derneğine (American Psychological Association: APA), başkanlık yaptığı dönem olarak kabul edilmektedir (25). Seligman (21), pozitif psikolojiye yönelik bakış açısını şu sözlerle ifade etmiştir: *"psikoloji sadece hastalığın, zayıflığın ve zararın incelenmesi değildir; ayrıca güçlü yanların ve iyi özelliklerin de incelenmesidir. Tedavi yalnızca yanlış olanı onarmak değil; ayrıca doğru*

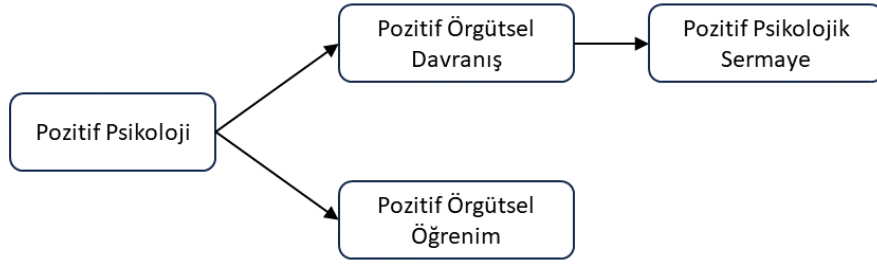
olanın inşasıdır”. Seligman tarafından, bireylerin yaşamı daha anlamlı bulması, daha verimli olmaları ve potansiyellerini gerçekleştirmeleri için pozitif psikoloji yaklaşımına ve bu yaklaşım kapsamında yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (26).

Pozitif psikoloji, bireylerin olumlu kişilik özelliklerine ve bu özelliklerin gelişimine katkı sağlayacak her şeyle ilgilenen bilimsel bir çalışma alanıdır (27). Bireylerdeki en iyiyi ortaya çıkarmak, olumlu kişilik özelliklerini güçlendirmek amaçlanmaktadır. Olumlu özelliklerin inşası ve geliştirilmesi ile beraber bireylerin yaşamdaki olumlu deneyimleri de artacaktır. Böylelikle bireyler, hayatı daha anlamlı bularak, daha kaliteli bir yaşam sürebilecek ve iyilik durumunun artması mümkün olacaktır (22). Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık, *“yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden de tam bir iyilik hali”* olarak ifade edilmektedir. Pozitif psikolojinin bu doğrultuda, psikolojinin odağını genişlettiği söylenebilir.

Pozitif psikoloji yaklaşımı, geleneksel psikoloji yaklaşımının başarılarını ya da hayatın ve bireylerin negatif yönlerini yok saymamaktadır. Geleneksel psikoloji yaklaşımına karşıt bir konumda değildir. Pozitif psikoloji daha çok insanların güçlü yönlerine odaklanma ve daha normal durumdaki insanlarla ilgileme noktasında eksik kaldığını vurgulamaktadır (28). Bu bağlamda, pozitif psikolojinin tamamlayıcı bir rol üstlendiği söylenebilir.

Pozitif psikoloji yaklaşımıyla, pozitif özellikler ve bunlar sayesinde pozitif duygulanım yaşayan bireylerin, asla negatif duygulara kapılmayacağı anlatılmamaktadır. Pozitif ve negatif özellikler ve yaşanan olumlu ve olumsuz duygular, bütünün birer parçasıdır. Ancak pozitif duygulanıma sahip bireylerin, negatif duygulanımı bertaraf edebileceği, bertaraf edemediği durumlarda ise bu duygulara tamamen teslim olmayacağı iddia edilmektedir (29). Başka bir ifade ile pozitif psikoloji yaklaşımı ile kazanılacak özelliklerin, yaşanması muhtemel zor durumlarda koruyucu bir unsur olacağı ifade edilmektedir.

Pozitif psikoloji yaklaşımının örgütlerdeki yansıması “pozitif örgütsel öğrenim” ve “pozitif örgütsel davranış” olmak üzere iki şekilde olmuştur. Pozitif örgütsel davranış kapsamındaki çalışmalar neticesinde ise pozitif psikolojik sermaye kavramı ortaya çıkmıştır. Aşağıda yer alan Şekil 2.1’de pozitif psikoloji kapsamında ortaya çıkan yaklaşım ve pozitif psikolojik sermaye ilişkisi gösterilmiştir.



Şekil 2.1 Pozitif psikoloji ve pozitif psikolojik sermaye ilişkisi (30)

Pozitif örgütsel öğrenim kapsamında daha çok makro düzeyde bir inceleme söz konusudur. Örgütlerin güçlü yönlerine odaklanılmakta ve olumsuzluklarda nasıl devamlılığın sağlanabileceğine yönelik çalışılmaktadır (31). Pozitif örgütsel davranış kapsamında ise mikro düzeyde bir inceleme söz konusudur. Örgüt çalışanlarının pozitif psikolojik kapasitelerine, güçlü yönlerine odaklanılmakta ve bu özelliklerin iş performansına etkileri incelenmektedir. Pozitif örgütsel davranış yaklaşımı bünyesinde incelenen kavramların pozitif, ölçülebilir, performans artışı sağlayabilecek ve geliştirilebilir özellikte olması gerekmektedir (32).

Sermaye, hammadde ve teknolojiye erişimin kolaylaştığı günümüzde, örgütler açısından insan unsuru, ikamesi kolay olmayan, stratejik bir kaynak olarak değerlendirilmektedir (33). Aşağıda yer alan Şekil 2.2’de, rekabet üstünlüğü sağlayarak örgütlerin sürdürülebilirliğine katkı sağlayan, birey ve kurumların performansına etki eden sermaye türleri yer almaktadır.

Yönetim tarihinin gelişimi içerisinde, insanı anlamaya yönelik çalışmalarla birlikte, bir örgütün yalnızca sahip olduğu fiziki kaynaklarla var olamayacağı anlaşılmıştır. Bu kaynaklara, ancak insan unsurunun eklendiği takdirde, örgütlerin değer kazanacağı görüşü ön plana çıkmıştır (33). İnsan unsurunun örgütlere kattığı ve iş performansında artış sağlayan çeşitli unsurlar Şekil 2.2’de gösterilmiştir. İnsan sermayesi çalışanların “neyi bildiği” ile ilgilenmektedir. Bu kapsamda, çalışanların bilgi ve eğitim düzeyleri, beceri ve kabiliyetleri, yenilikçilik yaklaşımları ve girişimcilik özellikleri önemli olmuştur. Sosyal sermaye kapsamında ise, sosyal çevre bağlamında, güven, iletişim, arkadaşlık, bağlantı kaynakları ön plandadır (34). Psikolojik sermaye ise, çalışanların kendilerini “nasıl algıladıkları ve tanımladıkları” ile ilgilidir.



Şekil 2.2 Sermaye türleri (30)

Pozitif psikolojik sermaye bünyesinde, öz yeterlilik, umut, iyimserlik ve psikolojik sağlamlık olmak üzere dört kavram barındırmaktadır. Luthans'a (26) göre yalnızca bu dört kavramın, pozitif psikolojik sermaye kapsamında yer almasının nedeni; öncelikle ölçülebilir özellikte olması ve iş performansı üzerinde etkili olmalarıdır. Ardından, bu kavramların durumsal olarak geliştirilebilir özellik göstermesidir. Son olarak da bu kavramların bireylerin, görev ve sorumluluklarını yerine getirmede, motivasyonel olarak bireylere katkıda bulunmasıdır (35).

İnsanın merkezde olduğu bu sermaye türlerini birbirinden ayrı düşünmemek gerekir. Bireylerin potansiyellerini gerçekleştirmede, en iyi sonuca ulaşmak için bu özellikleri bütünleştirmek gerektiği de unutulmamalıdır (30).

Psikolojik sermayenin, insan yönetimindeki pozitif yaklaşımları temsil eden en iyi kavram olduğu ifade edilmektedir. Bir başka ifade ile psikolojik sermaye kavramı ile birlikte pozitif örgütsel davranış yaklaşımı, somut hale getirilerek, uygulanabilir ve ölçülebilir hale gelmiştir (35).

Psikolojik sermaye kavramlarından umut; bireylerin, hedeflere ulaşma isteği ve ulaşacağına dair inanç düzeyini, bu amaçla hedefe ulaştıracak yol haritalarının belirlenmesini ve o yolda irade kullanarak ilerlenmesini ifade etmektedir (36). Özyeterlilik kavramı ile kişinin yeteneklerine olan inancı anlatılmaktadır. Özyeterlilik, bir kişinin yeteneği ya da yetenekteki yetkinliğini ifade etmemektedir. Bireylerin bir işi başarmada ya da görevini yerine getirmede, kendini motive edecek, bilişsel ve davranışsal olarak eyleme geçirecek olan güce inancıdır (37). İyimserlik kavramı ise, gelecekte her

zaman iyi şeyler olacağına yönelik bir görüşü ifade etmemektedir. İyimserlik meydana gelen olayları, açıklama biçimine göre şekillenmektedir. Buna göre iyimser bir bakış açısında, pozitif durumlar kişisel, kalıcı ve genellenebilir sebeplere; olumsuz durumlarda ise dışsal, geçici ve duruma göre değişebilen sebeplere dayandırılmaktadır (38). Psikolojik sağlık kavramı ise, zorlayıcı koşullara rağmen bireyin başarılı bir uyum göstermesini ifade etmektedir (39).

Bu çalışma kapsamında incelenen araştırma konularından biri de pozitif psikolojik sermaye boyutlarından psikolojik sağlamlıktır. Psikolojik sağlamlık kavramının, bazı yazarlar tarafından, psikolojik sermayenin en önemli unsuru olarak değerlendirildiği görülmektedir (26, 40). Yazında, psikoloji, insan kaynakları yönetimi, örgütsel davranış, eğitim bilimleri gibi pek çok alanda yer almış bu kavrama yönelik, detaylı bir inceleme yapılmıştır.

2.1.2. Psikolojik Sağlamlık Kavramı ve Kapsamı

Psikolojik sağlamlık, Latince kökenli “resiliens” kelimesinden gelmektedir. Kelime etimolojisi incelendiğinde “re (geri)” ve “salire (zıplama)” köklerinden oluştuğu görülmektedir. Anlam olarak ise bir maddenin elastik bir yapıda olması ve kolayca aslına dönebilmesini ifade etmektedir (41). İngilizcede “resilience” olarak geçen kelimenin, Türkçe çevirisinde ortak bir kullanımın olmadığı dikkat çekmiştir. Yazında en çok “psikolojik dayanıklılık”, psikolojik sağlamlık” olarak yer almakla birlikte, “dirençlilik”, “dayanıklılık”, “kendini toparlama gücü”, “esneklik”, “yılmazlık” olarak da kullanıldığı görülmektedir (42). Bu çalışmada ise kavramın ifadesinde, psikolojik sağlamlık kelimesi tercih edilmiştir.

İlgili yazında psikolojik sağlamlığın genel geçer, evrensel bir tanımının olmadığı görülmektedir. Psikolojik sağlamlık hakkında çeşitli araştırmacılar tarafından, çalışma deseni, örneklem grubu ve konuya bakış açıları doğrultusunda, pek çok tanım geliştirilmiştir. Aşağıda Tablo 2.1’de bu tanımların bir kısmına yer verilmiştir.

Tablo 2.1 incelendiğinde, kavrama yönelik tanımlar her ne kadar farklılaşsa da tüm tanımlarda, temelde iki husus üzerinde durulduğu görülmektedir. Bunlardan ilki risk, tehdit, zorluk içeren “olumsuz bir durum, olay veya ortamı”, diğeri ise olumsuzluğa rağmen gösterilen “olumlu adaptasyonu” içermektedir (43). Aşağıda Şekil 2.3’te kötü hadiselerin üstesinden gelme ve psikolojik sağlamlık üzerine bir illüstrasyon verilmiştir.

Tablo 2.1. Psikolojik sağlamlık tanımları

Yazarlar	Psikolojik Sağlamlık Tanımı
Rutter (1987) (44)	“Kötü bir sonuca zemin hazırlayan bazı çevresel tehlikelere karşı kişinin tepkisini değiştiren, iyileştiren veya uyaran koruyucu faktörler”
Masten, ve ark. (1990) (19)	“Zorlayıcı veya tehdit edici koşullara rağmen başarılı uyum süreci, başarılı uyum kapasitesi veya başarı ile sonuçlanan uyum”
Luthar ve ark. (2000) (45)	“Ciddi sıkıntı durumundaki pozitif adaptasyonu içeren dinamik bir süreç”
Masten (2001) (39)	“Adaptasyon veya gelişmeye yönelik ciddi tehditlere rağmen iyi sonuçlarla karakterize edilen fenomenler sınıfı”
Connor ve Davidson (2003) (46)	“Kişinin zorluklar karşısında başarılı olmasını sağlayan kişisel nitelikler”
Bonanno (2004) (47)	“Yakın bir akrabasının ölümü ya da şiddet içeren ya da yaşamı tehdit eden bir durum gibi münferit fakat potansiyel olarak oldukça yıkıcı bir olaya maruz kalan yetişkinlerin; normal koşullara nispeten istikrarlı, sağlıklı psikolojik ve fiziksel işlevsellik düzeylerini sürdürme yeteneği ve olumlu deneyimler ve duygular üretme kapasitesi”
Lee ve Cranford (2008) (48)	“Bireylerin önemli değişim, olumsuzluk veya riskle başarılı bir şekilde başa çıkma kapasitesi”
Leipold ve Greve (2009) (49)	“Bireyin önemli olumsuz koşullar altındaki istikrarı veya hızlı iyileşmesi hatta gelişmesi”



Şekil 2.3. Kötü hadiselerin üstesinden gelme ve psikolojik sağlamlık (50)

Psikolojik sağamlıktan söz edebilmek için olumsuzluk durumunun ve olumsuzluğa karşı gösterilen olumlu uyumun, belirgin olması gerektiği konusunda, çoğu araştırmacının hem fikir olduğu görölmektedir (51). Luthar ve Cicchetti (52) tarafından zorluk, “istatistiksel olarak uyum güçlükleriyle ilişkili olumsuz yaşam koşulları veya olayları” olarak tanımlanmıştır. Masten (39) tarafından da bireylerin, belirgin bir risk durumu olmadan, psikolojik olarak sağamlık gösterdiklerinin söylenemeyeceği belirtilmiştir. Benzer şekilde Garmezy (53) de gerçek bir risk ya da olumsuzluk içeren bir durum olmadan yapılan tanımların eksik olacağını belirtmiştir. Çoğumuzun günlük yaşam içerisinde karşılaştığı rahatsız edici, sinir bozucu veya sıkıntı verici olayların ise bir dereceye kadar günlük güçlükler olarak değerlendirildiği görölmektedir (54). Bazı yazarlara göre ise süreklilik arz eden günlük güçlükler de büyük bir psikolojik sıkıntı kaynağı olabilmektedir (55, 56). Travmayla ya da ciddi bir zorlukla başa çıkmak için kullanılan kaynakların, günlük sıkıntı içeren durumlarda başvurulanan kaynaklardan farklı olması gerektiği noktasında ise özel bir nedenin olmadığı da ayrıca belirtilmektedir (57). Bu bağlamda bireylerde psikolojik sağamlığın, ciddi zorluk içeren yaşam olayları yanı sıra birtakım rahatsızlıklara yol açabilecek günlük zorluklarla başa çıkmada da yardımcı olabileceği söylenebilir.

Olumlu bir sonuç ve uyumla ilgili olarak, risk içeren bir durumla karşı karşıya kalındığında, kişinin, zihinsel ve ruhsal sağlığını koruyabilmesi (43), içsel iyilik hali ile ilgili semptomlar göstermesi (58) ya da sosyal yeterlilik ve görevleri yerine getirmedeki başarı (52) gibi kıstasların olduğu görölmektedir. Luthar ve ark. (45) tarafından, olumlu adaptasyonun değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulacak kriterlerin, incelenen alan ve olumsuzluğa uygun olması gerektiği belirtilmektedir. Örneğin, okul çağındaki bir çocuk için akademik başarı bir gösterge iken, askeri bir personel için ise ruhsal bir sıkıntının gelişmemiş olması bir gösterge olabilmektedir. Ayrıca belirlenen kıstasların derecesi de, yaşanan sıkıntının doğası ve şiddetine göre değerlendirilmelidir. Örneğin, savaş ya da terör saldırısı gibi çok ciddi bir yaşam olayına maruz kalmış bir birey için, olumlu uyum kriteri olarak, mükemmel bir başarıdan ziyade zihinsel ve bilişsel sağlığın sürdürölmesi daha uygun olacaktır (45, 59). Sağlık çalışanları açısından, herhangi bir salgının ilk ortaya çıktığı zaman diliminde, çalışanların endişeye kapılmadan, kaygı duymadan görevlerine devam edebilmeleri başarılı bir uyum olacaktır. Salgına sebep olan virüse ve tedavisine ilişkin bilginin arttığı, virüs bulaşmasına karşın yapılması

gerekenlerin biraz daha anlaşıldığı, aşılarda geliştirildiği ve toplumun aşılarmaya başladığı bir zaman diliminde ise sağlık çalışanlarının sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini sürdürmeleri ya da günlük yaşama dâhil olabilmeleri pozitif adaptasyon olarak değerlendirilebilir. Ayrıca Ungar ve ark. (60) tarafından ise, psikolojik sağlamlıkta pozitif adaptasyonun, birey gelişiminin değerlendirilmesinde, spesifik sosyo-kültürel unsur ve koşulların da göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır. Buna göre belirlenen kriterler, kültürel unsur ve değerlere hassasiyetten yoksun olmamalıdır.

Psikolojik sağlamlığın tanımlaması gibi kavramsallaştırılmasında da genel geçer bir durum söz konusu değildir. Psikolojik sağlamlığın, doğuştan gelen bir kişilik özelliği mi yoksa geliştirilebilir bir beceri mi olduğuna dair, yazında farklı görüşlerin olduğu görülmektedir. Psikolojik sağlamlık yapısına katkıda bulunan unsurların, çok fazla çeşitlilik göstermesi, kavramın kavramsallaştırılmasını zorlaştırır da, yazında psikolojik sağlamlığın, bir beceri ve dinamik bir süreç olduğuna dair görüşlerin hâkim olduğu söylenebilir.

Psikolojik sağlamlık, Ahern ve ark.'ı (61) tarafından, *“strese dayanıklı kişisel kalite”*, Connor ve Davidson (46) ise *“Kişinin zorluklar karşısında başarılı olmasını sağlayan kişisel nitelikler”* olarak tanımlamışlardır. Psikolojik sağlamlığı, kişilerin zorluklarla başa çıkmalarına ve iyi uyum sağlamalarına yardımcı olan kişisel bir özellik olarak tanımlamak kavramın doğuştan gelen bir özellik olduğuna vurgu yapmaktadır. Bu durumda, psikolojik sağlamlık kişilerde var olan ya da olmayan bir karakter özelliği olarak nitelendirilmektedir. Psikolojik sağlamlığın bir kişilik özelliği olduğunu savunanların gerekçelerinden biri diğer kişilik özellikleriyle olan ilişkisidir (57). Yazında yer alan çalışmalarda, psikolojik sağlamlığın, duygusal dengesizlik ile negatif, deneyime açıklık, dışa dönüklük, sorumluluk ve yumuşak başlılık ile pozitif ilişkili olduğu tespit edilmiştir (62-65). Bu kanıtlara dayanarak, psikolojik sağlamlığın kısmen bir özellik olduğu öne sürülmektedir.

Psikolojik sağlamlık, Luthar ve ark. (45) tarafından, *“Ciddi sıkıntı durumundaki pozitif adaptasyonu içeren, dinamik bir süreç”* olarak, Curtis ve Cicchetti (66) tarafından ise *“hem öz örgütlenmelerden hem de çevresel faktörlerden etkilenen dinamik bir süreç”* olarak ifade edilmiştir. Bu tanımlamalardan kavramın dinamik, durumsal ve etkileşimli olduğu anlaşılmaktadır. Psikolojik sağlamlık pek çok sistem ile (birey, aile, toplum, kültür) etkileşim içerisinde olduğu için kavramın, dinamik, süreç temelli görüşler ile daha

iyi açıklandığı söylenebilir. Bazı araştırma sonuçlarında psikolojik olarak sağlam bireylerin uzun vadeli, sağlıklı psikolojik işlevsellik eğiliminde olduğu bulunmuştur (67). Bazı araştırma sonuçlarına göre ise psikolojik sağlamlık yaşam tecrübelerinden, iç ve dış faktörlerden etkilenebilen bir durum olduğundan, zaman içindeki seyri öngörülebilir şekilde istikrarlı değildir (68). Sonuç olarak psikolojik sağlamlığın dinamik bir süreç olduğundan bahsedilmektedir. Süreç temelli görüşler psikolojik sağlamlığın, olumsuzluk, birey, sonuç ve çevre arasında meydana gelen etkileşimli bir kavram olduğunu vurgulamaktadır. Psikolojik sağlamlık duruma göre değişkenlik gösterebilmektedir. Buna göre bireyler hayatlarının belli dönemlerinde, diğer dönemlere kıyasla daha çok ya da daha az psikolojik sağlamlık gösterebilmektedirler (69-71). Yazında psikolojik sağlamlığın geliştirilmesi amacıyla çeşitli eğitim programlarının tasarlandığı ve etkilerinin incelendiği çalışmalar mevcuttur. Bu eğitim programları sonucunda, psikolojik sağlamlık düzeylerinde gelişmeler olduğu tespit edilmiştir (72). Ayrıca yazında, psikolojik sağlamlığın, aile dinamikleri ile ilişkili olarak gelişen bir beceri olduğuna dair araştırma sonuçları da yer almaktadır. Buna göre daha sağlıklı aile ortamında yetişen bireylerin, daha yüksek psikolojik sağlamlık gösterdiği tespit edilmiştir (69-71, 73). Tüm bu sonuçlar ise psikolojik sağlamlığın, dinamik, süreç temelli ve geliştirilebilir bir beceri olduğuna işaret etmektedir. Bu yaklaşıma göre psikolojik sağlamlık, doğuştan var olan bir kişilik özelliği olmaktan ziyade zaman içinde değişebilen, bireylerin yaşam deneyimlerinden, yaşamlarına etki eden çevrelerinden, ailelerinden, kültürden ve eğitimlerinden etkilenen ve gelişebilen bir olgudur.

Rutter tarafından, psikolojik sağlamlık kavramı, *“risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin etkileşimi neticesinde, olumlu adaptasyonun sağlanmasına yönelik dinamik bir süreç”* olarak ifade edilmektedir (74). Psikolojik sağlamlık tanımlarında “risk faktörleri”, “koruyucu faktörler” ve “başarılı adaptasyon” vurgulanan unsurlardır. Burada risk faktörleri, “probleme ya da problemin olumsuz sonuçlarına yol açabilen her türlü yapı ve süreç” olarak ifade edilmektedir (52). Bir başka ifade ile yaşamda karşılaşılabilecek felaketler, yaşanan veya tanıklık edilen olumsuz olaylar, kişilerin sağlıklı bir işleyişi sürdürmesinde, risk faktörlerini oluşturmaktadır. Risk faktörleri; bireysel, ailesel veya çevresel kaynaklı olabilmektedir. Araştırmacılar tarafından incelenen risk durumları da psikolojik sağlamlık tanımları gibi çalışılan alan, örneklem grubu gibi faktörlere göre çeşitlilik göstermektedir. Bununla birlikte kişilerin yaşamında ne kadar çok risk faktörü söz konusu ise, o kadar fazla risk altında olacağı da açıktır (53).

Bireysel olarak risk oluşturabilecek unsurlara; erken doğum, düşük zekâ düzeyi, kronik hastalıklar, asosyallik, endişeli yapı, mizaç vb. gibi durumlar sayılabilir. Ailesel kaynaklı risk teşkil eden unsurlar arasında; ebeveynlerin boşanması, ebeveynlerin ölümü, aile içi şiddet, aile içi istismar, ebeveynlerin psikopatoloji ya da kronik hastalıklara sahip olması gibi durumlar yer almaktadır. Çevresel kaynaklı risk teşkil eden unsurlara ise; savaşlar, doğal afetler, nükleer felaketler, terör, cinsel istismar, işsizlik, düşük ekonomik düzey/yoksulluk sayılabilir (52, 75, 76).

Psikolojik sağlamlıkta bir diğer önemli unsur ise koruyucu faktörlerdir. Koruyucu faktörler, her türlü olumsuz durumu, olumlu yönde değiştirme potansiyeli olan unsurlar olarak tanımlanabilir. Bir başka ifade ile bahsedilen risk faktörlerinin etkisini azaltan ya da tamamen ortadan kaldıran, bireyin gelişimine katkı sağlayan unsurlardır. Koruyucu faktörler içsel ve dışsal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (75). İçsel koruyucu faktörler daha çok bireyin kendisiyle ilgili özellikleridir. İçsel koruyucu faktörlere örnek olarak; geleceğe yönelik umutlu bir bakış açısına sahip olmak, iyimser olmak, öz-yeterlilik, sosyal becerilere sahip olmak, etkili iletişim becerileri, olumlu ruh hali ve mizah anlayışının olması, benlik saygısı, zekâ, özgüven ve farkındalığın yüksek olması gibi unsurlar sayılabilir (44, 75, 76). Dışsal koruyucu faktörler ise bireyin sosyal çevresini oluşturan aile, akraba, arkadaş, okul veya iş çevresi ile ilgili unsurlardan oluşmaktadır. Dışsal koruyucu faktörlere örnek olarak; anne ve babayla iyi ilişkiler, destekleyici aile bağlarına sahip olmak, sosyo-ekonomik yönden avantajlı olmak, aile dışından sosyal çevreden kişilerle olumlu, destekleyici bir ilişkinin olması (mentörlük), aile içi iletişimde dürüstlük, netlik, samimiyet ve duygusal paylaşımın olması sayılabilir (44, 75, 76). İnanç sisteminde pozitif bakış açısının olması, manevi ve dini değerlere sahip olmak da bireylerin psikolojik sağlamlıklarına etki etmektedir. Ayrıca kişinin sosyal çevresinde, sosyal becerilerinin gelişiminde (liderlik, etkili iletişim, takım olma, paylaşma vd.) örnek alabileceği kişilerin olması da bu örnekler arasında yer almaktadır (76).

Yazında psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilmiş, bireylere ilişkin çeşitli özellikler yer almaktadır. Psikolojik sağlamlık konusunda çalışan araştırmacılar tarafından, psikolojik sağlamlıkla ilişkilendirilmiş karakter özelliklerinin benzer olduğu görülmektedir. İlgili yazında çeşitli araştırmalarla ortaya konmuş, psikolojik sağlamlık gösteren bireylerin diğer özellikleri şu şekildedir; öz-yeterlilik, umut, iyimserlik, özsaygı, olumlu duygulanım (77), bilişsel esneklik, duygusal esneklik (78), mizah (79),

korkularıyla yüzleşme, duygusal iyi oluşu için sorumluluk alma (77), maneviyat, yaşamın takdiri/minnettarlık (şükür duygusu) (80), aktif/etkili problem çözme becerileri (81), sosyal destek (77) isteyebilmek olarak sayılabilir. Bu özellikler herhangi bir ciddi sıkıntıyla karşılaşmadan ve psikolojik sağlamlık durumu söz konusu değilken bile bireylerde var olan özelliklerdir (82). Bu bağlamda, bu özelliklerin psikolojik sağlamlığı artırdığı, teşvik ettiği ya da doğası gereği risk faktörlerine karşı önleyici olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, bazı araştırmacılara göre, aynı özellikler, travma sonrası büyüme sürecinin bir sonucu olarak, travmaya maruz kaldıktan sonra da gelişebilmektedir (80, 83). Travma sonrası büyüme, kişinin mücadelelerinin genellikle birey için derinden anlamlı olduğu ve pozitif psikolojik gelişime yol açtığı süreci ifade eder (80). Fakat travma sonrası pozitif psikolojik gelişim (travma sonrası büyüme) herkeste görülmemektedir.

Yazında, “iyileşme” ve “stresle başa çıkma” kavramlarının, psikolojik sağlamlık kavramıyla karıştırıldığı ve bu kavramlar arasındaki sınırların belirlenmesinde sıkıntıların olduğu görülmüştür. Bu nedenle, aşağıda bu kavramlar arasındaki temel farklılıklardan bahsedilmiştir.

İyileşme kavramı, geçici bir psikopatoloji döneminin ardından, kişinin, sağlıklı işlevsellik düzeyine aşamalı olarak geri dönmesini ifade etmektedir (84). Psikolojik sağlamlık kavramı ise, olumsuz bir durum karşısında, kişilerin normal işlevsellik düzeylerini koruyarak, herhangi bir psikopatolojik durum geliştirmeden, yaşantısına devam etmesini ifade etmektedir.

Lazarus ve Folkman tarafından (85-87) başa çıkma “*kişinin kaynaklarını zorlayan veya aşan, bir yük olarak değerlendirilen, belirli iç ve dış talepleri yönetmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar*” olarak tanımlanmıştır. Bu talepler; günlük sorunlardan (85, 88, 89), ciddi travmalara (90) kadar çeşitlilik gösterebilmektedir. Psikolojik sağlamlıktan bahsedebilmek için ise bireylerin, ciddi bir sıkıntıyla karşılaşmış ve başarılı bir uyum göstermiş olması gerekmektedir. Bireyler stresli durumlarda çeşitli başa çıkma yöntemlerine başvurursa da, tüm bireyler psikolojik sağlamlık gösterememektedir. Bireylerin başvurduğu başa çıkma yöntemleri o anki durum ya da bireyin psikolojik sağlığı açısından yararlı ya da zararlı olabilmektedir. Bir başka ifadeyle başa çıkma yöntemleri, sorunun hafifletilmesine ya da giderilmesine katkıda bulunabileceği gibi daha fazla acıya da neden olabilmektedir (91). Psikolojik sağlamlıkta

ise bireyler, yaşamda geriye düşmeden hatta gelişim gösterecek şekilde, değişime adaptasyon sağlayabilmektedirler (49). Psikolojik sağlık, bir olayın değerlendirilmesinde olumlu ve koruyucu etkisi ile karakterize edilirken, başa çıkma ise, stresli bir karşılaşmanın değerlendirilmesinin ardından kullanılan stratejilere işaret etmektedir (92, 93). Bir başka ifadeyle stresle etkili bir şekilde başa çıkmanın, psikolojik sağlamlığın bir sonucu olduğu söylenebilir. Bununla birlikte bu iki kavram arasında oldukça yakın bir ilişki söz konusudur. Şöyle ki, kişinin psikolojik sağlamlığı, hangi başa çıkma stratejisini kullanacağını etkilemektedir. Etkili başa çıkma tarzlarının sürekli olarak tercih edilmesi, alışkanlık haline getirilmesi ise sıkıntıyla karşılaşıldığında psikolojik sağlamlığa katkı sağlamaktadır (94, 95).

Psikolojik sağlık kavramına ilişkin belli dönemlerdeki çalışmalar, incelenen unsurlar bakımından benzerlik göstermektedir. Bu bağlamda psikolojik sağlık çalışmalarında, odaklanılan unsur bakımından üç araştırma dalgası olduğu görülmektedir (43). Yazında ilk psikolojik sağlık araştırması, 1971 yılında, Werner ve ark. tarafından yayınlanan çalışmadır. Gelişimsel patoloji incelemesi olan bu araştırmaya, 1955 yılında başlanmıştır. Yoksul bir çevrede ve problemlili aile ortamlarında yetişen, ihmal edilmiş çocuklar araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırma sorusu, bu çocuklardan bir kısmı normal ya da iyi bir gelişim gösterirken, bir diğeri kısmı ise gösterememektedir. İyi bir gelişim gösteren, özgüvenli ve yetkin bireyler olan bu çocukları, diğeri lerinden ayırt eden unsurlar nelerdir? Böylelikle bu çalışma ile beraber “sağlam çocuk” kavramı ortaya çıkmış ve psikolojik sağlık çalışmaları da bugüne kadar süregelmiştir (96). Bu çalışmayla birlikte psikolojik sağlık çalışmalarına ilişkin yürütölen araştırma sorusu “ne ya da nedir?” olup bireylerin psikolojik olarak sağlamlıklarına etki eden bireysel ve çevresel faktörlerin belirlenmesine odaklanılmıştır (97). Psikolojik sağlık araştırmalarının ikinci dalgasında, araştırmalarda “nasıl” sorusu sorulmuş ve koruyucu faktörlerin nasıl elde edileceğı üzerine odaklanılmıştır (98). Psikolojik sağlık araştırmalarının üçüncü dalgasında ise, kişilerin doğal olarak psikolojik sağlamlık göstermede zorlandıklarında ya da gösteremediklerinde, psikolojik sağlamlığın nasıl kazandırılabilceğı ve geliştirilebileceğı üzerine odaklanılmıştır (97). Üçüncü araştırma dalgasıyla beraber ilk iki araştırma dalgasından elde edilen bulguların da test edilme imkânı olduğu söylenebilir. Psikolojik sağlık araştırmalarında zamanla bir başka unsur üzerinde daha çok odaklanması, diğeri konulara ilişkin araştırmaların

tamamlandığı anlamına gelmemektedir. Günümüzde ise araştırma metodoloji ve teknolojilerinin gelişmesi (beyin fonksiyonların ölçümü, gen haritalarının belirlenmesi vb.), daha kapsamlı, multidisipliner çalışmalara imkân vermiştir. Bu nedenle son araştırmaların çoğu, psikolojik sağlamlığı, biyolojik ve nörobilimsel temelde incelemektedir. Örneğin; gen ve çevrenin bireysel düzeyde psikolojik sağlamlığa etkisinin incelenmesi bunlardan biridir (58).

Psikolojik sağlamlık kavramı, ilk olarak gelişimsel psikopatoloji alanında incelenmiş olmakla birlikte günümüze kadar, psikoloji, örgütsel davranış, eğitim bilimleri, spor bilimleri gibi pek çok alanda araştırma konusu olmuş bir kavramdır. Psikolojik sağlamlık kavramı, örgütsel davranış alanında ise ilk olarak Luthans ve ark. (99) tarafından çalışılmıştır. İlgili çalışmada, araştırmalarının odak noktasını “kimler dayanıklıdır?”, “onların daha dayanıklı olmasını sağlayan nedir?” soruları olmuştur. Luthans ve ark. (73), çalışmalarında risk faktörlerine karşı proaktif davranışta bulunmanın ve psikolojik sağlamlığı geliştirmede pozitif özellikleri artırmanın önemli olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca örgütsel bağlamda psikolojik sağlamlık kavramı, diğer tüm tanımlardan bir noktada farklılaşmaktadır. Buna göre örgütsel bağlamda psikolojik sağlamlık; sadece zorluk, belirsizlik, çatışma, başarısızlık durumlarında değil terfi, ilerleme, sorumlulukların artması gibi güçlü ve olumlu durumlardan sonra da bireylerin başarılı bir uyum gösterme kapasitesi ya da normale dönebilme yetkinliği olarak ifade edilmektedir (99).

Amerikan Psikoloji Birliği (American Psychological Association-APA) tarafından, psikolojik sağlamlık, “*çeşitli zorluklar, travma, trajedi veya aile ve ilişki sorunları, ciddi sağlık sorunları, işyeri veya finansal sıkıntılar gibi stres kaynaklarından oluşabilecek strese karşı iyi bir uyum sağlama süreci*” olarak ifade edilmektedir (100). Bireylerin psikolojik olarak sağlamlık göstermeleri, onların olumsuz olay ve durumlarda, stres yaşamayacakları anlamına gelmemektedir. Aksine büyük sıkıntı ve travmalar, duygusal acı ve strese yol açmaktadır. Belli karakteristik özellikler, bireylerin psikolojik olarak sağlamlık göstermelerine yardımcı olsa da, psikolojik sağlamlık yalnızca bazı insanların sahip olduğu, bir karakteristik özellik değildir. Psikolojik sağlamlık herkesin öğrenip geliştirebileceği düşünce ve eylemleri içermektedir. Bu bağlamda APA tarafından, psikolojin sağlamlığın geliştirilmesine yönelik tavsiye edilen stratejiler aşağıda maddeler halinde verilmiştir (101).

- Sosyal bağlar oluşturarak sosyal gruplar içerisinde aktif rol alınmalıdır. Örneğin; aile veya yakın çevre ile iyi ilişkiler içerisinde olmak, sizi önemseyen insanların destek ve yardımlarını kabul etmek ve aynı şekilde zor durumda olanlara da yardımda bulunmak.
- Sorunlar gözümüzde üstesinden gelinemeyecek kadar büyük görünüyorsa, daha yönetilebilir parçalara ayrılarak adım adım çözmeye çalışılmalıdır.
- Kendimize gerçekçi hedefler belirleyerek bu yolda harekete geçmek gerekmektedir. Bu yolda olumsuzluklarla karşılaşılrsa dahi yapabileceğimiz şeylere odaklanmak faydalı olacaktır.
- Sağlıklı ve olumlu yaşam faktörlerine önem verilmeli ve uygulanmalıdır. Örneğin; düzenli ve dengeli beslenmek, yeterli uyku almak, egzersiz yapmak ve zararlı maddelerden (sigara, alkol, uyuşturucu) uzak durmak bunlar arasındadır. Ayrıca dua etmek, günlük tutmak, yoga, meditasyon gibi manevi uygulamalarda başa çıkmada fayda sağlamaktadır. Bununla birlikte, sahip olduğumuz her şey düşünülerek minnettar/şükür duyulan şeyler hatırlanabilir.
- Değişimin, yaşamın bir parçası olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Değiştirilemeyecek koşulları kabul etmek, değiştirebilecek koşullara odaklanmaya yardımcı olacaktır.
- Gerçek dışı olumsuz fikirler yerine, dengeli, gerçekçi ve daha iyimser bir düşünce modeli benimsenmelidir. Örneğin; ciddi bir zorlukla karşılaşmış olmak yaşamın öyle devam edeceğini göstermez. Başa gelen bir sıkıntıyı değiştiremeyebilir fakat olaya karşı bakış açımızı değiştirebiliriz. Bu durumlarda çaresiz olmadığınızı kendinize hatırlatmak faydalı olacaktır.
- Başa gelen olumsuz bir durumda kendimizi geliştirme fırsatları aramak gerekmektedir. Bu durumda insanlar bir zorluk sonrasında bir bakıma geliştiklerini fark edeceklerdir.

2.1.3. Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Sağlamlık

Bu başlık altında, sağlık çalışanları örneklemini üzerinde, psikolojik sağlamlık kavramının araştırıldığı çeşitli çalışma sonuçlarına yer verilmiştir.

İlgili yazında, psikolojik sağlamlığı geliştirmeye yönelik çeşitli eğitim programlarının ve uygulamaların denendiği ve etkilerinin incelendiği araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Örneğin; Mc.Donald ve ark. (102), altı ay boyunca, zorlayıcı bir klinik ortamda görevli 14 hemşire ve ebe ile yürüttükleri çalışmada, katılımcıların psikolojik sağlamlıklarını korumak ve geliştirmek için iş temelli eğitim programının etkililiğini incelemişlerdir. Hazırlanan eğitim programı; “psikolojik sağlamlığı oluşturma”, “iletişim becerileri”, “bilişsel esneklik”, “iş-yaşam dengesi”, “eleştirel düşünme”, “ileriye yönelik plan oluşturma ve harekete geçme” konularını içermektedir. Eğitim programının yürütülmesinde, diyalog, bilgilendirme, grup etkileşimi, akran geri bildirimi, rol-play, yaratıcı ifadeleri kullanma gibi teknikler kullanılmıştır. Eğitim sonrasında, katılımcılar tarafından olumlu iletişim kurma, kendini ifade edebilme, girişken davranma, çatışmaların etkin çözümü, esnek düşünme gibi psikolojik sağlamlığı etkileyen özelliklerin olumlu anlamda geliştiği belirtilmiştir.

Mealer ve ark.’nın (103), yoğun bakım biriminde görevli 33 hemşire ile yürüttükleri çalışmada, katılımcılar için hazırladıkları çok modelli psikolojik sağlamlık eğitim programının uygulanabilirliği ve etkililiği, ruhsal sıkıntılarla ilişkisi incelenerek araştırılmıştır. Hazırlanan eğitim programı, “Farkındalık, Stresi Azaltma Temelli Program”, “Yazılı Terapi”, “Egzersiz” ve “Tetikleyici Bir Olayla İlgili Danışma” uygulamalarını içermektedir. Araştırma bulgularına göre, 12 haftalık eğitim sonrasında katılımcıların, psikolojik sağlamlık puanlarının arttığı, depresyon, anksiyete puanlarının ise azaldığı saptanmıştır. Araştırma yazarları tarafından çok modelli psikolojik sağlamlık eğitim programının, uygulanabilir etkin bir eğitim programı olduğu ifade edilmiştir.

Chesak ve ark.’ı (104), bir klinikte işe başlayacak hemşirelere, uyum programı kapsamında uyguladıkları “Stres Yönetimi ve Psikolojik Sağlamlık Eğitimi” ile randomize kontrollü bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Araştırma bulgularına göre, deney grubu katılımcılarının psikolojik sağlamlık puanlarının arttığı, bununla birlikte stres ve anksiyete puanlarının ise düştüğü tespit edilmiştir. Eğitim programının uygulanabilirliği ve etkisi üzerine görüşlerin pozitif olduğu belirtilmiştir.

Covid-19 pandemisinde yürütülen bir araştırmada, bir akut bakım hastanesinin psikiyatri bölümü çalışanları tarafından, aynı kurumdaki meslektaşlarına yönelik, “Psikolojik Sağlamlık Koçluğu” adıyla bir destek programı uygulaması başlatılmış ve sonuçları incelenmiştir. Ayrıca katılımcıların talebi doğrultusunda, klinik ruh sağlığı desteğine ulaşmalarına da yardımcı olunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre, katılımcılar, “Psikolojik Sağlamlık Koçluğu’nun”, kişisel sağlıkla ilgilenmek ve başa çıkma konusunda yardımcı olacak pratik becerileri öğrenmeleri açısından faydalı olduğunu bildirmişlerdir (105).

Detore ve ark. (106), Covid-19 pandemisinde, sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlığı artırabilecek ve duygusal sıkıntıyı azaltabilecek kısa, çevrimiçi bir kursun uygulanabilirliği ve etkililiğini araştırmayı amaçlamışlardır. Bu amaçla katılımcıların bir kısmı farkındalık (mindfulness), zihinselleştirme (mentalization) ve öz-şefkate (self-compassion) yönelik, 12-19 dakikalık üç videodan oluşan kursa katılmışlardır. Kurstan bir ay ve iki ay sonra, kursa katılanların katılmayanlara kıyasla psikolojik sağlamlık düzeylerinde önemli iyileşmeler ve duygusal sıkıntılarında ise azalmalar olduğu bulunmuştur.

Yukarıda bahsedilen araştırma örneklerinden anlaşılabileceği gibi, psikolojik sağlamlığın korunması ve geliştirilmesi adına tasarlanan ve uygulanan, çeşitli eğitim programlarının, sağlık çalışanları üzerinde olumlu bir etkisinin olduğu görülmektedir.

Curtin ve ark.’ı (107), sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarına pozitif etki eden unsurları ortaya çıkarmak adına geniş kapsamlı bir meta analiz çalışması gerçekleştirmişlerdir. Bu amaçla Covid-19, H1N1, MERS, EBOLA ve SARS salgınları sırasında, psikolojik sağlamlığı araştıran nitel çalışmaları, tematik olarak sentezlemişlerdir. 11.907 katılımcıyı içeren, 121 nitel çalışmanın sistematik incelenmesi sonucunda, birbiriyle bağlantılı 6 ana tema tespit edilmiştir. Curtin ve ark.’nın çalışmasında belirlenen temalar şu şekildedir (107):

Görev ve amaç ahlakı (moral purpose ve duty): sağlık çalışanlarının hem mesleklerine hem de bakım verdikleri hasta ve hasta yakınlarına karşı hissettikleri sorumluluk ve bağlılık duygusunu ifade etmektedir. Her koşulda hastalara bakım vermenin görevleri olduğunu düşünmektedirler. Görevlerinin bir işten çok daha fazlası olduğunu ve bunun bir amaç duygusu sağladığını ifade etmişlerdir. Ayrıca sağlık çalışanlarının, hastalarına duyduğu şefkat ve empati, hasta ve hasta yakınlarının ise sağlık

alışanlarına göstermiş olduğu minnettarlık da psikolojik sağlamlıklarına pozitif olarak etki eden unsurlardır (107).

İletişim ağı (connection); sağlık çalışanlarının, iş ve sosyal çevrelerinden grdğu destek ve işbirlikçi ilişkileri ifade etmektedir. Bu destek, meslektaşlar, aile, toplum ve sosyal medyadan sağlanabilmektedir. Ortak bir amaç için meslektaşlarla bereber mücadele etmek onlara g vermiştir. Aile ve sevdikleriyle kurulan samimi, güvenli, sevgi dolu bağlar, psikolojik sağlamlığa destek kaynağı olarak sunulmuştur. Toplum tarafından takdir edilmeleri, saygınlıklarının arttığını hissettirmiş ve onlara umut olmuştur. Fiziksel mesafeyi koruyarak, sosyal medya aracılığıyla, meslektaşlarla, sevdikleriyle ve daha geniş bir toplulukla sağlanan bağlantılar, zor durumlarda birlikte olma duygusunu desteklemiştir. Ayrıca sosyal medyada yer alan olumlu hikayeler de sağlık çalışanları için bir iyimserlik kaynağı olarak psikolojik sağlamlıklarına olumlu bir şekilde etki etmiştir (107).

İş birliği (collaboration); yönetim tarafından sağlanan tutarlı bilgi ve iyi bir liderliği özetlemektedir. Salgın sırasında yönetimle kurulan açık ve tutarlı bir iletişim, sağlanan bilgilerin doğruluğu, sağlık çalışanları için son derece önemli olmuştur. Ayrıca bilgi türü de önem arz etmektedir. Örneğin, sağlık çalışanları, enfeksiyon kontrol prosedürleri ve hasta durumuyla ilgili bilgilerin yanı sıra, izin kullanım durumu, ek ödeme alıp almayacakları hususunda da bilgilendirilmenin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Açık ve şefkatli bir liderlik sağlayan yöneticinin sağladığı destek ise, stresin azaltılmasına ve psikolojik sağlamlığa yardımcı olan bir diğer unsurdur (107).

Örgüt kültür (organizational culture); sağlık çalışanlarının rollerine saygı duyan, özerkliğin olduğu ve hastalara gerekli bakımın sağlanabileceği bir ortamda çalışmakla ilgili unsurları içermektedir. Personel seviyelerinin korunması, kriz yönetiminin önemli bir bileşeni olarak tanımlanmıştır. Personelin gerekli becerilere sahip olmasını desteklemek, bulaşıcı hastalıklarla ilgili eğitimin sağlanması, kişisel koruyucu ekipman, maske ve eldivenlerin yeterli miktarda bulunması, çeşitli servislere sağlanan yemek ikramları, yeterli molalar, ruhsal sağlıklarını korumak için sağlanan hizmetler gibi unsurlar sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarını artmıştır (107).

Kişilik zellikleri (character); bireysel strateji ve özellikleri özetlemektedir. Sağlık alışanlarının deneyimlediği, psikolojik sağlamlığı destekleyen en baskın olumlu duygu, gurur olmuştur. Stresli zamanlarda topluma büyük katkıda bulunduklarını ve işleriyle gurur duyduklarını bildirmişlerdir. Özellikle hastalarının iyileştiklerini

görmekten mutluluk duymaktadırlar. Psikolojik sağlamlıkla ilgili bir diğer önemli duygu da karşılaşılan zorlukların üstesinden gelineceğine dair duyulan umut olmuştur. Ayrıca işyerinden uzakta geçirilen süre de önemli bir unsur olarak belirlenmiştir. Salgın dönemlerinde, iş gücüne ayak uydurmak için, yemek yemek, yeterli uyku almak ve egzersiz yapmak, psikolojik sağlamlık için önemli unsurlar olmuştur. Dini değerlerine yüksek saygı duyan bazı bireyler için ise inanca dayalı başa çıkma, psikolojik sağlamlıkta önemli bir rol oynamıştır (107).

Büyüme potansiyeli (potential growth); sağlık çalışanlarının kişisel ve profesyonel büyüme deneyimlerine ilişkin verileri özetlemektedir. Gelecekte, psikolojik sağlamlıklarını güçlendirebilecek, zor durumlarının üstesinden gelmelerine katkıda bulunacak yeni beceriler kazandıklarına dair bir algı mevcuttur. Ayrıca salgınlar, sağlık çalışanlarına hayatta olmanın ve zamanın ne kadar kıymetli olduğunu ve küçük şeylerdeki mutluluğun kıymetini göstermiştir (107).

Kim ve Windsor'un (108), hemşireler üzerinde gerçekleştirdiği çalışma sonuçlarına göre, psikolojik sağlamlığı oluşturan ve kolaylaştıran unsurlar arasında; olumlu düşünme, esneklik, başarı duygusu, aile desteği, finansal özgürlük ve iş-yaşam dengesinin sağlanması yer almaktadır.

İlgili yazında yer alan kesitsel çalışma sonuçlarına göre, psikolojik sağlamlığa anlamlı bir şekilde etkisi tespit edilen değişkenler şu şekildedir; sosyal zekâ (109), duygusal zekâ (110), iyimserlik, özbakım (111), örgüte ve yöneticiye duyulan güven, algılanan sosyal destek (112), öz yeterlilik (112), olumlu dini başa çıkma (113) ve iş tatminidir (114). İlgili bu değişkenler, psikolojik sağlamlığa anlamlı bir şekilde ve pozitif yönde etki etmektedir. Aşırı iş yükünün (115) ise, psikolojik sağlamlığa negatif bir şekilde etki ettiği saptanmıştır. Algılanan iş yükü arttıkça, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri düşmektedir.

Psikolojik sağlamlığın anlamlı bir şekilde ve negatif yönde etki ettiği değişkenler; ruminatif düşünce biçimi (116), tükenmişlik (117), algılanan stres (118), ikincil travmatik stres (119), depresyon (120), sağlıklı olma kaygısı (121), iş yeri şiddeti ve iş yerinde şiddet yaşam korkusudur (122). Buna karşın, iş tatmini (114), işe bağlılık (112), işte kalma niyeti (123), yaşam kalitesi (124), travma sonrası büyüme (119), mental iyi oluş (121) gibi olumlu çıktılara ise anlamlı bir şekilde pozitif yönde etki etmiştir.

İlgili yazında psikolojik sağlamlığın anlamlı ve negatif korelasyon gösterdiği değişkenler; algılanan stres (125), anksiyete (126, 127), depresyon (126-128), uyku bozukluğu (129), covid-19 korkusu (130) ve duygusal emektir (131). Buna karşın anlamlı ve pozitif korelasyon gösterdiği değişkenler ise azim ve kişisel yetkinlikler, olumsuz olaylara tolerans , manevi eğilim (132), psikolojik sağlık (133) , yaşam kalitesi (134), benlik saygısı, sosyal zeka (109) ve şefkat memnuniyeti (135) gibi olumlu olarak değerlendirilen değişkenler olmuştur.

Psikolojik sağlamlık kavramının, çeşitli araştırma modellerinde incelenmesi sonucu ulaşılan sonuçlar ise şu şekildedir: Karacaoğlu ve Köktaş'ın (136) çalışmasında psikolojik sağlamlık, psikolojik iyi oluşu hem doğrudan hem de iyimserlik değişkenin kısmi aracılığıyla anlamlı bir şekilde, pozitif yönde etkilemektedir. Çiçek ve Öztürk'ün (137) çalışmasında, psikolojik sağlamlık, iş gören performansına doğrudan ve öz-şefkat aracılığıyla, pozitif yönde etki etmektedir. Liu ve ark.'nın (138) çalışmasında, psikolojik sağlamlığın, travma sonrası büyüme, travma sonrası büyümenin de aracı olarak işte kalma niyetini pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Fleuren ve ark.'nın (139) çalışmasında, psikolojik sağlamlık, anksiyete üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı olarak enfeksiyon korkusu aracılığıyla etkili olmuştur. Buna göre psikolojik sağlamlık arttıkça enfekte olma korkusu azalmakta ve böylelikle anksiyete düzeyi de azalmaktadır. Zhang ve ark.'nın (140) çalışmasında, psikolojik sağlamlık, tükenmişliği hem doğrudan hem de olumlu duygulanım aracılığıyla negatif yönde etkilemektedir. Buna göre, psikolojik sağlamlık arttıkça olumlu duygulanım artmakta, tükenmişlik ise azalmaktadır. Labrague ve Los Santos'un (134) çalışmasında, katılımcıların orta ile yüksek düzey arasında yorgunluk yaşadıkları, buna karşın psikolojik sağlamlığın, yorgunluğun iş tatmini ve işten ayrılma niyeti üzerinde ki olumsuz etkisini azalttığı sonucuna ulaşmışlardır. Kızılkaya ve Şenel Tekin'in (141) çalışmasında, aşırı iş yükünün, duygusal tükenme ve psikolojik sağlamlığa negatif yönde etki ettiği ayrıca aşırı iş yükünün, duygusal tükenmeye etkisinde psikolojik sağlamlığın aracı rolünün olduğu tespit edilmiştir. Yan ve ark.'nın (142) çalışmasında, sosyal desteğin psikolojik sağlamlığı, psikolojik sağlamlığında aracı olarak yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Hou ve ark.'nın (143) çalışmasında, algılanan sosyal desteğin hem doğrudan hem de psikolojik sağlamlık aracılığıyla ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlık konusunun daha çok stres ve kontrol edilemeyen stres sonucu oluşabilecek psikososyal rahatsızlıklarla ilişkilendirildiği ve incelendiği görülmektedir. Bu çalışmaların ise daha çok Covid-19 pandemisinde gerçekleştirildiği dikkat çekmektedir. Bu sonuçlara göre, psikolojik sağlamlığın, stresin olumsuz etkilerine karşı koruyucu bir etken olduğu söylenebilir. Sağlık çalışanları ise sağlık hizmetleri ve sağlık kurumlarının özelliklerinden dolayı iş yaşantılarında pek çok stres faktörü ile karşı karşıya kalabilmektedirler. Aşırı iş yükü ve iş kaynaklı stresin, iş yaşam dengesine etki etmesi de muhtemeldir. Bununla birlikte sağlık çalışanları da her birey gibi iş dışı yaşamlarında da çeşitli sıkıntılarla karşı karşıya kalabilmektedir. Dolayısıyla hem iş hem de iş dışı yaşamda karşılabilecek stres unsurlarına karşı psikolojik sağlamlığın sağlık çalışanları açısından önemli bir özellik olduğu söylenebilir.

Ayrıca tüm bu çalışma sonuçları göz önünde bulundurularak psikolojik sağlamlığın, olumlu bireysel ve örgütsel çıktılara ulaşmada etkili ve önemli bir unsur olduğu söylenebilir.

2.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları

2.2.1. Stres Kavramı

Stres sözcüğünün kökenine bakıldığında Latince “strictus”, eski Fransızca “estresse”, eski İngilizce “strict” modern İngilizcede ise “stress” sözcüklerinden gelmektedir (144). Bu sözcüğün ifade ettiği anlam yıllar içinde bazı değişiklikler göstermiştir. Stres sözcüğü, 17. yüzyılda elem, keder, dert anlamı taşıırken; 19. yüzyılda bir nesneye, bir kişiye, bir organa veya ruhsal bir yapıya uygulanan baskı, güç veya zorluk anlamlarını taşımaktadır (145). Stres kavramı, bilimsel alanda ilk kez Robert Hooke tarafından elastik cisimlerin birim alanına düşen kuvvet miktarını tanımlamak için kullanılmıştır (146). Ardından 19. ve 20. yüzyılda mekanik, fizyoloji, psikoloji ve nöroloji gibi çeşitli bilim dallarında, ilgili bilim dalına has farklı tanımlar yüklenerek kullanıldığı görülmüştür.

Stres fizyolojisi üzerine çalışan Hans Selye (147) stres kavramını, “*organizmanın kendisine karşı olan herhangi bir tepkiye vermiş olduğu spesifik olmayan tepki*” olarak tanımlamıştır. Walter Cannon (148) ise stres kavramını, “*canlının doğal dengesinin, dış etkenler tarafından bozulması ile ortaya çıkan durum*” olarak ifade etmiştir. Psikoloji alanında çalışmalar yapan Lazarus ve Folkman (85-87) ise stresi, “*bireyin kendisi ve*

çevresi arasındaki ilişkide kaynaklarının, çeşitli sebeplerle zorlanması veya aşılması ile mevcut durumun negatif yönde etkilenmesi” olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) açıklamasına göre stres, “*zor bir durumun neden olduğu bir endişe durumu veya zihinsel gerginlik*” olarak tanımlanmıştır (5). Bu tanımlara göre stresin, hayatımızdaki zorlukları ve tehditleri ele almaya sevk eden doğal bir insan tepkisi olduğu söylenebilir.

Düşük seviyelerdeki stresin, bireyleri bulunduğu durumdan kurtulması için harekete geçirdiği bilinmektedir, bu yönüyle stresin bireylere fayda sağladığı söylenebilir. Fakat diğer yandan aşırı veya uzun süre strese maruz kalmanın bireylerde endişe, sinirlilik, bunalma, kaygı, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikolojik (8) veya karın ağrısı, baş ağrısı, kas ağrısı, deri kızarıklıkları, yüksek kan basıncı, düşük bağışıklık sistemi, sersemlik hissi, baş dönmesi gibi fizyolojik etkiler oluşturduğu belirtilmiştir (6, 7).

2.2.2. Başa Çıkma Kavramı

Cox’a (149) göre stres, bireyin kaynaklarının, bireyin isteklerini karşılayacak seviyede olmadığı ve başa çıkma için imkânlarının ve sosyal desteğin kısıtlı olduğu durumlarda tecrübe edilmektedir. Kagan’a (150) göre stres, bireyde genellikle negatif duygular, hoşnutsuzluk ya da genel huzursuzluk olarak görülmektedir. Bu negatif haller, bireyin algılarında ve bilincinde ve buna bağlı olarak davranışsal ve psikolojik fonksiyonlarında birtakım değişiklikler meydana getirmektedir. Bu değişimlerin bazıları, diğer değişimlerden daha kontrollü ve planlı olmaktadır. Cox (149) tarafından sorunlu duruma hâkim olmaya veya stres deneyimini hafifletmeye yönelik, bireyin kasıtlı girişimleri, başa çıkma olarak adlandırılmıştır. Başa çıkma girişimleri başarılı veya başarısız olabilmektedir. Bu durum ise, bireyin başa çıkma yeteneklerine ve stresli duruma ilişkin genel değerlendirmesini etkilemektedir. Lazarus ve Launier (151) başa çıkmayı, bireyin kaynaklarının, çevresel veya içsel istek veya çatışmalarını aşması halinde, durumu idare etmeye yönelik bireyin gösterdiği aksiyon odaklı veya bilişsel girişimler olarak tanımlamışlardır.

Baş çıkma kavramı genel olarak insanların olumsuz durumlara karşı tepki verme ve bunu yönetebilmesini ifade etmektedir. Yazında başa çıkma mekanizmaları, çeşitli “kaynaklar”, “tarzlar” veya “belirli çabalar/stratejiler” olarak sınıflandırılan geniş bir

kavramdır. Başa çıkma kaynakları, genel olarak bireyin sahip olduğu birtakım özellikleri ve sosyal desteklerini içermektedir. Örneğin; etkili iletişim becerileri, problem çözme becerileri, benlik saygısı ya da sosyal çevreden sağlanan destek bireyin kaynaklarını oluşturmaktadır. Başa çıkma tarzları, belirli durumlarda ya da zaman içinde karşılaşılan benzer durumlarda tekrarlanan başa çıkma yöntemlerini içermektedir. Örneğin; olaya iyimser yaklaşmak, geçici bir süreç olduğunu düşünmek, daha sakin ve gerçekçi bir şekilde yaklaşmak bireyin başa çıkma tarzlarındanıdır. Başa çıkma stratejileri ise, stresli bir durumda, stres oluşturan duruma göre başvurulmuş bilişsel ya da davranışsal stratejilerdir. Örneğin, stresli bir durumda stresini kontrol etmek için seyahate çıkmak, hobi edinmek, sosyalleşmek, egzersiz veya meditasyon yapmak (152, 153).

Başa çıkma kavramı, başlangıçta istikrarlı bir kişilik özelliği olarak kabul edilse de zamanla stresli durumlara karşı olası ve esnek tepkiler olarak kabul edilmiştir. Başa çıkma, stresli bir durum karşısında, bireysel kaynakların devreye girdiği, olaylara ilişkin bilişsel değerlendirmenin yapıldığı, çaba gösterme isteği, gerçekte gösterilen çabalar ve bunlarının sonuçlarının ortaya çıktığı dinamik bir süreç olarak kabul edilmektedir (154).

2.2.3. Stresle Başa Çıkma ile İlgili Modeller ve Kuramlar

Lazarus ve Folkman (85-87) yaptıkları çalışmalarla, stresle başa çıkma kavramı alan yazınına büyük katkı sağlamıştır. Geliştirdikleri “Başa Çıkma Yolları Envanteri” uzun yıllar kullanılmış ve çeşitli başa çıkma ölçeklerinin hazırlanmasına da öncülük etmiştir.

Başa çıkmayı ele alan kuramlar genelde yazar isimleri ile anılmaktadır. Bunlardan en yaygınları; Lazarus ve Folkman (1966) (85), Pearlin ve Schooler (1978) (155), Moos ve Billings (1982) (89), Carver, Scheier ve Weintraub (1989) (156), Endler ve Parker (1990) (157) ve Schwarzer ve Taubert (2002) (158) başa çıkma kuramlarıdır. Bu başlık altında bu kuramlara değinilmiştir.

Lazarus ve Folkman Başa Çıkma Kuramı (1966): Lazarus ve Folkman’a (85-87) göre stres, bireyin çevresiyle etkileşimi sonucu ortaya çıkan bir süreçtir. Başa çıkma ise bireyin kendisine stres oluşturan olay ya da durumlara uyum sağlayabilmek için gösterdiği bilişsel, davranışsal ve duygusal çabalardır (20). Lazarus ve Folkman, başa çıkmayı; problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olarak ikiye ayırmıştır.

Problem odaklı başa çıkma, stres etkeninin kendisine ve fiziksel etkisine yöneliktir. Problem odaklı başa çıkma, stres etkenini ortadan kaldırmak veya gelişinden kaçınmak ya da fiziksel etkisini azaltmak için adımlar atmayı içermektedir. Genelde bireyin, stres unsuruna etki edebilme imkânı varsa kullanılmaktadır. Örneğin, yaklaşan bir kasırga durumunda problem odaklı başa çıkma, daha güvenli bir yer için şehri terk etmek, kasırga panjurlarını kapatmak ve bir süre elektrik gücü olmadan yaşayabilecek şekilde erzak temin etmek gibi eylemleri içermektedir (85).

Duygu odaklı başa çıkma, genellikle stres deneyimlerinin duygusal sıkıntıya yol açmasıyla ilgilenir ve bu sıkıntıyı önlemeyi, azaltmayı veya en aza indirmeyi amaçlamaktadır (20).

Lazarus ve Folkman'nın geliştirmiş olduğu “Başa Çıkma Yolları Envanteri”, problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki gruba ayrılrsa da bu envanterde, “kaçma-kaçınma”, “uzak tutma”, “öz denetim”, “sosyal destek arama”, “sorumluluk alma”, “yüzleşme”, “planlı problem çözme” ve “olumlu yeniden değerlendirme” olmak üzere sekiz başa çıkma yolu üzerinde durulmuştur (159).

Pearlin ve Schooler Başa Çıkma Kuramı (1978): Pearlin ve Schooler (155), başa çıkmayı, bireyin kendisini psikolojik yönden zorlayıcı olaylar karşısında gösterdiği, kendisini korumaya yönelik davranışlar olarak ifade etmiştir. Başa çıkma, bireyin zorlayıcı olayların zararlarından kaçınmak için gösterdiği davranışlardır. Kuramda geçen zorlayıcı olaylar yani stres kaynakları; evlilik, iş hayatı, ebeveynlik ve ev işleri gibi sıralanabilir. Pearlin ve Schooler (155), başa çıkma davranışlarını; zorlayıcı olaylara neden olan etkenleri değiştirme, zorlayıcı olayların anlamını değiştirme ve stres yönetimi olmak üzere üç gruba ayırmıştır.

Zorlayıcı olaylara neden olan etkenleri değiştirme, stresi oluşturan iç veya dış etkenlerin tespit edilip, bu etkenlerin ortadan kaldırılması veya etkisini azaltacak şekilde değiştirilmesi için yapılan davranışlardır. Bu girişimde bireyin başarılı olması imkân ve yeteneklerine bağlıdır (155).

Birey stres kaynağını değiştirme imkânına sahip olamadığında veya bunu başaramadığında, bu sefer zorlayıcı olayların anlamını değiştirmeyi denemektedir. Bu durumda birey stres kaynağının tehdit oluşturmamasından veya tehdit olarak algılamaktan kurtulmak için bilişsel çaba göstermektedir (155).

Stres yönetimi ise, ilk iki seçenek uygulanamadığı durumda devreye girmektedir. Bu durumda birey, stres kaynağını ortadan kaldıramaz veya kendinde oluşturduğu anlamını değiştiremez, fakat stresin oluşturduğu etkileri kontrol altında tutabilmek veya bu etkilerden görülen zararı azaltmak için bir çaba göstermektedir (155).

Moos ve Billings Başa Çıkma Kuramı (1982): Moos ve Billings (89), başa çıkmayı; yaşam olayları, başa çıkma kaynakları, değerlendirme ve yeniden değerlendirme süreçleri ve başa çıkma tepkileri kavramlarını kullanarak incelemiştir. Moos ve Billings'e (89) göre başa çıkma, değerlendirme odaklı başa çıkma, problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olmak üzere üç ana başlık altında toplanmaktadır. Bu başlıklar da kendi içlerinde üç alt başlığa ayrılarak toplamda dokuz başa çıkma tarzı tanımlanmıştır.

Değerlendirme odaklı başa çıkma yöntemi; stresi ve stresli durumu anlamlandırmaya yönelik olup bilişsel yeniden tanımlama, mantık analizi ve bilişsel kaçınma olmak üzere üç alt başlıkta incelenmiştir. Bilişsel yeniden tanımlamada, birey yaşadığı stresli olayı kendisine stres yaratmayacak şekilde zihninde yeniden kurgulamaya çalışmaktadır. Mantık analizinde birey, bilgi ve deneyimine dayanarak yaşadığı olayı kendine mantıklı ve kabullenebilir hale getirmeye çalışmaktadır. Bilişsel kaçınma da ise birey bilişsel yeniden tanımlama ve mantık analizi yöntemlerini gerçekleştiremez. Sağlıklı bir değerlendirme yapamadığı için problemi görmezden gelerek stresten kaçınmaya çalışmaktadır (89).

Problem-odaklı başa çıkmada; birey yaşadığı stresin üstesinden gelmek için aktif ve planlı girişimlerde bulunmaktadır. Bu başa çıkma yöntemi; öneri veya bilgi arama, çözüme yönelik harekete geçme ve alternatif ödülleri geliştirme olmak üzere üç alt başlığa ayrılmaktadır. Öneri veya bilgi aramada, birey yaşadığı olayın üstesinden gelmesini sağlayacak bilgi ve beceriler edinmeye çalışır. Çözüme yönelik harekete geçme, duruma yönelik edinilen bilgiler veya öneriler ile plan yapmak ve planları uygulamaya koymak olarak tanımlanabilir. Bu planlara rehberlik arama, destek alma gibi eylemlerde dâhildir. Son olarak alternatif ödülleri geliştirme durumunda ise birey, stresi ortadan kaldıramaz fakat kendini iyi hissettirecek başka eylemlerde bulunmaktadır. Bu eylemler genelde yaşanan stresli durumdan uzak ve bağımsızdır (89).

Duygu odaklı başa çıkmada; birey stresli olay karşısında duygusal tepkiler vermektedir. Duygu odaklı başa çıkma; duygusal düzenleme, boyun eğici kabullenme ve

duygusal boşalma olarak üç alt başlığa ayrılmaktadır. Duygusal düzenlemede birey, problemleri olay karşısında hissedilen duygulara odaklanarak buradan bir deneyim kazanmaya çalışmaktadır. Boyun eğici kabullenmede birey, yaşadığı olayı değiştiremeyeceğine inanır, bu yüzden olay karşısında pasif kalarak duygularını köreltmeye çabalamaktadır. Duygusal boşalmada ise birey, olay karşısında kendini sözlü olarak ifade etmeye çalışarak stresin etkilerini azaltmaya uğraşmaktadır (89).

Carver, Scheier ve Weintraub Başa Çıkma Kuramı (1989): 1989'da Carver, Scheier, ve Weintraub (1989) stresle başa çıkma kuramlarını Lazarus ve Folkman'ın (1984) başa çıkma kuramına dayanarak geliştirmişlerdir. Geliştirilen bu kuramda, başa çıkma tarzları 13 başlık altında incelenmiştir. Bu başa çıkma tarzları; "aktif başa çıkma", "planlama", "kendini tutma", "yarışan aktiviteleri bastırma", "duygusal nedenlerle sosyal destek arama", "araçsal nedenlerle sosyal destek arama", "olumlu yeniden yorumlama ve gelişim", "kabullenme", "inkâr", "dini ve felsefi duygulara yönelme", "duygulara odaklanma ve dışa vurma", "duygusal geri çekilme" ve "zihinsel geri çekilme" olarak ifade edilmiştir.

Bu başa çıkma tarzlarından aktif başa çıkma, planlama, yarışan aktiviteleri bastırma, kendini tutma ve araçsal nedenlerle sosyal destek arama Lazarus ve Folkman'ın (1984) problem odaklı başa çıkma tarzı ile benzerlik göstermektedir. Bunun yanı sıra duygusal nedenlerle sosyal destek arama, olumlu yeniden yorumlama ve gelişim, kabullenme, inkâr, dini ve felsefi duygulara yönelme, duygulara odaklanma ve dışa vurma, duygusal geri çekilme ve zihinsel geri çekilme başa çıkma tarzları ise Lazarus ve Folkman'ın (1984) duygu odaklı başa çıkma tarzı ile benzerlik göstermektedir.

Aktif başa çıkma tarzında, birey stres unsurunu ve etkisini azaltmak için aktif girişimlerde ve eylemlerde bulunmaktadır. Planlama ile başa çıkma tarzı, stres unsuru ile başa çıkmayı zihinsel olarak planlama, stratejiler geliştirme, atılacak adımları belirleme olarak tanımlanabilir. Yarışan aktiviteleri bastırmada, birey mücadeleye veya kendini tehdit eden şeylere daha fazla odaklanabilmek için başka olaylardan uzaklaşır veya ilgisini keser. Kendini tutma, bireyin stres unsurunu ortadan kaldırabilmek için bir fırsatı veya uygun bir zamanı beklemesi olarak tanımlanabilir. Araçsal nedenlerle sosyal destek aramada; bireyin çevresinden öneri, yardım veya bilgi araması ön plandadır (1989).

Duygusal nedenlerden dolayı sosyal destek aramada, birey kendini iyi hissetmek için manevi destek arar, anlaşıldığını hissetmek ve sıkıntıları ifade etmek istemektedir.

Duygulara odaklanma ve dışa vurma tarzında, birey kendi iç sesini, duygularını dinler ve ulaştığı farkındalığı dışa vurmak istemektedir. Davranışsal geri çekilme, zihinsel geri çekilme, inkâr ve kabullenme tarzları Moos ve Billings'in (89) boyun eğici kabullenme tarzı ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Davranışsal geri çekilmede, sorunun giderilmesine yönelik eylemlerin işe yaramayacağına kanaat getirilip, bırakılması söz konusudur. Zihinsel geri çekilmede, sorunu düşünmekten kaçınmak için konudan uzak eylemlere yönelme söz konusudur. İnkârda, bir sorun olduğu kabul edilmemekte ve yokmuş gibi davranılmaktadır. Olumlu yeniden yorumlama ve gelişim tarzında, birey stresin unsurunu kendisine olumlu gelecek şekilde yeniden yorumlamaya çalışır. Dini ve felsefi duygulara yönelme tarzında ise, birey yaşadığı stres etkeni ile mücadelesinde, kendisine iyi gelen öğretiler ve dini aktivitelerle hayatını anlamlandırmaya çalışmaktadır (156).

Endler ve Parker Başa Çıkma Kuramı (1990): Endler ve Parker (157) 1990'da geliştirdikleri başa çıkma kuramını, üç başlık altında incelemiştir. Bu başlıklar görev odaklı başa çıkma tarzı, duygu odaklı başa çıkma tarzı ve kaçınma başa çıkma tarzıdır. Kaçınma başa çıkma tarzı da kendi içinde dikkat dağıtma ve sosyal sapma olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Görev odaklı başa çıkma tarzı, problem odaklı başa çıkma tarzı ile benzerlik göstermektedir. Bu başa çıkma tarzında, birey stres kaynağını etkisiz hale getirmeyi kendine iş edinir ve bunun için çeşitli aktif girişim ve eylemlerde bulunmaktadır (157).

Duygu odaklı başa çıkma tarzında birey, kendi iç dünyasına ve duygularına yönelmektedir. Stres unsuru ve etkilerinin, kendine verdiği zararı azaltmaya yönelik zihinsel ve duygusal tepkilerde bulunur (157).

Kaçınma başa çıkma tarzlarında genel olarak, problem ve problemin çözümünden kaçınma durumu söz konusudur. Dikkat dağıtma başa çıkma tarzında, birey stres unsurundan uzaklaşmak ister bunun için kendisine iyi gelen ve stres unsurunu unutturacak başka şeylerle meşgul olmaktadır. Bu tarz genelde kısa süreli ve geçici stres unsurlarında işe yaramaktadır (157).

Sosyal sapma başa çıkma tarzında, birey stres unsurunu kendisine unutturacak veya etkilerini azaltacak sosyal ilişkiler kurmaya çalışmaktadır. Bu durumda birey ya diğer insanlara uyarak kendi problemlerini unutmaya çalışır ya da edindiği bu sosyal

ilişkilerden beslenerek yaşadığı stres ile başa çıkmasını kolaylaştıracak zaman veya yetenekler kazanmaya çalışmaktadır (157).

Schwarzer ve Taubert Başa Çıkma Kuramı (2002): 2000’li yıllarda Schwarzer ve Taubert (158) diğer stres ile başa çıkma kuramlarından farklı olarak stres ile başa çıkmayı davranış veya duygular üzerine kurgulamak yerine zaman ekseninde incelemiştir. Buna göre stres ile başa çıkma; stres yaratan durum öncesi, stres yaratan durum esnası ve stres yaratan durum sonrası olmak üzere üç farklı zaman aralığında incelenmiştir. Schwarzer ve Taubert’in kuramına göre, birey bu üç zaman aralığında yaşadığı stresli durum karşısında reaktif başa çıkma, beklentisel başa çıkma, önleyici başa çıkma ve proaktif başa çıkma olmak üzere dört farklı şekilde tepki göstermektedir.

Bu tepkilerden reaktif başa çıkmada birey geçmişte veya şu anda yaşadığı stresli durumu ortadan kaldırmak, bu durumun zararlarını telafi etmek veya sonuçları kabul etmek adına girişim ve eylemlerde bulunmaktadır (158).

Beklentisel başa çıkmada birey ileride yaşayacağı ve kendisi için stres yaratacak bir olay karşısında önlemler almaya ve kendini yaşayacağı olaya hazırlamaya çalışmaktadır (158).

Önleyici başa çıkmada ise birey gelecekte meydana gelebilecek veya gelemeyecek ihtimal dâhilinde bir duruma karşı hazırlık yapmaktadır. Burada belirsizlik nedeniyle uzak gelecekteki riskleri yönetme söz konusudur (158).

Proaktif başa çıkmada daha çok kişisel gelişim söz konusudur. Birey ileride karşılaşacağı problemlerin farkındadır, bunları bir tehdit olmaktan ziyade bir fırsat olarak görmektedir. Bu problemlerin üstesinden gelecek ve hedeflerine ulaşacak şekilde kendini eğitmeye ve yetiştirmeye çalışmaktadır (158).

2.2.4. Sağlık Çalışanlarında Stres ve Stresle Başa Çıkma

Stres, bireyin algıladığı içsel ve çevresel talebin fiziksel ve/veya psikolojik sonucudur. Bireyde stres oluşturan şeylere “stres etkenleri (stressors)”, bireyin strese bağlı olarak gösterdiği reaksiyonlara ise “stres tepkileri (stress responses)” adı verilmektedir (85). Stres etkenleri; çevresel talepler, kronik hastalıklar ve toplumsal şiddet gibi kronik stres etkenlerinden; doğal afetler, terörizm ve savaşlar gibi zamanla sınırlı, yüksek şiddetli stres etkenlerine kadar çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte ilgili

yazındaki çalışmalardan da stres etkenlerinin ne kadar çok çeşitli (iş, travma, gürültü, ilişki, çocukluk, annelik, yaşlılık, vb.) olabileceği görülmektedir (154).

Herkes bir dereceye kadar stres yaşamaktadır ve bu duruma bir reaksiyon göstermektedir. Bireylerin strese tepki verme şekli ise, genel refah için büyük bir fark yaratmaktadır. Bireyin stres etkenlerine tepkisi, bireyin psikolojik yapısına, sosyal ve kültürel kaynaklarına ve durumun ihtiyaçlarına bağlı olarak zihinsel veya fiziksel olabilmektedir (154). Stres etkeninin şiddetine ilişkin algılar sübjektif olmakla birlikte, algılanan stres şiddetin daha fazla olması, stres etkeninin daha uzun sürmesi, stres kaynağına daha yakın olmak daha problemlilik/kötü stres tepkileriyle ilişkili olabilmektedir (160, 161).

Sağlık çalışanları işlerinde pek çok stres etkenine maruz kalmaktadırlar. Yüzyü aşkın meslek grubu arasında yapılan anketlere göre doktorluğun ve hemşireliğin en stresli ilk on meslek arasında olduğu tespit edilmiştir (1). 2016 yılında yayınlanan bir çalışma sonucuna göre, sağlık çalışanlarının stres düzeyleri %60'ın üzerindedir (162). Amerikan Hemşireler Birliği'nin, 2022 yılında 11.964 hemşireyle gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada ise, %70'ten fazla katılımcı yakın zamanda stres yaşadığını bildirmiştir (163).

Alan yazında sağlık çalışanlarının, işleri ve iş ortamları dolayısıyla yaşadıkları stres faktörlerini belirlemeye yönelik çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu araştırmalarda ulaşılan sonuçlara göre, iş yükünün fazla olması, uzun çalışma saatleri, yoğun iş temposuyla çalışmak, uzun süreler ayakta kalmak, gece vardiyalarında çalışmak, görevin, alınan karar ve uygulamaların getirdiği sorumluluk duygusu, hata yapma korkusu, sıfır hata düzeyinde çalışma zorunluluğu, hastaların ihtiyaçlarına hızlı yanıt vermek, meslektaşlarla, hasta ve hasta yakınları ile yaşanan iletişim sorunları, ani görev değişiklikleri, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, şiddet yaşama korkusu, düşük kariyer olanakları ile personel ve malzeme yetersizliği sağlık çalışanlarının yaşadıkları stres faktörleri olarak tespit edilmiştir (164-166). Kapalı bir çalışma ortamında aşırı gürültü, hoş olmayan görüntü ve sesler içerisinde çalışmak, ölümcül veya ağır durumdaki hastalarla ilgilenmek, ölüm/toplu ölümlere tanıklık etmek de sağlık çalışanlarının işleri gereği karşı karşıya kaldıkları stres unsurlarındandır (167, 168).

Bununla birlikte, stres faktörlerinin, sağlık çalışanları örnekleminde özellikle olağanüstü salgın dönemlerinde çok sık incelenen bir unsur olduğu dikkat çekmiştir. Rutin dönemlerde dahi pek çok stres faktörüyle karşı karşıya kalan sağlık çalışanlarının, olağanüstü durumlarda işleri ve çalışma koşulları daha da zorlaşmaktadır. Örneğin Covid-

19 pandemisinin ilk zamanlarında ani iş yükü, artan vakalar, koruyucu ekipman eksikliği, virüsten korunmaya yönelik güvenlik prosedürlerine ilişkin yetersiz bilgi, hastalığın tedavi kriterlerine ilişkin belirsizlik, sağlık çalışanlarının yaşadığı başlıca sorunlar arasında olmuştur. Her şeyden öte sağlık çalışanları, virüs bulaşma riski altında hasta bireylere hizmet sağlamak durumundadır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının, virüsü aile üyeleri, arkadaş gibi yakın çevrelerine bulaştırabileceğini düşünme, salgının ne zaman kontrol altına alınacağını bilememe, zor triyaj kararları, sürekli görev ve birim değişikliği, hasta ve arkadaşları kaybetme, fiziksel ve duygusal yorgunluk gibi sorunları yaşandığı da tespit edilmiştir (169-171).

İşleri dolayısıyla maruz kaldıkları strese bağlı olarak, sağlık çalışanlarının çaresizlik, güvensizlik, korku, uyku bozukluğu, TSSB, anksiyete, depresyon, konsantrasyon güçlüğü gibi sıkıntılar yaşadıkları ve iş kazalarında artış olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. (172-176). Ayrıca sağlık çalışanlarında stresin, tükenmişlik (177), işten ayrılma niyeti (178), devamsızlık (178), yıpranma düzeyi (178) ile pozitif; iş tatmini (179), iş gören performansı (180, 181), örgütsel bağlılık (182), yaşam tatmini (13) ve iyi oluş (183) değişkenleriyle ise negatif korelasyon gösterdiği çeşitli çalışmalarla tespit edilmiştir. Hemşirelerle yürütülen bir diğer çalışmada, stresin, devamsızlık ve yıpranma düzeyini artırdığı bulunmuştur (165).

Lu ve ark.'ı (184), iş stresi etkenlerinin düzeylerini belirlemek için bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmada 127 acil hemşiresine, “işin kendisiyle”, “iş yükü ve zaman yönetimiyle”, “hasta bakımıyla” ve “yönetim ve kişilerarası ilişkilerle” ilgili olmak üzere 4 kategoride çeşitli sorular yönetilmiştir. Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre, işin kendisiyle ilgili olarak; düşük maaş ve imkânlar, görev değişim sıklığı, kariyer gelişimi için az imkânın olması en yüksek ortalamaya sahip stres faktörleridir. İş yükü ve zaman yönetimiyle ilgili olarak; yetersiz personel sayısı, çalışma ortamının yeteri kadar iyi olmaması ve hemşirelerin hasta bakımı haricinde çok fazla görevinin olması en yüksek ortalama stres faktörleridir. Hasta bakımıyla ilgili olarak; hasta bakımı esnasında bir sorunun oluşması, hasta yakınlarının sabırsız olması ve bu durumu kabul etmemeleri katılımcı hemşireler için yüksek ortalama stres faktörleridir. Yönetim ve kişilerarası ilişkilerle ilgili olarak ise; yönetici hemşirelere karşı anlayışın az olması ve yönetici hemşirelerin çok fazla eleştirilmesi en yüksek ortalamaya sahip stres faktörleri olarak tespit edilmiştir.

Nehir ve Güngör'ün (185) çalışmasında, hemşirelerin stres unsuru kategorilerden aldıkları yüzdeler şu şekildedir: “iş yükü” (%51,3), “vardiyalı çalışma” (%17,5), “çatışma sorunu” (%15,6), “fiziksel çevre koşulları” (%13,6), “hasta ve hasta yakını ile ilgili sorunlar” (%12,3), “yönetimsel sorunlar” (%9,7) olarak tespit edilmiştir. Buna göre hemşireleri işlerinde en çok zorlayan etkenin, iş yükü olduğu görülmektedir.

Yazında yer alan hemşireler üzerinde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, stres oluşturan unsurlarının öncelik sıralaması yapılmıştır. Bu çalışmada, 7 temel stres etkeni, bunlara bağlı olarak da 34 alt stres unsurunun önem düzeyleri tespit edilmiştir. Temel stres etkenleri, “Ölüm-ölüm süreci”, “hekimlerle çatışma”, “yetersiz hazırlık”, “destek eksikliği”, “diğer hemşirelerle çatışma”, “iş yükü”, “uygulanan tedavideki belirsizlik” kategorilerinden oluşmaktadır. Çalışmada ulaşılan sonuca göre, “iş yükü (0,205)” ve “uygulanan tedavideki belirsizlik (0,170)” sırası ile en yüksek puana sahip temel stres unsurlarındandır. Alt stres unsurlarından ise sırası ile “tıbben acil bir durumda hekimin orda olmaması (0,0773)”, “personel yetersizliği (0,0573)” ve “sekretarya gibi hemşirelik dışı işlerle çok fazla uğraşmak (0,0507)” en yüksek puanlı ifadelerdir (164).

Lesley ve ark.'ı (4) ise, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı stres etkenlerinin belirlenmesinde, önceki çalışmaların daha çok belli bir ortam (iş, çalışma ortamı) veya salgın hastalık dönemleri bağlamında incelendiğini belirtmişlerdir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının yaşadığı stres etkenlerini daha geniş bir bakış açısıyla, daha kapsamlı bir şekilde ele almışlardır. Bu amaçla, Amerika’da görevli 2310 sağlık çalışanına, “Son bir haftaya dönüp baktığınızda size en çok stres yaşatan faktörler nelerdir?” şeklinde açık uçlu bir soru yöneltmişlerdir. Veriler özetleyici içerik analiziyle çözümlenmiştir. Verilerin analizi neticesinde, işle ilgili (%49), yaşamla ilgili (%32) ve hem iş hem de yaşamla ilgili (%19) olmak üzere 3 tür stres etkeni kategorisi ortaya çıkmıştır. Buna göre katılımcıların işle ilgili yaşadıkları stres düzeyi daha yüksek olmakla birlikte, iş ve iş dışı yaşamla ilgili yaşadıkları stres düzeylerinin birbirine yakın değerlerde olduğu söylenebilir. Bu çalışmada elde edilen kategorilerde yer alan stres unsurları ise şu şekildedir:

İşle ilgili stres etkenleri kendi içerisinde; sistem düzeyinde iş stres etkenleri (%16), temel iş stres etkenleri (%14), ekip üyeleriyle ilişki stres etkenleri (%10) ve bireysel iş stres etkenleri (%9), olmak üzere 4 alt başlıkta sınıflandırılmıştır. Sistem düzeyindeki iş stres etkenleri; aşırı iş yükü, yoğun iş temposu ve zaman kısıtı, personel yetersizliği, hastalara yeterli bakımı sağlamak için yeterli zamanın ayrılabilmesi, yıllık

izin kullanım sorunları, uzun çalışma süreleri ve bu sebeple yaşanan uyku yoksunluğu, gibi sıkıntıları içermektedir. Bununla birlikte elektronik tıbbi kayıt sistemlerinin kullanımı gibi yeni teknoloji ürünlerinin kullanımıyla ilişkili sıkıntılar, yetersiz ücret, düşük ücret artış beklentisi, zorunlu birim değişiklikleri, ofis alanının olmaması, kapalı, sınırlı bir alanda, gürültülü bir ortamda çalışmak da bu kategori içerisinde sınıflandırılmıştır. Temel iş stresleri ise daha çok tıbbi bakım sunumuyla ilgili özellikleri içermektedir. Örneğin; hassas, zor veya kritik durumdaki hastalara bakım yapma zorluğu, hasta ölümleri, hasta yakınlarıyla çatışmalar temel iş streslerindendir. Amir veya çalışma arkadaşlarıyla yaşanan iletişim sorunları, anlaşmazlıklar, toksik çalışma kültürü ise ekip üyeleriyle ilişkili stres etkenleridir. Bireysel düzeydeki stres etkenleri ise kişinin işle ilgili yaşadığı duyguları ya da içsel kaygılarını içermektedir. Örneğin; çalışanın genel olarak işiyle alakalı ya da belli bölümlerde (yoğun bakım, ameliyathane) çalışma noktasında kendini yetersiz hissetmesi, takdir edilmeme, motivasyon eksikliği, kariyerde ilerleme imkanının olmaması vb. unsurlar yer almaktadır (4).

Yaşamla ilişkili stres etkenleri; katılımcıların iş dışındaki yaşantılarında stres oluşturan unsurları içermektedir. Kendi içerisinde aile ve kişisel yaşamla ilgili olmak üzere iki alt başlıkta sınıflandırılmıştır. Aileyle ilgili stres etkenleri içerisinde, ebeveynlerin bakımını üstlenme veya yanına taşınması, çocuk bakımı, çocuk sağlığı ve eğitimi ile ilgili sorumluluk ve endişeler, iyi bir ebeveyn olup olamama endişesi, aileye yeterli zaman ayıramadığını düşünmek, çekirdek veya geniş aile üyeleriyle yaşanan tartışmalar, anlaşmazlıklar yer almaktadır. Kişisel yaşamla ilişkili stres etkenleri içerisinde ise, arkadaşlarla yaşanan sıkıntılar, fiziksel veya ruhsal sağlık problemleri, aşırı kilo, zayıflama isteği, işten sonra çok yorgun olmak, spor, hobi vb. durumlara zaman ayıramamak, ev taşımak ve düzenlemek, tadilat işleri vb. evle ilgili görevler, hamile olmak, hamile kalmaya çalışmak, düşük yapmak, faturalar, borçlar, tatil, düğün planlamaları gibi unsurlar yer almaktadır (4).

Hem iş hem de yaşamla ilişkili stres etkenleri ise cevapların kesin olarak bir sınıfa (iş ya da yaşam) dâhil edilemediği, her ikisini de kapsayabilen unsurları içermektedir. Örneğin; para ve finansal sorunlar (maaşla mı, hayat pahalılığıyla mı ilgili olduğu tam olarak anlaşılmayan), zaman kısıtlılığı (yapacak çok şey olmasına karşın yeterli zamanının olmayışı), gelecekle ilgili endişeler, güçsüzlük, umutsuzluk, başarısız hissetmek, sosyal destek eksikliği, anlaşması zor insanlar, işleri önceliklendirememek, odaklanma güçlüğü yaşamak gibi unsurlar yer almaktadır (4).

Uzun süre maruz kalınan veya aşırı stres, kontrol edilemediği takdirde bireylerde psikolojik ve fizyolojik birtakım sıkıntılara yol açabilmektedir. Fakat bu sıkıntılar herkes de gelişmemektedir. Bireyleri stresin bu olumsuz sonuçlarına karşı koruyan faktörlerden biri de başa çıkmadır. Başa çıkma kavramı genel olarak, insanların olumsuz durumlara karşı tepki verme ve bunlarla başa çıkma biçimini ifade etmektedir. Başa çıkma bir strateji, bir tarz veya bir kaynak olarak anlaşılabilir geniş bir kavramdır (186). Aşağıda sağlık çalışanı örnekleme üzerinde, stresle başa çıkma kavramının incelendiği çeşitli araştırma sonuçlarına değinilmiştir.

Sezer ve ark.'nın (187) çalışmasında, stresle başa çıkma tarzları, merhamet yorgunluğunu anlamlı bir şekilde açıklamaktadır. Buna göre iyimser yaklaşım negatif, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım ise pozitif yönde merhamet yorgunluğuna etki etmektedir. Fariz ve ark.'nın (188) çalışmasında, kaçınma, problem odaklı ve sosyal destek arama başa çıkma tarzları, travma sonrası büyümeye anlamlı bir şekilde, pozitif yönde etki etmektedir. Sayan ve ark.'nın (189) çalışmasında, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım tarzlarının, çalışanların örgütsel bağlılığını etkileyeceği ve yükselteceği tespit edilmiştir. Babore ve ark.'nın (190) çalışmasında, daha düşük olumlu tutum ile daha yüksek sosyal destek ve kaçınma stratejileri, daha yüksek stresi düzeylerini açıklamaktadır. Çankaya ve Çiftçi (191) ise duygusal zekânın, stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarının tümüne anlamlı ve pozitif olarak etki ettiğini tespit etmişlerdir. Evgin ve ark.'ı (192) çalışmasında kaygının, iyimser ve kendine güvenli yaklaşımla negatif; çaresiz ve boyun eğici yaklaşımla ise pozitif korelasyon gösterdiğini tespit etmişlerdir. Nehir ve Güngör (185) ise anksiyete ve depresyonun iyimser ve kendine güvenli yaklaşımla negatif; boyun eğici ve çaresiz yaklaşımla pozitif korelasyon gösterdiğini tespit etmişlerdir. Subaşı ve ark.'ları da (169) benzer şekilde anksiyetenin, problem odaklı başa çıkma tarzlarıyla negatif; duygu odaklı başa çıkma tarzlarıyla ise pozitif korelasyon gösterdiğini tespit etmişlerdir. Alosaimi ve ark.'ı (193) da, stres düzeylerinin uyumlu başa çıkma stratejileriyle negatif; uyumsuz başa çıkma stratejilerle ise pozitif korelasyon gösterdiği sonucuna ulaşmışlardır. Dikbaş ve Okanlı (194), ikincil travmatik stresin, iyimser ve kendine güvenli yaklaşımla negatif; çaresiz yaklaşımla ise pozitif korelasyon gösterdiğini tespit etmişlerdir. Yüksel ve ark.'ı (195), tıbbi hata eğilimi ile kendine güvenli yaklaşım arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Nazlı ve Aktaş (196) ise çalışmalarında, psikolojik sermaye alt boyutlarının, problem odaklı başa çıkma tarzlarıyla negatif, duygu odaklı başa çıkma tarzlarıyla ise pozitif korelasyon gösterdiği

tespit etmişlerdir. Ayrıca ilgili yazında stresle başa çıkma tarzlarının, yalnızca katılımların sosyo-demografik özellikleri açısından incelenmiş olduğu da dikkat çekmektedir (169, 185, 192).

İlgili yazında sağlık çalışanlarının stresli durumlarda psikolojik olarak daha iyi hissetmek için başvurdukları başa çıkma stratejileri arasında uyku, beslenme, egzersiz gibi temel ihtiyaçlara odaklanmak, sosyal destek almak, günlük tutmak veya mektup yazmak, nefes ve farkındalık (mindfulness) egzersizleri yapmak, müzik dinlemek (184) gibi faaliyetlere başvurdukları belirlenmiştir. Özellikle salgın dönemlerinde, bireysel olarak koruyucu önlemlere uymaya, virüsle ilgili güvenilir bilgi edinmeye ve sosyal izolasyon kurallarına uymaya çalıştıkları saptanmıştır (197). Ayrıca dini inançtan destek almak, yoga, meditasyon ve nefes egzersizi yapmak, film izlemek, kitap okumak, düş almak gibi faaliyetlerden yararlandıkları da çeşitli çalışmalarla tespit edilmiştir (138, 173).

Yukarıda bahsedilen tüm bu araştırma sonuçlarına göre, stresle başa çıkma çalışmalarının daha çok hemşire örneklemiyle gerçekleştirildiği dikkat çekmiştir. Stresle başa çıkma tarzlarının daha çok stres ve stresin olumsuz psiko-sosyal sonuçlarıyla ilişkisi ya da stresli durumlarda faydalanan başa çıkma stratejileri üzerinde durulduğu görülmektedir. Stresle başa çıkma tarzlarına etki edebilecek unsurların çok daha az incelendiği görülmektedir. İlgili çalışmalarda ulaşılan sonuçlara göre, problem odaklı başa çıkma tarzları, stres ve stresin olumsuz sonuçlarıyla negatif, olumlu örgütsel çıktılarla ise pozitif bir ilişki göstermiştir. Duygu odaklı başa çıkma tarzları ise tam tersi bir şekilde, stres ve stresin olumsuz sonuçlarıyla pozitif, olumlu örgütsel çıktılarla ise negatif bir ilişki göstermiştir.

2.3. İŞ TATMİNİ

2.3.1. İş Tatmini Kavramı ve Kapsamı

İş tatmini kelimesinin İngilizce karşılığı “job satisfaciton” dır. Yazında tatmin kelimesinin, ihtiyaç, beklenti ve arzuların karşılanması anlamlarında kullanıldığı görülmektedir (198, 199). Buna göre iş tatmini veya iş tatmin düzeyi, işe yönelik beklentilerin karşılanması ya da karşılanma derecesi olarak ifade edilebilir.

Hoppock (14) iş tatminini; çalışanın, ‘İşimden memnunum’ demesini sağlayan psikolojik, fizyolojik ve çevre koşullarının bir bileşimi olarak tanımlamıştır. Locke (82)

ise iş tatminini; kişinin işini veya iş deneyimlerini değerlendirdiğinde oluşan zevkli veya olumlu bir duygusal durum olarak ifade etmiştir. Smith ve ark. (200) göre ise iş tatmini; işin kendisi, terfiler, denetim ve iş arkadaşları gibi faktörlere bağlı olarak ölçülebilecek, bireyin işi hakkında sahip olduğu genel bir duygudur.

Cranny ve ark. (52) iş tatminini, “bir çalışanın olumlu tutumunun genel bir ifadesi” olarak tanımlamıştır. Burada iş tatmini yüksek olan bir çalışan genel olarak olumlu tutumlar göstermeyi sürdürmekte iken memnuniyetsiz olan bir çalışan ise işine karşı olumsuz tutumlara sahip olma eğilimindedir. Spector (51) iş tatminini, tatmin ediciler (satisfiers) ve tatmin etmeyenler (dissatisfiers) kavramlarını kullanarak açıklamıştır. Bu kavramlara göre çalışanların işlerini sevmeye veya sevmeme dereceleri vardır. Tatmin ediciler, bireyin psikolojik gelişim ihtiyacını karşılayan faktörlerdir. Öte yandan tatmin etmeyenler, yalnızca bir bireyin iş hakkında "kötü hissetmesini" engellemeye yarayan ödüllerdur. Spector’a göre iş tatmini; faydalar, ücret, işin kendisi, terfi, denetim, iş arkadaşlarıyla ilişkiler, koşullu ödüller, iletişim ve işletim prosedürleri açısından ölçülebilmektedir. Paul ve Phua, iş tatminini, “sonuçların beklentileri ne kadar iyi karşıladığı veya beklentileri aşması” şeklinde tanımlamıştır. Buna göre beklentiler karşılandığında memnuniyet, beklentiler karşılanmadığında ise memnuniyetsizlik oluşmaktadır. Şekil 2.4’te işinden memnun olan ve memnun olmayan çalışanlar resmedilmiştir.



Şekil 2.4. İş tatmini üzerine illüstrasyonlar (50)

Tanımlara göre, “iş tatmini” çeşitli psikolojik, fizyolojik ve çevre koşullarının sağlanması halinde çalışanda oluşan ve çeşitli faktörlere bağlı olarak çalışandan çalışana değişen, ölçülebilir olumlu bir duygu olarak ifade edilebilir.

2.3.2. İş Tatminini Etkileyen Faktörler

Taylor (201) çalışanların en az fiziksel ve zihinsel yorgunlukla, en yüksek maaşı almaları durumunda tatmin olmuş ve üretken olacaklarını savunmuştur. Elton Mayo'nun (202) Western Electric şirketinin Hawthorne tesislerinde yaptığı araştırmalara göre işletmelerin sosyal bir sistem olduğu ve çalışanların tutum ve moralinin sadece maaşa değil bunun yanında yönetici davranışları ve iş arkadaşlarıyla iyi ilişkiler gibi diğer faktörlere de bağlı olduğu görülmüştür (203, 204). Bingöl (205), iş tatminini etkileyen faktörleri; çalışanın iş sonucu ulaştığı maddi çıkarları, iş güvenliği, çalışanın işten duyduğu haz ve işi ile barışık olması, işe değer katmanın gururu, işin umut vadetmesi, işin akış ve hızının kontrolünü elinde bulunduran çalışanın becerileri, çalışanın diğer çalışanlarla olan olumlu ilişkisi, işyerinde sergilenen tutum, yöneticinin davranışları ve sendika ilişkileri olarak saymıştır. Bu faktörlerin yanında Eren (206) ise, bireyin genetik özelliklerinin, aile faktörünün, eğitim durumunun, değer yargılarının, iş deneyiminin, sosyal çevre ve yapısının da iş tatminini etkilediğini belirtmiştir.

İş tatminini etkileyen faktörlerin bir kısmı örgütsel ve bireysel olmak üzere iki grup altında sınıflandırılmaktadır (207). Buna göre örgütsel faktörlerden bazıları çalışma koşulları, organizasyon politikaları, çalışan devri, terfi ve kariyer olanakları, işin yapısı, ücret, örgütsel stres, denetim biçimi, yönetime katılma ve iletişim olarak sıralanabilir (208-210). Bireysel faktörler ise; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, kişilik, deneyim ve işte geçirilen süre olarak sayılabilir (210, 211). Bireysel ve örgütsel faktörlere ek olarak inançlar, değerler ve tutumlar gibi kültürel faktörlerin de iş tatminini etkilediği bilinmektedir (212).

2.3.3. İş Tatmini ile İlgili Modeller ve Kuramlar

İş tatminini açıklayan kuram ve modeller ele alındığında; Smith ve ark.'nın (200) 1969'da geliştirdiği "Cornel Modeli" ve Hackman ve Oldham'ın (213) 1980'de geliştirdiği "İş Karakteristikleri (Job Characteristic) Modeli" ön plana çıkmaktadır. İş tatminini açıklamak için geliştirilen modellerin birçoğu iş tatmini ile motivasyon kavramları arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. Bu sebeple bu modellerin yanı sıra iş tatmini ve motivasyon kavramlarının yakın ilişkisi sebebiyle, motivasyon kuramlarından "İki Faktörlü Model" ve "Eşitlik Kuramı" da iş tatmini ile ilişkili olarak bu başlık içerisinde incelenmiştir.

Cornel İş Tatmini Modeli; Smith, Kendall ve Hulin (200) tarafından geliştirilen bu model yazında Cornel modeli olarak adlandırılmaktadır. Bu modele göre, çalışan işini yaparken veya işiyle alakalı duygularını değerlendirirken “referans çerçevesi” olarak adlandırılan, kişisel iç standartlarını kullanmaktadır. Bu iç standartlar; çalışanın beklentileri, tecrübeleri, karakteri, adil muamele isteği, işle ilgili uyarıcılara karşı uyumu, etik değerleri gibi faktörleri içermektedir (214). Smith ve ark. (215) iş tatminini; çalışanın kendi referans çerçevesini kullanarak işine yönelik gösterdiği duygular olarak ifade etmiştir. Smith ve ark., geliştirdikleri modelde sundukları referans çerçevesi kavramını kullanarak “İş Tanımlama Ölçeğini” geliştirmişlerdir. Bu ölçek ise işin kendisi, ücret, yükselme olanakları, denetim ve çalışma arkadaşları alt boyutlarından oluşmaktadır (216).

İş Karakteristik Modeli; Bu model Hackman ve Oldham (213) tarafından geliştirilmiştir. İş karakteristik modeli, bir çalışan için üç kritik psikolojik durum mevcut olduğunda, olumlu bir kişisel ve iş sonucu olarak yüksek iş tatmininin elde edilebileceğini önermektedir. Bu üç kritik psikolojik durum işin deneyimlenen anlamlılığı, işin sonuçları için deneyimlenen sorumluluk ve iş faaliyetlerinin sonuçları hakkında bilgi olarak tanımlanmıştır. Olumlu sonuçların gerçekleşmesi için bu üç psikolojik durumun da mevcut olması gerekmektedir. Modele göre, bu üç psikolojik durum ise beş temel iş karakteristiğine bağlı olarak oluşmaktadır. Bu beş temel iş karakteristiği ise; görev kimliği, beceri çeşitliliği, özerklik, görev önemi ve geri bildirim olarak belirtilmiştir.

Beceri çeşitliliği; işin yapılabilmesi için gerekli olan beceri ve yeteneklerin derecesini ifade etmektedir. Hackman ve Oldham’a (213) göre çalışanlar, rutin ve basit işlere kıyasla çeşitli beceri ve yetenek gerektiren işlerde daha fazla anlamlılık yaşayabilmektedirler.

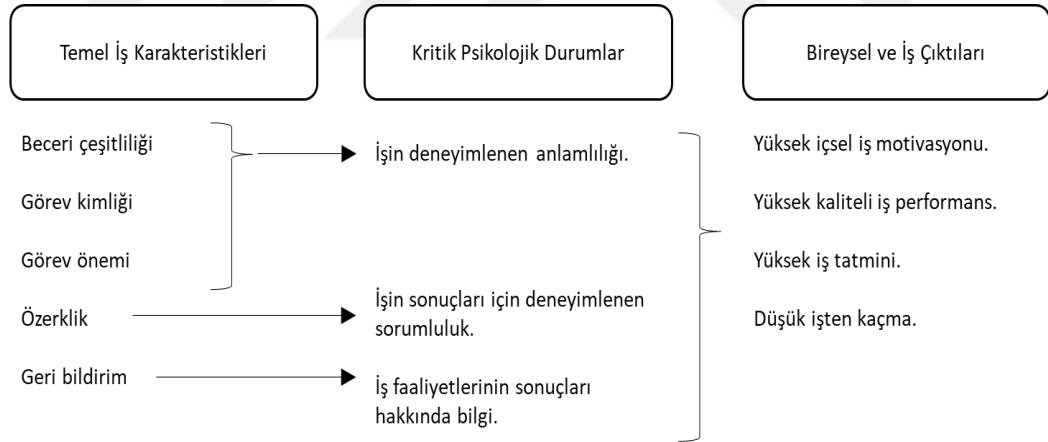
Görev kimliği; çalışanların ilgili işin yürütülmesi veya tamamlanmasında kendilerine düşen sorumluluğu ifade etmektedir. Çalışanlar, işin sadece bir kısmından sorumlu olmak yerine, sürecin tamamına dâhil olduklarında işin daha anlamlı olduğunu hissetmektedirler.

Görevin önemi; işin diğer insanların hayatlarını etkileme derecesi olarak ifade edilmektedir. Bu etki, iş yerine veya dış ortama yönelik olabilmektedir. Çalışanlar, başkalarının psikolojik veya fiziksel refahını önemli ölçüde artıran bir işi, başkaları üzerinde sınırlı etkisi olan bir işten daha anlamlı bulmaktadırlar.

Özerklik; işin planlanmasında ve yürütülmesinde çalışanın sahip olduğu özgürlük, bağımsızlık ve karar verme derecesi olarak tanımlanmaktadır. Yüksek düzeyde özerkliğe sahip işlerde, işin sonuçları, çalışanların kendi çabalarına, girişimlerine ve kararlarına bağlı olmaktadır. Buna bağlı olarak da, çalışanlar işteki kendi başarı ve başarısızlıklarının kişisel sorumluluğunu daha fazla yaşamaktadırlar.

Geribildirim; çalışanın işin ilerleyişi, sonuçları ve kendi gösterdikleri performans hakkında bilgi sahibi olma derecesidir. Çalışana gösterdiği iş performansı hakkında net bilgiler ve tavsiyeler verilmesi, çalışanın işi hakkında tecrübe kazanmasını sağlamakta ve performansını arttırmaktadır.

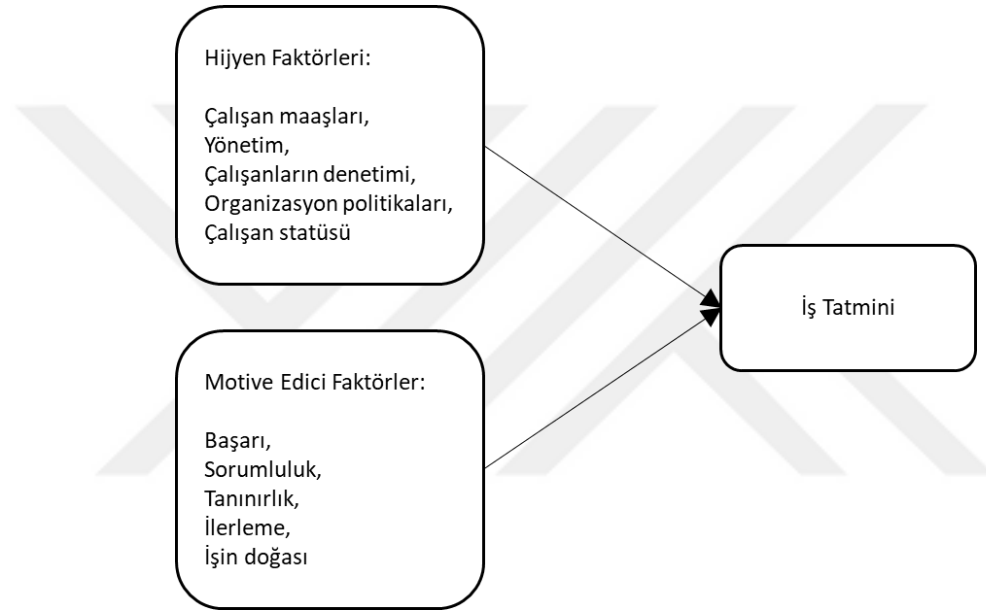
Beceri çeşitliliği, görev kimliği ve görev önemi “işin deneyimlenen anlamlılığı”, özerklik “işin sonuçları için deneyimlenen sorumluluk” ve geri bildirim “iş faaliyetlerinin sonuçları hakkında bilgi” psikolojik durumlarını oluşturmaktadır. Bu üç psikolojik durum da Şekil 2.5’te gösterildiği gibi bireysel ve iş çıktıları oluşturmaktadır.



Şekil 2.5. İş karakteristik modeli (213)

İki Faktörlü Model: Bu model ilk kez 1959’da Herzberg (217) tarafından ortaya atılmıştır. İki Faktörlü Model, bir örgütte iş tatmininin olması için örgütün sırasıyla hem motive edici hem de hijyen faktörlerini sağlaması gerektiğini öne sürmektedir. Modelde hijyen kavramı, temiz bir yerin hastalık yapmamasına benzetilerek, çalışanı direkt motive etmese de çalışanın demotive olmasını önleyen faktörler olarak tanımlanmıştır.

Herzberg'e göre hijyen faktörleri, çalışan maaşları, yönetim, çalışanların denetimi, organizasyon politikaları ve çalışan statüsü gibi faktörlerden oluşmaktadır. Modelde geçen motive edici faktörler ise adından da anlaşıldığı gibi çalışanı direkt motive eden faktörlerdir. Herzberg motive edici faktörleri, işin insanları performans gösterme isteği uyandıran ve insanlara memnuniyet sağlayan yönleri olarak tanımlamıştır. Motive edici faktörlere örnek olarak başarı, sorumluluk, tanınırlık, ilerleme ve işin doğası gibi faktörler sayılabilir. Aşağıdaki Şekil 2.6'da İki faktörlü modelin şematik yapısı gösterilmiştir.



Şekil 2.6. İki faktörlü model (217)

Eşitlik Kuramı: Bu model 1963 de Adams (218) tarafından öne sürülmüştür. İş tatmininin eşitlik teorisi, çalışanların bilişsel olarak memnuniyet durumları hakkında karar vermelerini şart koşturur. Bu teoriye göre, çalışanlar kendi girdi ve kazanım oranlarını başka bir çalışanın girdi-kazanım oranlarıyla karşılaştırırlar. Adams girdileri, bir çalışanın işine sağladığı nitel ve nicel katkısı olarak tanımlamıştır. Girdilere örnek olarak; yetenek, sıkı çalışma, çaba, zaman, bağlılık, uyum sağlama, esneklik, tolerans, kararlılık, şevk ve kişisel güven verilebilir. Öte yandan, çıktılar ise, bir çalışanın, işin sonunda diğer çalışanlara kıyasla maruz kaldığını algıladığı olumlu ve olumsuz sonuçlar olarak tanımlanmıştır. Çıktılara örnek olarak; iş güvenliği, çalışanlara sağlanan faydalar, maaş, saygı, itibar, tanınma, sorumluluklar ve başarı duygusu verilebilir. Bu teori, çalışanların çalışma durumunda algıladıkları eşitlik veya eşitsizlik derecesinin, çalışanın

iş performansına ve memnuniyetine etki eden önemli bir unsur olduğunu savunmaktadır. Örnek olarak, bir çalışan kendi sonuçlarının girdilere oranının, bir başkasının sonuçlarının girdilerine oranına eşit olmadığını algıladığında, işinde bir eşitsizliğin var olduğunu öne sürmektedir. Nihayetinde de iş tatminsizliği ortaya çıkabilmektedir.

2.3.4. Sağlık Çalışanlarında İş Tatmini

İş tatmini onlarca yıldır çeşitli bilimsel alanlarda ilgi görmektedir ve yönetim uygulamalarına ilişkin araştırmaların da odak noktası olmaya devam etmektedir (219). İş tatmini, çalışanların kalite (214), üretkenlik ve bağlılık (220, 221) açısından performanslarının yanı sıra işte kalma niyetleri için de bir gösterge görevi görmektedir (222, 223). Tam tersi bir durumda, yeterli iş tatmini olmadığında ise, çalışanlarda bıkkınlık, tükenmişlik, işe geç gelme ve devamsızlık, işten ayrılma, hatalarda artış gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir (224-228). Sağlık hizmetleri iş tatminsizliği sonuçlarının telafi edilebileceği bir hizmet alanı değildir. Hizmet sunumunda yaşanabilecek hatalar telafisi olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Sağlık çalışanları açısından iş tatmini büyük bir önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının memnuniyeti, hasta bakım kalitesi, hastaların memnuniyeti, hasta güvenliği ve bunların sonuçlarıyla ilişkilidir (15, 229, 230). Sağlık çalışanları iş tatmininin, ulusal sağlık sonuçları üzerinde bir etkisi bulunmaktadır (16). Bu nedenle sağlık çalışanlarında iş tatmini kavramı üzerinde önemle durulması gereken bir konudur.

Aşağıda sağlık çalışanları örnekleminde, iş tatmini kavramının incelendiği çeşitli çalışma sonuçlarına yer verilmiştir.

İlgili yazında iş tatmini kavramının, sosyo-demografik özellikler ya da iş, çalışma ortamı veya örgütsel özellikler bakımından incelendiği dikkat çekmektedir (231-233). Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, sağlık çalışanlarından, sadece gündüz vardiyalarında çalışanlar (231, 234, 235), çalıştığı birimden, terfi olanağından ve aldıkları ücretten memnun olanlar (231), işi kendi isteğiyle veya severek tercih edenler, mesleği kendine uygun bulan veya mesleği yapmaktan memnun olanlar (234), işte kendini geliştirme fırsatı bulanlar, yıllık maaşı daha yüksek olanlar, hastalarla ilgili tükenmişliği daha az olanlar (236) yöneticilerinden olumlu destek görenler, meslektaşlarından daha

çok destek hissedenler, kurumsal destek gördüklerini düşünenler (237), haftalık çalışma saati 40 saat ve altı olanlar (234) daha yüksek iş tatmin düzeylerine sahiptir.

İlgili yazında örgütsel iletişim (238), örgütsel güven (239), etkileşimci ve araçsal liderlik (240), etik ve dönüşümcü liderlik (241-243), sosyal destek ve sosyal iklim (244, 245), cinsiyet eşitliği algısı, işe karşı duyulan saygı (246), personel güçlendirme (236), psikolojik güçlendirme, psikolojik sermaye (2), motivasyon (247), iş özerkliği, hasta güvenliği kültürü (229) değişkenlerinin, iş tatminini anlamlı bir şekilde, pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Bununla birlikte mesleği isteyerek seçme (248), meslektaşlarla iyi ilişkiler (249, 250) hemşireler arası iş birliği (249), karar alma sürecine katılmak (232), olumlu iş yeri kültürü (251), kaliteli, alt yapısı daha iyi bir tesiste çalışmak (233, 252), hastalara ayıracak yeterli zamanın olması ve hasta memnuniyetinin sağlanması (16, 253), sosyal statü ve itibar (16) ve nispeten yüksek ve adil maaşlar da (16, 254) iş tatminine anlamlı bir şekilde ve pozitif yönde etki eden unsurlardır. Buna karşın, aşırı iş yükü algısı, haftalık çalışma süresi (248), aşırı rol yükü, uzun ve değişken vardiyalar (255), tükenmişlik (236), stres hassasiyeti, kaygı, yalnızlık, sinirlilik (2) iş tatminine anlamlı bir şekilde, negatif yönde etki eden unsurlardır. İş tatmininin ise, örgütsel bağlılığa (247) pozitif, işten ayrılma niyetine (222) ise negatif yönde etki ettiği tespit edilmiştir.

İş tatmininin pozitif korelasyon gösterdiği değişkenler şu şekildedir: yaşam kalitesi (256), fiziksel ve zihinsel sağlık (257), sosyal sermaye, ekip üyeleri arasındaki sosyal destek (257), örgütsel bağlılık, yapıcı ve işbirlikçi hemşire-yönetici ilişkisi. İş tatmininin negatif korelasyon gösterdiği değişkenler ise şu şekildedir: mesleki tükenmişlik (256), depresyon, iş stresi algısı (258-260) ve işten ayrılma niyetidir (250).

Eyitmiş ve Yıldırım (261) çalışmasında, Covid-19 pandemi sürecinde, hastalık kaygısı, iş tatmini ve iş stresinin çalışma yaşam kalitesi üzerindeki etkisini araştırmıştır. Çoklu düzenleyici etki analiz sonuçlarına göre, katılımcıların hastalık kaygısı ve iş stresi düşük olduğunda, iş tatmininin çalışma yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisi daha fazladır; hastalık kaygısı ve iş stresi düzeyleri arttıkça iş tatmininin, çalışma yaşam kalitesini etkileme düzeyi düşmektedir.

Jingjing Ge ve ark. (262) çalışmasında, çaba-ödül dengesizliği ve işe bağlılığın, öz sağlık değerlendirmesine etkisinde iş tatminin aracılık etkisi olduğu bulunmuştur. Çaba-ödül dengesizliği arttıkça iş tatmini azalmakta, işe bağlılık arttıkça ise iş tatmini artmaktadır. İş tatmininin artması ise sağlık çalışanlarının sağlık durumlarına ilişkin genel algılarını olumlu olarak etkilemektedir. Cui Yang ve ark. (263) çalışmasında, cesaretin

hem doğrudan hem de algılanan stres aracılığıyla iş tatminine etki ettiği bulunmuştur. Cesaret arttıkça, algılanan stres azalmakta iş tatmini ise artmaktadır.

Penconek ve ark. (264), yönetici hemşirelerde, iş tatminini etkileyen faktörleri belirlemek için sistematik inceleme gerçekleştirmişlerdir. Analiz sonucunda iş tatminini etkileyen faktörleri; işle ilgili özellikler, organizasyonel özellikler ve kişisel özellikler olarak sınıflandırmışlardır. Üç kategori arasında ulaşılan bulgular ise şu şekildedir: hemşire yöneticilerin iş tatmin düzeyleri; özerklik, güç, ekip üyeleri arasındaki sosyal destekle pozitif; iş stresiyle negatif bir ilişki göstermektedir.

Hasebrook ve ark. (265), çalışmalarında, iş tatmininin, işte kalma niyeti üzerindeki güçlü etkisinden yola çıkarak çalışma koşullarının iş tatminini ve işte kalma niyetini nasıl etkilediğini tespit etmeyi amaçlamışlardır. Hem nitel hem de nicel yöntemlerle, Alman üniversitesinde görevli 178 doktordan veri toplanmıştır. Analiz neticesinde, yüksek iş yükü ve zayıf kariyer beklentisinin, olumsuz bir tutumla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışma ortamına yönelik olumlu tutum ve yüksek işte kalma niyeti, yeterli personel ve teknik kapasiteye, güvenilir görev planlamasına ve adil maaşlara dayanmaktadır. Bununla birlikte mevcut ekip çalışması algısı ve çalışma ortamına ilişkin gelecekteki gelişmeler, iş tatmini ve işte kalma niyetini artıran ana unsurlar olarak belirlenmiştir.

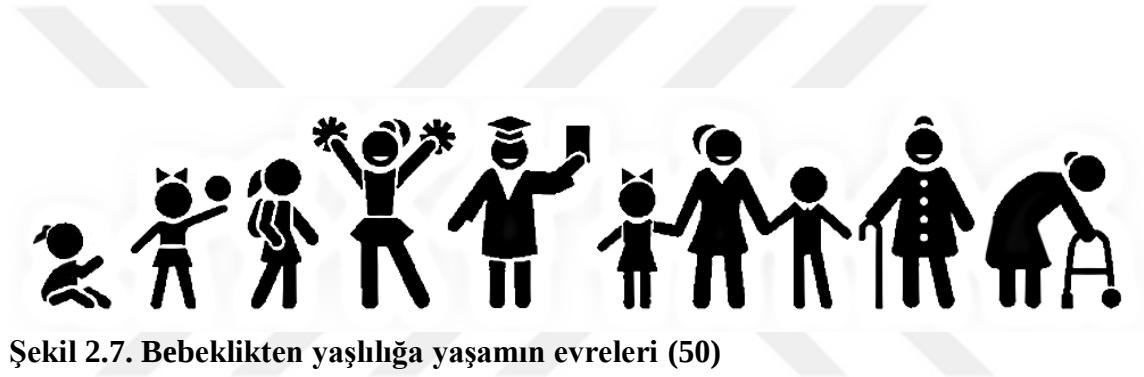
Sağlık çalışanlarında iş tatmini kavramının daha çok bağımlı değişken rolünde incelendiği, bir başka ifadeyle iş tatminine etki eden unsurların tespit edilmeye çalışıldığı söylenebilir. Ayrıca pek çok çalışmada tekil olarak çeşitli organizasyonel ve bireysel özellikler bakımından incelendiği de dikkat çekmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise daha çok aracılık analizlerinin yapıldığı görülmektedir.

2.4. YAŞAM TATMİNİ

2.4.1. Yaşam Tatmini Kavramı ve Kapsamı

Yaşam tatmini üzerine yapılan tartışmalar insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Augustus döneminin en önemli Romalı şairlerinden biri olan Horatius'un (266) bugüne ulaşmış "carpe diem (anı yaşa)" deyişi ile anlattığı gibi hayattan keyif alabilmek için ne geçmiş ne de geleceği dert etmemeli, bulunulan anın farkına varıp, bu anın keyfini çıkarmak gerektiği öğütlenmektedir. Şekil 2.7'de resmedildiği gibi insanın yaşamında değişim ve yaşlanma kaçınılmazdır. Yaşam insanı ölünceye kadar bırakmaz, bu yüzden

tarih boyunca insanların yaptığı her şey aslında yaşamlarını güzel geçirebilmek ve anlamlı hale getirebilmek içindir. Bernard Shaw (267), “İstediğin şeye sahip olmak zenginliktir ama bunları zenginlik olmadan yapmak güçtür.” diyerek zenginliğin ve gücün tanımını yapmıştır. Yaşamı güzel geçirebilmek çoğu kez imkânlar yani zenginlikle bağdaştırılmıştır. Bu düşünce kısmen doğru olsa bile; yaşam tatmininin sadece zenginlik ve güç ile elde edilemeyeceği de bilinmektedir. Hem bir cihan padişahı hem de bir şair olan Kanuni Sultan Süleyman (268) “Halk içinde mu'teber bir nesne yok devlet gibi. Olmaya devlet cihânda bir nefes sıhhat gibi.” mısralarıyla bir cihan padişahı da olsan asıl saadetin sağlıklı olmada ve yine anda saklı olduğunu söylemektedir.



Şekil 2.7. Bebeklikten yaşlılığa yaşamın evreleri (50)

Modern anlamda ise yaşam tatmini üzerine yapılan tanımlar şu şekildedir: Neugarten (269) konuyu yaşın ilerlemesine bağlamış ve “sağlıklı yaşlanma” kavramını kullanmıştır. Andrew (270), yaşam tatmininin kapsayıcı bir kriteri veya insan deneyiminin nihai sonucunu simgelediğini belirtmiştir. Buna göre yaşam tatmini, olumsuzdan olumluya doğru değişen belirli bir zaman noktasında kişinin yaşamıyla ilgili duygu ve tutumlarının genel bir bilişsel değerlendirmesidir. Shin ve Johnson (271) konunun göreceliğine dikkat çekerek “yaşam tatminini; bireyin kendi yaşam kalitesine ilişkin kendi kuralları ile belirlediği öz değerlendirmesi” olarak yorumlamıştır. Yaşam tatmini, bilişsel teori ile uyumlu olarak, “bireyin kendi yaşam koşullarının standartlara uygunluğuna dayalı karşılaştırmalar hakkındaki bilişsel yargısı” olarak nitelendirmiştir. Yaşam tatmini, bir kişinin yaşamının kalitesini kendi içinde ölçtüğünde yaşamını olumlu olarak değerlendirme ölçüsüdür (272). Veenhoven’a (273) göre “yaşam tatmini, kişinin yaşamının genel kalitesini bir bütün olarak olumlu değerlendirme derecesidir”. Sumner (274) ise “Hayatınızın koşullarının olumlu bir değerlendirmesi, en azından

hesaplandığında standartlarınıza veya beklentilerinize karşı olumlu yönde ölçülebilen bir yargı” tanımını getirmiştir. Diener ve ark. (275) yaşam tatminini; kişinin geçmişi ve geleceği hakkındaki tatminine, kişinin çevresindekilerin kendisi hakkındaki önemli görüşlerine ve kişinin hayatını değiştirme isteğine bağlı olduğunu savunmuşlardır. Buna göre, “yaşam tatmini; zihinsel ve fiziksel sağlığın diğer göstergeleri ile birlikte yaşam kalitesinin aşikâr göstergelerinden biridir.” Cribb’e (276) göre ise yaşam tatmini; kişinin hayallerinin/hedeflerinin gerçek başarısıyla karşılaştırılmasından türetilen genel varoluş koşullarının bir değerlendirmesidir. Buna göre kişinin hayalleri ve başarıları arasında ne kadar az fark olursa o kadar fazla yaşam tatmini oluşmaktadır.

Diener’e göre yaşam tatmini, olumlu duygulanımla birlikte öznel iyi oluşun birer alt boyutudur. Öznel iyi oluş iki boyutun toplamından oluşan şemsiye bir terim olup yazında mutlulukla eş anlamlı kullanıldığı görülmektedir. Burada yaşam tatmini bilişsel bir değerlendirmeyi, olumlu duygulanım ise duygusal bir değerlendirmeyi içermektedir. Diener (277), eski çalışmaları ile uyumlu olarak yaşam tatmini hakkında “Bir kişinin hayatıyla ilgili bilişsel değerlendirme neticesinde vardığı yargıdır” tanımını yapmıştır.

Yaşam tatminine ilişkin tüm tanımlar göz önüne alındığında ortak nokta, kişinin yaşamına ilişkin, bilişsel değerlendirmesi sonucunda vardığı, ölçülebilen olumlu bir yargı olmasıdır. Kişi bu yargıya, kendi belirlediği ya da başka şeylerle karşılaştırma sonucunda belirlediği standartlar, hedefler, başarılar çerçevesinde varmaktadır.

2.4.2. Yaşam Tatmini ile İlgili Modeller ve Kuramlar

Literatürde yaşam tatmini üzerine “Bir noktaya erişme teorisi”, “Haz/Acı teorisi”, “İlişkilendirici Teori”, “Yargı Teorisi”, “Yukarıdan Aşağıya Yaklaşım”, “Aşağıdan Yukarıya Yaklaşım” ve “Etkinlik Teorisi” olmak üzere çeşitli teoriler üretilmiştir. Bu teoriler kısaca aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

Bir noktaya erişim kuramı: Bir noktaya erişme teorisi ilk kez Wilson (278) tarafından 1960’lı yıllarda ortaya konulmuştur. Bu teoriye göre mutluluğun ihtiyaçların karşılanması halinde oluşacağı ve tam tersi ihtiyaçların karşılanamaması durumunda mutsuzluğun oluşacağı tezi savunulmuştur. Diğer bir ifade ile bireyin amaçlarına, hedeflerine, isteklerine ve ihtiyaçlarına ulaştığı zaman mutluluğun ve iyi oluş halinin ortaya çıkacağı ifade edilmiştir.

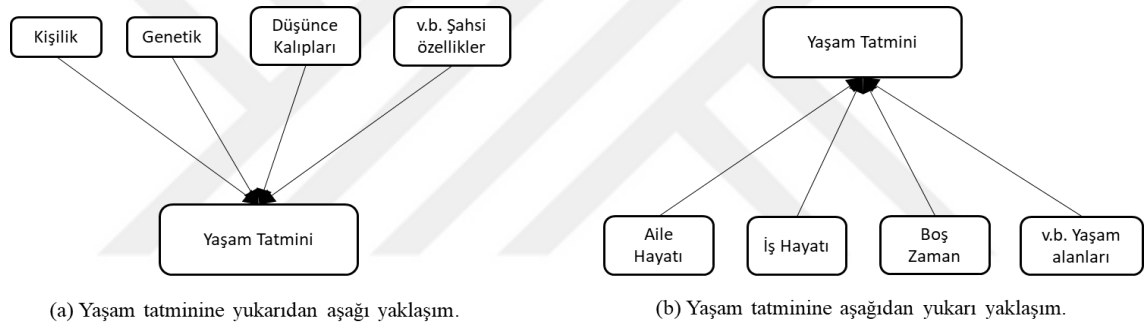
Haz/Acı Kuramı: Haz ve acı teorisi bir noktaya erişme teorisinin temellerine dayanmaktadır. Bu teori de yine, Wilson (278) tarafından 1967’de öne sürülmüştür. İnsanlar acı veren şeylerden uzaklaşma ve haz veren şeylere yaklaşma eğilimindedir. Bu teori, bireyin hedeflediği bütün amaçlara ve istediği her şeye ulaşması halinde bir haz yaşayacağını ve bu haz ile büyük bir mutluluk duyacağını savunmaktadır. Diener’in (279) deyimine göre birey haz aldığı veya acı çektiği şeylere alıştıkça bunlardan duyduğu mutluluk veya huzursuzluk azalacaktır. Bireyin yoksunluğunu hissetmediği bir gereksinimini doyurması ya da ulaşmayı hayal etmediği bir hedefe ulaşması o bireyi çok fazla mutlu edemeyecektir.

İlişkilendirici Kuram: İlişkilendirici teori bireyin yaşadığı olaylara ve anlara yükledikleri anlam ile ilgilenmektedir. Schwarz ve Clore’ye (280) göre bireyin yaşadığı olayları olumlu veya olumsuz şeklinde değerlendirmesi, içsel faktörler ile alakalıdır ve bireyin değerlendirmeleri gerçek mutluluğun kaynağını ifade etmektedir. Fordyce (281) 1977’de yaptığı bir çalışmada; bireyler olumsuz fikirlerden bilinçli olarak uzaklaşarak mutluluklarını arttırabilir, bunun yanında bazı bireyler doğuştan mutluluğa eğilimli bir mizaca sahiptir yorumunu yapmıştır. Yine de mutluluk kişinin olaylara yaptığı yüklemeler ile ilişkilidir. Bu anlamda yaşanan güzel olaylar kişinin içsel faktörleri ile desteklenirse daha çok mutluluk getirecektir (282).

Yargı Kuramı: Bu kurama göre bireyler kendilerini diğer insanlarla ve toplumun yargılarına göre kıyaslamaktadırlar. Toplumun yargı standartlarından daha yüksek standartlara sahip bireyler, kendilerini tatmin olmuş hissederken, daha düşük imkânlarla hayatlarını idame etmeye çalışan bireyler ise, kendilerini daha kötü hissedeceklerdir. (283, 284).

Yukarıdan Aşağıya Yaklaşım (Top-Down Approach to Life Satisfaction): “Yaşam tatminine yukarıdan aşağı yaklaşım” ve “Yaşam tatminine aşağıdan yukarı yaklaşım” tanımları ilk defa Diener tarafından 1984’lü yıllarda yapılmıştır (279). Şekil 2.8’de gösterildiği gibi yukarıdan aşağıya yaklaşım, yaşam tatminini kişinin bir işlevi olarak ele alırken, aşağıdan yukarıya yaklaşım, yaşam tatminini yaşam alanlarının bir birleşimi olarak görmektedir. Erdoğan’a (285) göre, yukarıdan aşağıya yaklaşım, yaşam tatminini sabit özelliklerin bir fonksiyonu olarak açıklamaktadır. Buna örnek olarak, bazı insanların kim olduklarına bağlı olarak hayatlarından daha fazla tatmin olması verilebilir. Headey’in (286) yaptığı tanıma göre, yukarıdan aşağıya yaklaşım, yaşam alanlarıyla ilgili

memnuniyetin esas olarak kişilik özelliklerine ve diğer sabit genetik etkilere bağlı olan genel yaşam memnuniyetinin bir sonucu olduğu görüşüne dayanmaktadır. Steel ve ark. (287) 2008’de yaptıkları meta-analiz çalışmasında ölçtükleri beş değerden yaşam tatmininin en çok nevrotiklik (neuroticism) ile, orta seviyede uyumluluk (agreeableness), dışadönüklük (extraversion) ve vicdanlılık (conscientiousness) ile, en az ise açıklık (openness) ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bunlara rağmen Diener (288), yukarıdan aşağıya etkilerin yaşam olayları gibi durumsal etkilerin önemini ortadan kaldıramayacağını da belirtmiştir. Heller ve ark. (289) iş ve evlilik tatmininin, kişiliğin yaşam tatmini üzerindeki etkilerini değiştirdiğini göstermiştir. Başka bir deyişle, yukarıdan aşağıya etkiler, yaşam tatmini etkilemek için yaşam alanlarının algılarını şekillendirebilmektedir.



Şekil 2.8. Yaşam tatminine yukarıdan aşağı ve aşağıdan yukarı yaklaşımlar (50)

Aşağıdan Yukarı Yaklaşım (Bottom-Up Approach to Life Satisfaction): Heller ve ark. (289) aynı zamanda Pavot ve Diener’in (290) çalışmalarına göre; aşağıdan yukarıya yaklaşım, yaşam tatminini, yaşam alanlarıyla ilgili doyumun bir fonksiyonu olarak görmektedir. Hayatın iş, aile, sağlık ve boş zaman gibi birçok ayrı ama birbiriyle ilişkili alanı vardır. Aşağıdan yukarıya yaklaşıma göre, bireylere yaşam tatminleri sorulduğunda bildirdikleri şey, farklı yaşam alanlarıyla ilgili karmaşık bir memnuniyeti içermektedir. Yaşam tatmini, yaşam alan doyumlarının basit bir ortalaması değildir. Çünkü her bir bireyin yaşam alanlarına yüklediği anlam, yaşam alanlarını nasıl değerlendirdiği farklılık gösterebilmektedir. Erdoğan’a (285) göre; bazı insanlar yaşam tatminini esas olarak boş zamanlarına göre ifade ederken; diğerleri iş veya sağlığı en önemli şey olarak ifade

etmektedir. Oishi ve ark. (17) kişinin, değerleriyle uyumlu alanlardan duyduğu doyumun, yaşam tatmini açısından nispeten daha önemli olduğunu göstermiştir. Örneğin, başarıya değer veren bireyler ile ilişkilere değer veren bireylerin, yaşam tatminleri değerlendirildiğinde iş ve aile doyumunu farklı şekilde vurgulayacaklardır. Ayrıca, Wu'nun (291) gösterdiği gibi bir alandaki mutsuzluk genellikle o alanın öneminin yeniden değerlendirilmesine yol açabilmektedir. Sağlık sorunu yaşayan birinin aile memnuniyetinin artması bu duruma örnek verilebilir.

Etkinlik Kuramı: Etkinlik teorisi Aristoteles'in öncülüğünde gelişmiştir. Bu teoriye göre mutluluk kişinin keyif aldığı etkinlikler ile sağlanabilmektedir. Modern anlamda bu etkinlikler; hobi, fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler gibi ifade edilebilir. Birey kendini tanıyıp kendine iyi gelecek etkinlikleri seçerek yaşam tatminine katkıda bulunabilir (292).

2.4.3. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Tatmini

Bu başlık altında, sağlık çalışanları örnekleminde, yaşam tatmini kavramının yer aldığı çeşitli araştırma sonuçlarından bahsedilmiştir. İlgili yazında yaşam tatmini kavramının, iş ve çalışma koşullarıyla ilgili çeşitli özellikler açısından incelediği dikkat çekmektedir (248, 293-297). Bu çalışmalarda elde edilen sonuçlara göre, mesleğini isteyerek seçenler, mesleğini severek yapanlar, gelirinden memnun olanlar (293), Covid-19 virüsü hakkında daha iyi bir bilgi düzeyine sahip olanlar (297) daha yüksek yaşam tatmin düzeylerine sahiptir. Buna karşın, iş yükünün fazla olduğunu düşünenler, nöbet tutarak çalışanlar (248) ve Covid-19 pandemisinde kendi ölümünü daha sık düşünenler ise (295) daha düşük yaşam tatmin düzeylerine sahiptir.

Tosun ve Çerev (18), 112 acil sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, ücret tatmin düzeyi ile yaşam tatmin düzeylerinin, beyin göçü niyetine etkisini araştırmışlardır. Çalışmada ücret tatmin düzeyi ile yaşam memnuniyeti arasında anlamlı ve pozitif; beyin göçüne yönelik tutum ile ücret tatmin düzeyi ve yaşam memnuniyeti arasında ise anlamlı ve negatif korelasyonlar tespit edilmiştir.

Şen Olgay ve Yurt (298), İngiltere'ye göç eden sağlık çalışanlarının, göç nedenleri ve İngiltere'deki yaşam tatminlerini belirlemek üzere bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Katılımcıların %64,8'i politik, %55,5'i gelecek kaygısı, %53,1'i ekonomik, %42,2'si ise daha refah bir yaşam yaşamak nedeniyle göç ettiklerini belirtmiştir. Katılımcıların,

%95,3'ü kararlarından memnun olduklarını, %89,9'u ise İngiltere'de mesleki doyum sağladıklarını belirtmiştir. Bununla birlikte katılımcıların, %67,2'si yalnızlık, %51,6'sı sevdiklerinden ayrı kalmak, %45,3'ü ise memleket özlemi nedeniyle İngiltere'de yaşamakta zorlandıklarını ifade etmiştir.

Yaşam tatmini kavramı, mesleki öz-yeterlilik (299), işle ilgili tutarlılık, iş tatmini ve mutlulukla (300) pozitif korelasyon; tükenmişlikle (300) ise negatif korelasyon göstermektedir. Psikolojik sağlamlık, umut (301), iş özerkliği (302), öz-şefkat (303), spiritüel liderlik ve spiritüel iyi oluş (304) değişkenleri, yaşam tatminine anlamlı bir şekilde pozitif yönde etki etmektedir. Mesleki tükenmişlik (301), olumsuz çalışma koşulları algısı ve iş yerinde şiddet (305) ise yaşam tatminine anlamlı bir şekilde negatif yönde etki etmektedir. Bununla birlikte yaşam tatmininin ise tükenmişlik (304) ve toplulukçu yeterlilik algısına (306) anlamlı bir şekilde etki ettiği tespit edilmiştir. Yaşam tatmini, tükenmişliğe negatif yönde etki ederken, toplulukçu yeterlilik algısına ise pozitif yönde etki etmektedir.

Mercanlioğlu (307) çalışmasında, yaşam tatmininin, iş performansına hem doğrudan hem de dolaylı bir şekilde etkisini tespit etmiştir. Bu dolaylı etkide, örgütsel sinizm aracı olmuştur. Katılımcıların yaşam tatmin düzeyleri arttıkça örgütsel sinizm algıları azalmakta iş performansları ise artmaktadır. Oin ve ark.'nın (308) çalışmasında, duygusal zekânın, yaşam tatminini üzerinde hem doğrudan hem de öz yeterlilik ve psikolojik sağlamlık aracılığıyla etkisi olduğunu saptamıştır. Buna göre duygusal zekâ arttıkça, psikolojik sağlamlık, öz yeterlilik ve yaşam tatmin düzeyi artmaktadır. Bernales-Turpo ve ark.'larının (299) çalışmasında, yaşam tatmini hem doğrudan hem de işe bağlılık aracılığıyla, iş performansına etki ettiği tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının yaşam tatmin düzeylerinin artması, işe bağlılık ve iş performanslarını artırmaktadır. Gull ve ark.'nın (309) çalışmasında, paternalist liderliğin, yaşam tatminini hem doğrudan hem de aile-iş ve iş-aile çatışması aracılığıyla etkilediği bulunmuştur. Buna göre algılanan paternalist liderlik düzeyi arttıkça, aile-iş çatışması ve iş-aile çatışması azalmakta, yaşam tatmini düzeyi ise artmaktadır. Wang ve ark.'nın (11) çalışmasında algılanan stres, yaşam tatminini negatif yönde etkilerken; yaşam tatmini ise sosyal destek ve hümanist bakım yeteneğini pozitif yönde etkilemektedir. Sung Son ve ark.'nın (310) çalışmasında, algılanan stres ve örgütsel bağlılığın hem doğrudan hem de psikolojik sağlamlık aracılığıyla yaşam tatmini etkilediği tespit edilmiştir. Örgütsel bağlılık arttıkça psikolojik sağlamlık artmakta bu da yaşam tatminini artırmaktadır. Fakat algılanan stres arttıkça psikolojik sağlamlık azalmakta ve yaşam tatmin düzeyi ise azalmaktadır. Alrashidi ve

ark.'nın (311) çalışmasında ise, iyi oluşun, hem doğrudan hem de dolaylı bir şekilde yaşam tatminini etkilediği bulunmuştur. Bu dolaylı etkiye ruhsal zekâ düzeyi aracılık etmiştir. Katılımcıların iyi oluş düzeyleri arttıkça, ruhsal zekâ düzeyleri artmakta bu da yaşam tatmin düzeylerini artırmaktadır.

İlgili yazında sağlık çalışanlarında, iş tatmini ve yaşam tatmini arasındaki ilişki ve nedensellik bağıını inceleyen birçok çalışma olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, iş tatmini ve yaşam tatmini arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon vardır (312-316). Bununla birlikte hem iş tatmininin yaşam tatminine etki ettiği (313, 317-319) hem de yaşam tatminin iş tatminine etki ettiği (312) görülmektedir. İş tatminin yaşam tatminine etki etmesi, yaşam tatminine yönelik aşağıdan yukarı yaklaşımı destekler niteliktedir. Genel yaşam tatminin iş tatminine etki etmesi ise yaşam tatminine yönelik yukarıdan aşağı yaklaşımını desteklemektedir.

Yukarıda bahsedilen ilgili çalışmalara göre, yaşam tatmininin daha çok bağımlı değişken rolünde yer aldığı söylenebilir. Bir başka ifadeyle sağlık çalışanlarının yaşam tatminini etkileyen unsurları belirlemeye yönelik çalışmalar çoğunluktadır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarında yaşam tatmininin, sosyo-demografik özellikler ve işe ilişkin özellikler açısından incelendiği de dikkat çekmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise daha çok aracılık analizlerinin yapıldığı görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumuyla birey ve toplum sağlığına katkı sağlamaktadır. Ulusal sağlık sonuçları üzerinde etkisi olan sağlık çalışanları, bu nedenle yalnızca bir kurumun değil bir ülkenin de en önemli beşeri sermayelerindendir. Sağlık çalışanlarının hayat kalitelerini artırmak ve iş ortamlarını iyileştirmek için, iş ve yaşam tatminine etki eden unsurların belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Sağlık çalışanları işleri ve iş ortamları dolayısıyla pek çok stres faktörü ile karşı karşıya kalmaktadır. Olağanüstü durumların yaşandığı dönemlerde ise sağlık çalışanlarının stres seviyelerinin arttığı açıktır. Bununla birlikte her birey gibi, sağlık çalışanları da iş dışı yaşantılarında çeşitli stres faktörlerinden dolayı stres yaşayabilmektedirler. Fakat rutin veya olağanüstü dönemlerde iş veya iş dışı kaynaklı strese rağmen, sağlık çalışanlarının stresle başa çıkıp görevlerini yerine getirmesi gerekmektedir. Bireylerin stresle etkili başa çıkmasında önemli olan unsurlardan birinin de, son zamanlarda önemi giderek artan, psikolojik sağlamlık olduğu düşünülmektedir. Bu kavramsal çerçeve doğrultusunda, bu çalışmada sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları, iş tatmini ve yaşam tatmini değişkenleri arasındaki nedensellik ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, iki kavramsal model oluşturulmuştur. Kavramsal Model-1’de psikolojik sağlamlık bağımsız, yaşam tatmini bağımlı ve stresle başa çıkma tarzları aracı değişken rolünde yer almaktadır. Kavramsal Model-2’de ise psikolojik sağlamlık bağımsız, iş tatmini bağımlı ve stresle başa çıkma tarzları ise aracı değişken rolünde yer almaktadır. Ayrıca sosyo-demografik özelliklere göre değişkenlerde farklılık olup olmadığının belirlenmesi de araştırmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır.

Bu çalışma ile katılımcıların psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma, iş tatmini ve yaşam tatmini açısından mevcut durumları ortaya çıkarılmış olacaktır. Çalışma sonunda ulaşılan bulguların, sağlık çalışanlarının mevcut şartlarının değerlendirilmesi ve bu şartların iyileştirilmesi için gerekli faaliyetlerin belirlenmesinde rol alması beklenmektedir. Alan yazın taramasında araştırma değişkenlerini bir arada inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma değişkenlerinin strese karşı koruyucu bir faktör olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya çıkarılmış olsa da psikolojik olarak sağlam bireylerin hangi başa çıkma tarzlarına

başvurduğu noktasında eksiklerin olduğu görülmüştür. Araştırma verilerinin, Covid-19 pandemisi devam ederken toplanması, psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma ve ilgili bu değişkenlerin iş ve yaşam tatminine etkisinin bu süreçte incelenmesinin de ayrıca önemli olduğu düşünülmektedir. Tüm bu hususlar araştırmanın özgünlüğünü ve önemini göstermektedir. Bundan dolayı araştırma bulgularının örgütsel davranış, sağlık yönetimi ve insan kaynakları yönetimi alan yazınına, yöneticilerine ve politika yapıcılarına önemli bilgiler sağlayacağı düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Anakütlesi ve Örneklemi

Araştırma anakütlesi, Edirne il merkezindeki üniversite, devlet ve özel hastanelerde görevli sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre sağlık kurumlarında çalışanlar; 'tıbbi hizmetlerde çalışanlar', 'idari işlerde çalışanlar' ile 'teknik ve diğer işlerde çalışanlar' olmak üzere üç başlık altında sınıflandırılmıştır. Yönetmeliğe göre tıbbi hizmetlerde çalışan meslek mensupları; hekim, hemşire, diş hekimi, eczacı, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ebe, teknisyen, tekniker ile laboratuvar şef ve uzmanlarından oluşmaktadır (320). Buna göre bu çalışma, tıbbi hizmet çalışanları ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma ana kütesini oluşturan personel sayılarına ilişkin veriler, kurum idarelerinden temin edilmiştir. Veriler, 2022 yılı personel sayılarını kapsamaktadır. Araştırma ana kütesi ve örnekleme ilişkin personel sayıları kurum ve meslek grubu bazında Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.1. Araştırma anakütle ve örnekleme ilişkin personel sayıları

	Anakütle	Örneklem	Ulaşılan
Üniversite Hastanesi			
Hekim	742	181	181
Hemşire	746	182	212
Diğer Sağlık Personeli	386	94	97
Toplam	1874	457	490
Devlet Hastanesi			
Hekim	178	43	44
Hemşire	340	83	86
Diğer Sağlık Personeli	272	66	82
Toplam	790	192	212

Tablo 3.1. (Devam) Araştırma anakütle ve örneklemine ilişkin personel sayıları

Özel Hastaneler			
Hekim	45	11	11
Hemşire	84	20	28
Diğer Sağlık Personeli	79	20	26
Toplam	208	51	65
Genel Toplam	2872	700	767

Tablo 3.1'e göre, araştırma ana kütlesi, toplamda 2872 sağlık personelinde oluşmaktadır. Sağlık kurumlarında hekim ve hemşire sayıları, diğer meslek grubundaki personel sayılarına kıyasla üstün bir şekilde fazladır. Bu sebeple araştırmada sağlık personeli sayıları; hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli şeklinde üç grupta sınıflandırılarak değerlendirilmiştir.

Anket formdaki soru sayısı göz önünde bulundurularak örnekleme 700 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. Örneklemin, ana kütleyi daha iyi temsil etmesi için tabakalı örnekleme yapılmıştır. Ulaşılmak istenen toplam katılımcı sayısı (700 kişi), öncelikle her bir kurum bazında oransal olarak hesaplanmıştır. Daha sonra kurum bazında belirlenen personel sayıları hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli arasında oransal olarak hesaplanmıştır. Dağıtılan anketten, kullanılabilir toplam 767 ankete ulaşılmıştır. Kurum ve meslek bazında ulaşılan tüm personel sayıları da Tablo 3.1'de yer almaktadır. Buna göre ulaşılması hedeflenen 700 kişiden; 457 kişinin üniversite hastanesi, 192 kişinin devlet hastanesi, 51 kişinin ise özel hastane çalışanlarından olması gerekmektedir. Her bir kurum ve meslek bazında ulaşılması hedeflenen asgari sayıda kişiye ulaşılmıştır. Asgari sayının üzerinde olan anketler ise çalışmadan çıkarılmamış ve analize dâhil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmada, anakütlenin daha iyi bir şekilde temsil edilmesi için tabakalı örnekleme yöntemi uygulanmış olsa da, anakütlenin yalnızca Edirne il merkezindeki hastanelerde görevli sağlık çalışanlarından oluşması, araştırma sonuçlarının tüm sağlık personeline genellenmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır. Araştırma yöntemi olarak yalnızca nicel araştırma yönteminin kullanılması ve verilerin kesitsel özellikte olması ise, araştırma sonuçlarının genellenebilirliği açısından bir diğer sınırlılıkları oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Kavramsal Modelleri ve Hipotezleri

Salgınlar, afetler ve diğer toplumsal krizler sağlık sisteminin ve bu sistemin en önemli sermayesi olan sağlık çalışanlarının önemini hatırlatmaktadır. Kriz dönemleri bir yana, sağlık çalışanları rutin çalışma dönemlerinde bile iş ortamlarında birçok zorlayıcı durum ile karşılaşmaktadırlar. Bu zorlayıcı durumlardan bazıları; uzun çalışma saatleri, nöbet usulü çalışmak, gece vardiyalarında çalışmak, hastaların bakım taleplerine hızlı yanıt vermek, yoğun iş yükü, tıbbi karar anlaşmazlıkları, hasta ve meslektaşlarla yaşanan iletişim kaynaklı sıkıntılar, işyerinde süregelen şiddet olarak sayılabilir (2). Bu zorlayıcı durumlar ise sağlık çalışanlarında stres oluşturabilmektedir. Olağanüstü durumların yaşandığı dönemlerde ise iş ortamında daha zorlayıcı koşullar oluşacağı açıktır. Bu şartlarda, sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin artması da kaçınılmaz görülmektedir. Nitekim Batra ve ark.'nın (3), Covid-19 pandemisinin, sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkisini araştırdıkları bir meta analiz çalışmasında, salgının ne zaman kontrol altına alınacağına ilişkin belirsizlik, aşı bulunabilirliği, artan iş yükü, sosyal destek eksikliği ve virüsü aile üyelerine bulaştırma korkusu ile açıklanan stres, kaygı, depresyon ve uykusuzluğun yüksek yaygınlığı ortaya konmuştur. Zor bir durumun neden olduğu endişe durumu veya zihinsel gerginlik olarak tanımlanan strese, uzun süre maruz kalınması halinde ise psikolojik veya fizyolojik sıkıntıların oluştuğu bilinmektedir (7, 8). Bu açıdan stresin kontrol altına alınması önemlidir.

Lazarus ve Folkman (85) strese başa çıkmayı, *“kişinin kaynaklarını aşan veya zorlayan belirli dış veya iç talepleri yönetmek için sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabalar”* olarak tanımlamıştır. Stres karşısında bireylerin gösterdiği tepkiler başa çıkma tarzlarına göre değişmektedir. Stresle başa çıkma tarzlarının tümü her zaman yararlı olmamaktadır. Başa çıkma tarzları, duruma göre sorunun hafifletilmesini sağlayabileceği gibi daha fazla acıya da neden olabilmektedir (91). Stresin algılanmasında her ne kadar bireysel hassasiyet faktörü etkili olsa da, doğru başa çıkma tarzları stres etkilerinin azaltılması noktasında yardımcı olmaktadır. Çin’de yapılan bir araştırma sonucuna göre, hemşirelerde olumlu başa çıkma tarzlarının stres düzeyini azalttığı, aksine kaçınma, sorunu inkâr etme ve kendini suçlama gibi olumsuz başa çıkma tarzlarının ise stresi artırdığı tespit edilmiştir (184).

Happock iş tatminini; çalışanın “İşimden memnunum” demesini sağlayan psikolojik, fizyolojik ve çevre koşullarının bir bileşimi olarak tanımlamıştır (14).

Halawani ve ark.'ı (321) tarafından, sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcılar iş tatmin düzeylerini etkileyen en önemli unsurun stres yönetimi (%69) olduğunu belirtmişlerdir. Alanyazındaki pek çok çalışmada da stres ve iş tatmini arasındaki negatif yönlü ilişki ortaya konmuştur (261, 263). Aydın ve ark.'nın çalışmasında ise (322), iş tatmini ile etkili başa çıkma arasında anlamlı ve pozitif, etkisiz başa çıkma ile anlamlı ve negatif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Yaşam tatmini Diener tarafından, *“bir kişinin hayatıyla ilgili bilişsel değerlendirme neticesinde vardığı yargı”* olarak tanımlanmıştır (277). Yaşam tatminin, stresle negatif ilişkisine yönelik araştırmalar ilgili yazında mevcuttur (11, 13). Xu ve ark.'ı, çalışmalarında problem odaklı başa çıkma ile yaşam tatmini arasında pozitif, duygu odaklı başa çıkma ile yaşam tatmini arasında ise negatif anlamlı korelasyon olduğunu tespit etmiştir (12).

Yukarıda çizilen çerçeve kapsamında, stresle başa çıkma tarzları ile yaşam tatmini ve benzer şekilde iş tatmini arasında bir ilişki olduğu ifade edilebilir. Bu çıkarım ve araştırma amacına göre aşağıdaki hipotezler önerilmiştir. Burada M1 yaşam tatmini üzerine kurulan modeli, M2 ise iş tatmini üzerine kurulan modeli ifade etmektedir.

M1-H1: Stresle başa çıkma tarzlarının, yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

M2-H1: Stresle başa çıkma tarzlarının, iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Psikolojik sağlık, bireylerin kendi kaynaklarını zorlayıcı bir durum içerisindeyken, stresle etkili bir şekilde baş etmelerini ve sağlıklı bir psikolojik işleyişi istikrarlı bir şekilde sürdürmelerini sağlayan, çok boyutlu psikolojik bir özellik olarak kabul edilmektedir (323). Psikolojik sağlamlıkta, bireylerin yaşadıkları zorlu duruma rağmen yeni şartlara başarılı bir şekilde uyumu söz konusudur. Bireyler zorlu bir durum yaşadığında strese maruz kalırlar ve bu stresi kendilerine özgü başa çıkma tarzları ile yenmeye çalışırlar. Fakat her birey başa çıkma konusunda aynı başarıyı gösteremeyebilir. Bu noktada başa çıkma tarzlarının seçimi ve başarısı üzerinde bireylerin psikolojik sağlamlık özelliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bir başka ifade ile etkili başa çıkma becerisi, psikolojik sağlamlığın bir çıktısıdır (324, 325). Bu kapsamda M1 ve M2 modelleri için aşağıdaki aynı hipotez önerilmiştir:

M1-H2: Psikolojik sağlamliğın, stresle bağa çıkma tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

M2-H2: Psikolojik sağlamliğın, stresle bağa çıkma tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Psikolojik sağlamlık eksikliğinin; kötü ruh sağlığı, depresyon ve anksiyete gibi belirtilerle iliğkili olduğu (326) ve yağam kalitesinin bir yordayıcısı olarak önemli bir özellik olduğu saptanmıştır (327). Ayrıca ilgili yazında psikolojik sağlamliğın, yağam tatminini anlamlı bir şekilde etkilediği ve aynı yönlü iliğki gösterdiği çalışmalar da mevcuttur (328-331). Çalışmada alanyazınına paralel bir şekilde, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık özelliklerinin yağam tatmini etkilediği düşünülmektedir. Buna bağlı olarak M1 modeli için aşağıdaki hipotezler önerilmiştir.

M1-H3: Psikolojik sağlamliğın yağam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

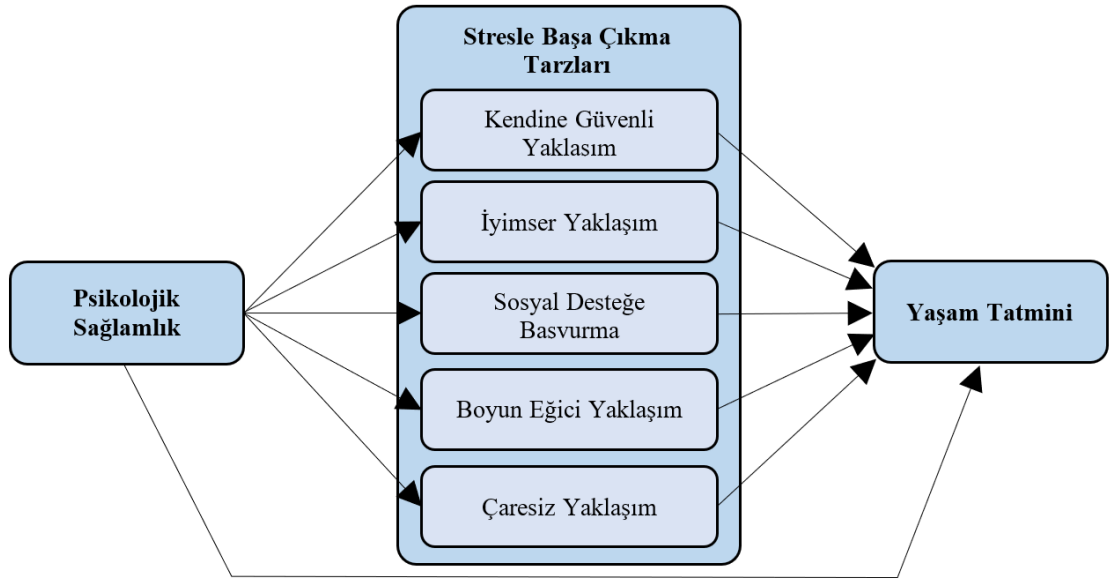
M1-H4: Stresle bağa çıkma tarzlarının, psikolojik sağlamlık ile yağam tatmini iliğkisinde aracılık rolü vardır.

Alanyazında sağlık alışanlarında iş tatmininin, stresle anlamlı ve negatif yönlü iliğki gösterdiği çalışmalar mevcuttur (261, 263). Barzilai ve ark.'ı tarafından (127), psikolojik sağlamlık düzeyi daha yüksek sağlık çalışanlarının, daha düşük düzeylerde endişe yaşadıkları tespit edilmiştir. Benzer şekilde, Huffman ve ark.'ı (323), sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri bir çalışmada, daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeylerinin, daha düşük stres, kaygı, yorgunluk ve uyku bozuklukları ile iliğki olduğunu bulmuştur. Yağam tatminine benzer şekilde, psikolojik sağlamlık özelliklerinin sağlık çalışanlarının iş tatmini üzerinde de etkisi olduğu n görülmektedir. Bu kapsamda M2 modeli için aşağıdaki hipotezler önerilmiştir.

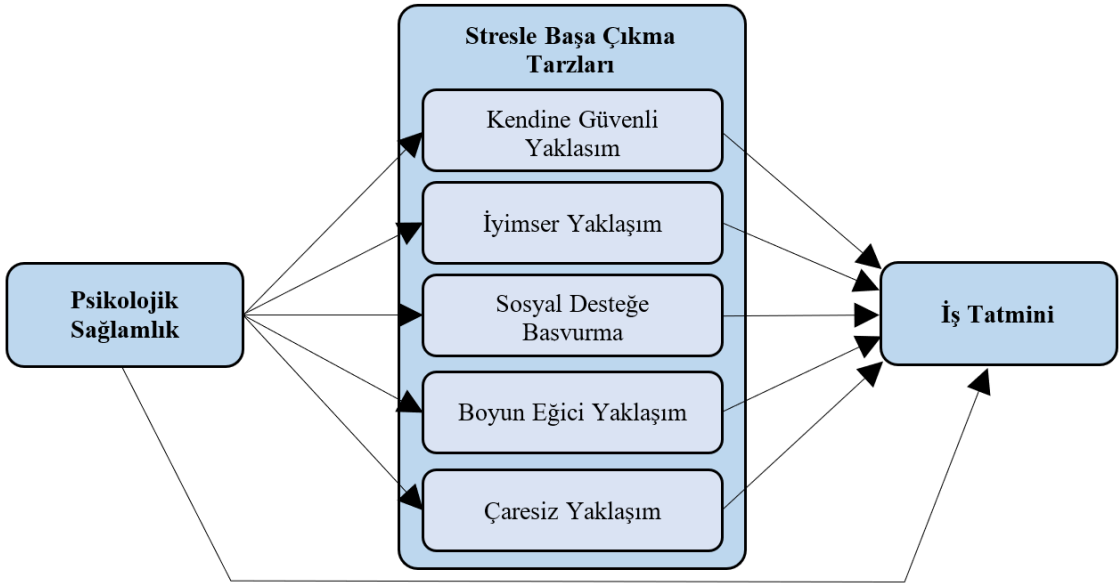
M2-H3: Psikolojik sağlamliğın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

M2-H4: Stresle bağa çıkma tarzlarının, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini iliğkisinde aracılık rolü vardır.

Yapılan araştırmalar kapsamında oluşturulan hipotezleri test etmeye yönelik önerilen modellerden, Kavramsal Model-1, şekil 3.1'de, Kavramsal Model-2 ise şekil 3.2'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Kavramsal Model-1



Şekil 3.2. Kavramsal Model-2

Kavramsal çerçeve kapsamında, araştırmanın ana amacına yönelik oluşturulan alternatif hipotezler Kavramsal Model-1 için Tablo 3.2’de ve Kavramsal Model-2 için Tablo 3.3’te verilmiştir.

Tablo 3.2. Kavramsal Model-1'e ilişkin hipotezler

NO	HİPOTEZ
M₁-H₁	Psikolojik sağlamlığın stresle başa çıkma tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{1.1}	Psikolojik sağlamlığın kendine güvenli yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{1.2}	Psikolojik sağlamlığın iyimser yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{1.3}	Psikolojik sağlamlığın sosyal desteğe başvurma üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{1.4}	Psikolojik sağlamlığın boyun eğici yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{1.5}	Psikolojik sağlamlığın çaresiz yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H₂	Stresle başa çıkma tarzlarının yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{2.1}	Kendine güvenli yaklaşımın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{2.2}	İyimser yaklaşımın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{2.3}	Sosyal desteğe başvurma yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{2.4}	Boyun eğici yaklaşımın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H_{2.5}	Çaresiz yaklaşımın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H₃	Psikolojik sağlamlığın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₁-H₄	Stresle başa çıkma tarzlarının, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₁-H_{4.1}	Kendine güvenli yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₁-H_{4.2}	İyimser yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₁-H_{4.3}	Sosyal desteğe başvurma yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₁-H_{4.4}	Boyun eğici yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₁-H_{4.5}	Çaresiz yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.

Tablo 3.3. Kavramsal Model-2'ye ilişkin hipotezler

NO	HİPOTEZ
M₂-H₁	Psikolojik sağlamlığın stresle başa çıkma tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{1.1}	Psikolojik sağlamlığın kendine güvenli yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{1.2}	Psikolojik sağlamlığın iyimser yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{1.3}	Psikolojik sağlamlığın sosyal desteğe başvurma üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{1.4}	Psikolojik sağlamlığın boyun eğici yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{1.5}	Psikolojik sağlamlığın çaresiz yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H₂	Stresle başa çıkma tarzlarının iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{2.1}	Kendine güvenli yaklaşımın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{2.2}	İyimser yaklaşımın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{2.3}	Sosyal desteğe başvurma'nın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{2.4}	Boyun eğici yaklaşımın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H_{2.5}	Çaresiz yaklaşımın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H₃	Psikolojik sağlamlığın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.
M₂-H₄	Stresle başa çıkma tarzlarının, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₂-H_{4.1}	Kendine güvenli yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₂-H_{4.2}	İyimser yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₂-H_{4.3}	Sosyal desteğe başvurma'nın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₂-H_{4.4}	Boyun eğici yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.
M₂-H_{4.5}	Çaresiz yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Çalışmanın etik izni, Trakya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 12.07.2021, Karar No:16/13) alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır.

Sağlık çalışanlarından veri toplayabilmek için gerekli izinler çalışma kapsamındaki hastane idarelerinden alınmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından her

bir kurum ve kurumlardaki her bir birim ziyaret edilerek yüz yüze uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından anket uygulamasına Haziran 2022’de başlanmış, Aralık 2022’de ise veri toplama işlemi son bulmuştur.

Araştırma amacına yönelik oluşturulan anket formu beş bölümden ve toplamda 53 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 7 adet soru bulunmaktadır. Bu sorular araştırmanın yapıldığı sektör dikkate alınarak hazırlanmıştır. Bu doğrultuda katılımcılara yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastanedeki görevi, hangi birimde görev yaptığı ve sağlık sektöründe toplam çalışma süreleri sorulmuştur. Diğer dört bölümde ise araştırma konusunu oluşturan değişkenleri ölçmeye yönelik geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik güvenilirlik analizleri daha önce farklı araştırmacılar tarafından yapılmış ölçekler kullanılmıştır. Bu ölçeklerin daha önce yapılan araştırmalarda kullanılmış olmasına dikkat edilmiştir. Veri toplamak için hazırlanan anket formunun son hali EK 1’de gösterilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçekler ise şu şekildedir;

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCTÖ): bireylerin stresli durumlarla başa çıkmada başvurdukları tutum ve davranışları belirlemek üzere Folkman ve Lazarus (332) tarafından, “Başaçıkma Tarzları Envanteri” (Ways of Coping Questionnaire) isminde 68 maddelik, evet veya hayır olarak cevaplanabilen sorulardan oluşan bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçekte stresli durumlarda kullanılabilecek çeşitli bilişsel ve davranışsal başa çıkma tarzları, problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma olmak üzere temelde iki kategoriden oluşmaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması, 1995 yılında Şahin ve Durak (153) tarafından yapılmıştır. Şahin ve Durak “Başaçıkma Tarzları Envanteri”nden türetilmiş fakat daha kısa bir formda “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”ni geliştirmiş ve Türkçe geçerlilik güvenilirliğini gerçekleştirmişlerdir. Kısaltılarak Türkçe’ye uyarlanan ölçek; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma, boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım olmak üzere 5 alt boyut ve toplamda 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki başa çıkma tarzları ölçeğin orijinal formunda olduğu gibi problem odaklı / etkili (işlevsel) başa çıkma tarzı ve duygu odaklı/ etkisiz (işlevsel olmayan) başa çıkma tarzı olmak üzere iki grupta sınıflandırılmıştır. Buna göre, probleme yönelik / etkili (işlevsel) başa çıkma tarzları; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım

ve sosyal desteğe başvurma alt boyutlarından oluşmaktadır. Duygulara yönelik/ etkisiz (işlevsel olmayan) başa çıkma tarzları ise; boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım alt boyutlarından oluşmaktadır (153).

Kendine güvenli yaklaşım alt boyutu soru formundaki 8., 10., 14., 16., 20., 23., ve 26. maddeleri; iyimser yaklaşım alt boyutu, 2., 4., 6., 12. ve 18. maddeleri; sosyal desteğe başvurma alt boyutu 1., 9., 29. ve 30. maddeleri; boyun eğici yaklaşım alt boyutu, 5., 13., 15., 17., 21. ve 24. maddeleri; çaresiz yaklaşım alt boyutu ise 3., 7., 11., 19., 22., 25., 27. ve 28. maddeleri içermektedir. Ölçekte 1. ve 9. maddeler ters kodlanmaktadır. SBÇTÖ’de toplam puan hesaplanmamaktadır. Her bir alt boyuttaki puan artışı, katılımcıların o başa çıkma tarzını daha çok kullandığını göstermektedir (153).

Stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları, üç ayrı çalışmanın sonucunda, kendine güvenli yaklaşım için 0,62 ile 0,80 değerleri arasında; iyimser yaklaşım için 0,49 ile 0,68 değerleri arasında; sosyal desteğe başvurma için 0,45 ile 0,47 değerleri arasında; boyun eğici yaklaşım için 0,47 ile 0,72 değerleri arasında ve çaresiz yaklaşım için ise 0,64 ile 0,73 değerleri arasında değişmektedir (153).

Şahin ve Durak (153) çalışmasında, ölçek geçerliliğini değerlendirmek amacıyla çeşitli kişilik özellikleri, psikolojik sorunlar, durumsal değişkenlerle, SBÇTÖ’nin alt boyutları arasındaki ilişkileri incelemiş ve karşıt grup analizleri gerçekleştirmiştir. Buna göre, depresyon, kaygı, düşmanlık ve yalnızlık belirtileri ile kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım arasında negatif; ilgili belirtilerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşımla arasında ise pozitif korelasyon çıkmıştır. Sosyal desteğe başvurma ile anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır. Stresle başa çıkma kapasiteleri farklı olan grupların başa çıkma tarzları, zıt grup karşılaştırmaları kullanılarak araştırılmış ve sosyal desteğe başvurma dışındaki tüm alt boyutlarda anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Buna göre, stresle daha iyi başa çıkabilenler kendine güvenli ve iyimser başa çıkma tarzlarını daha çok kullanırken, stresle yeterince baş edemeyenler çaresiz ve boyun eğici başa çıkma tarzlarını daha çok kullanmışlardır. Sosyal desteğe başvurma alt ölçeği ise sadece çeşitli durumsal faktörlerle anlamlı ilişkiler göstermiştir (153).

Şahin ve Durak (1995)’ in (153) çalışmasında ölçekteki sorulara verilen cevaplar %0 ile %100 arasında dört sıralı (%0, %30, %70, %100) olacak şekilde derecelendirilerek incelenmiştir. Bu araştırmada da ölçeğin orijinaline sadık kalınarak ölçek derecelendirilmesi mevcut hali ile kullanılmıştır (153).

Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği (KPSÖ), bireylerin psikolojik sağlamlıklarını ölçebilmek amacıyla Smith ve ark. (333) tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. İlgili çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,80-0,91 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2015 yılında Doğan tarafından yapılmıştır. Doğan'ın (334) çalışmasında ise ölçeğe ilişkin Cronbach alfa değeri 0,83 olarak bulunmuştur. KPSÖ, 5'li likert tarzında bir ölçek olup 6 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır (334).

Bu çalışmada ölçek maddeleri “1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum” olacak şekilde değerlendirilmiştir. KPSÖ’nde 2., 4. ve 6. maddeler ters kodlanmaktadır. Ters kodlanan maddeler çevrildikten sonra ölçekten alınan yüksek puanlar, yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine işaret etmektedir.

İş tatmini ölçeği (İTÖ), Brayfield ve Rothe (335) tarafından 1951 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formu 18 maddeden oluşmaktadır. Fakat 1998 yılında Judge, Locke, Durham ve Kluger (336) tarafından ölçeğin 5 madde ve tek boyuttan oluşan kısa formu geliştirilmiştir. Zaman içinde ölçeğin bu kısa formu daha yaygın olarak kullanılmıştır. Judge, Locke, Durham ve Kluger'in çalışmasında ölçeğe ilişkin Cronbach alfa değeri 0,88 olarak bulunmuştur. İş tatmini ölçeğinin kısa formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Keser ve Bilir (337) tarafından, 2019 yılında yapılmıştır. Keser ve Bilir'in çalışmasında İTÖ'ne ilişkin Cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada, ölçek maddeleri “1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum” olacak şekilde 5'li likert tarzında değerlendirilmiştir. İTÖ’de 3. ve 5. maddeler ters kodlanmaktadır. Ters kodlanan maddeler çevrildikten sonra ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek iş tatmin düzeyini işaret etmektedir.

Yaşam tatmini ölçeği (YTÖ), Diener ve ark. (272) tarafından 1985 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 5 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Diener ve ark.'nın (272)

çalışmasında ölçeğe ilişkin Cronbach alfa değeri 0,73 olarak bulunmuştur. Ölçeğin, Türkçe'ye ilk uyarlanması 1991 yılında Köker (338) tarafından yapılmıştır. Köker'in çalışmasında ölçeğe ilişkin Cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulunmuştur. Dağlı ve Baysal (339) (2016), Bekmezci, Mert (340) (2018) tarafından da ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Bu araştırmada, ölçek maddeleri "1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum" olacak şekilde 5'li likert tarzında değerlendirilmiştir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek yaşam tatmin düzeyini işaret etmektedir.

3.6. Ön Uygulama

Ön (pilot) uygulama, ankette yer alması muhtemel hatalardan kaçınmak amacıyla, anketin katılımcılara dağıtılmadan önce belli sayıda kişiye uygulanmasıdır. Ön uygulamanın en az 10 kişi üzerinde yapılması gerektiği belirtilmektedir (341). Ankette yer alan ifadelerin anlaşılabilirliğinin tespiti, ifadelerde olabilecek hataların belirlenmesi ve ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliklerini tespit etmek amacıyla Üniversite hastanesinde görevli 45 sağlık çalışanına anket uygulanarak araştırmanın ön uygulama çalışması gerçekleştirilmiştir.

Ankette kullanılan ölçeklerin güvenilir olup olmadıklarını test etmek amacıyla, ön uygulama sonucu elde edilen verilere, güvenilirlik analizi yapılmıştır. Ölçeklerin iç güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Cronbach Alfa katsayısı, 0 ile 1 arasında değerler alabilmektedir. Bu değer 1'e yaklaştıkça ilgili ölçeğin güvenilirlik düzeyinin arttığı kabul edilmektedir (342). Cronbach alfa (α), katsayısı (343);

$0,00 \leq \alpha \leq 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0,40 \leq \alpha \leq 0,60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük düzeydedir,

$0,60 \leq \alpha \leq 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir,

$0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilmektedir.

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin, güvenilirliklerini değerlendirmek amacıyla yapılan güvenilirlik analizi sonucu ulaşılan Cronbach alfa katsayı değerleri Tablo 3.4'te gösterilmiştir. Buna göre, ölçek soru formunun tamamı için Cronbach alfa katsayısının 0,824 değerinde, yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Stresle

başa çıkma tarzlarından sosyal desteğe başvurma, boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım alt boyutlarının düşük düzeyde güvenilir, iyimser yaklaşım alt boyutunun oldukça güvenilir, kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun ise yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Bunlarla beraber psikolojik sağlamlık, iş tatmini ve yaşam tatmini ölçeklerinin de yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 3.4. Ön uygulama sonrası ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları

Ölçekler	Cronbach Alfa (α) Katsayıları
Psikolojik Sağlamlık	0,865
Kendine Güvenli Yaklaşım	0,848
İyimser Yaklaşım	0,730
Sosyal Desteğe Başvurma	0,565
Boyun Eğici Yaklaşım	0,519
Çaresiz Yaklaşım	0,599
İş Tatmini	0,852
Yaşam Tatmini	0,834

0,824
(Genel)

Ön uygulamada elde edilen verilerle gerçekleştirilen güvenilirlik analizi sonucu, ölçeklere ilişkin Cronbach alfa katsayısı değerlerinden bir kısmının yazında kabul görmüş 0,5 değerinin üzerinde ve kullanılabilir düzeyde olduğu, diğer kısmının ise oldukça yeterli düzeyde güvenilir olduğu söylenebilir.

3.7. İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerini analiz etmek için SPSS 22.0 ve AMOS 22 paket programları kullanılmıştır. Öncelikle araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlikleri ve geçerlilikleri test edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliği, iç güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alfa (α) ile değerlendirilmiştir. Ölçeklerin geçerliliğini test etmek için ise Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği, tek değişkenli normallik analiz yöntemi olan Kolmogrov Smirnov ile incelenmiştir. Veri setinin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Bundan dolayı, sosyo-demografikler özelliklere göre değişkenlerde farklılık olup olmadığı non-parametrik testlerle analiz edilmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet ve medeni durum gibi iki kategorili özelliklerde “Mann Whitney-U” analizi; yaş, eğitim, meslek, görev yapılan hastane türü, hastanedeki birimi, sağlık sektöründe toplam çalışma süresi gibi ikiden fazla kategorili özelliklerde ise “Kruskal Wallis” analizi uygulanmıştır.

Mann Whitney-U testi sonucunda anlamlı farklılık görülen değişkenlerde, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için, grupların sıra ortalamaları incelenmiştir. Kruskal Wallis testi sonucunda anlamlı farklılık görülen değişkenlerde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirleyebilmek için, İkili Karşılaştırma testi tercih edilmiştir. İkili Karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli anlamlılık (significant) değerleri (p) ile yorumlanmıştır. Bu çalışmada yazında da yaygın bir şekilde kullanıldığı gibi, anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Anlamlılık düzeyi 0,05’ten küçük olan değerler ($p < 0,05$), istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Değişkenler arasındaki ikili karşılaştırma sonuçları, grafik olarak da verilmiştir. Grafiklerdeki uç noktalar, her bir değişkene ait sıra ortalamalarını göstermektedir. Değişkenler arasındaki çizgiler ise ikili karşılaştırma sonucunu ifade etmektedir. Anlamlılık düzeyi, 0,05’ten küçük olduğunda ($p < 0,05$) çizgiler sarı renkte; anlamlılık düzeyi, 0,05’ten büyük olduğunda ($p > 0,05$) çizgiler siyah renkte olmaktadır. Anlamlılık düzeyi 1 olduğunda ($p = 1$) ise, değişkenler arasında herhangi bir çizgi oluşmamaktadır.

Araştırmada kullanılan ölçeklere ve ölçekleri oluşturan ifadelerle ilişkin ortalama, frekans ve standart sapmaların yer aldığı tanımlayıcı istatistikler belirtilmiştir. Araştırma veri seti normal dağılım göstermediği için, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Araştırma modelleri AMOS 22 programında, Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile analiz edilmiştir. Öncelikle değişkenlerin, çok değişkenli normallik varsayımını sağlayıp sağlamadığı test edilmiştir.

Araştırmada kullanılan anket formu, büyük ölçüde likert tarzındaki ölçeklerden oluşmaktadır. Likert tarzında ölçeklerle toplanan verilerde, katılımcıların çoğunluğu belli maddelere aynı ya da benzer cevaplar verebilmektedir. Bu durumda ise puan dağılımı bu maddeler için tepe yapabilmekte ve çok değişkenli pozitif basık bir dağılım ortaya çıkabilmektedir (344). Bu bilgi göz önünde bulundurularak araştırma verilerinin çok değişkenli normallik varsayımını sağlayıp sağlamadığını tespit etmek için tercih edilen yöntem Mardia’nın çarpıklık ve basıklık katsayısı olmuştur. Veri setinin, çok değişkenli normallik varsayımını sağlamadığı tespit edilmiştir. Bundan dolayı, çalışmada

Maksimum olabilirlik yöntemi yerine, Bootstrap maksimum olabilirlik yöntemi tercih edilmiştir. Bootstrap maksimum olabilirlik yöntemi uygulanırken güven aralıkları %95 düzeyinde tutulmuş ve örneklem 2000 değerinde arttırılmıştır.

Yapısal eşitlik modellemesinde oluşturulan teorik modelin, ölçüm modeli ile karşılaştırılmasında, bir başka ifade ile kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlılığını değerlendirmede, çeşitli model uyum indeksleri kullanılmaktadır. Model uyumu ile ilgili olarak genellikle CMIN/df, GFI, CFI, RMR, RMSEA değerleri ele alınmaktadır. Ancak burada genel bir sınırlama bulunmamaktadır. Araştırmada dikkat çekmek istenilen değerler de raporlanabilmektedir (345). Ayrıca her bir uyum iyiliği indeksi için önerilen standart eşik değerler veya model uyum iyiliği aralıklarının da araştırmacılar arasında farklılık gösterdiği görülmüştür. Bu çalışmada model uyum iyiliği, Karagöz (2019) tarafından önerilen standart eşik değerlere göre değerlendirilmiştir (343).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu başlık altında araştırmaya katılım gösteren sağlık çalışanlarına ait sosyo-demografik verilerin dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.1’de sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, hastanedeki görevi, hastanede görev aldığı birimi, sağlık sektöründe toplam çalışma süresi ve görev yaptığı hastane türüne göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	540	70,4
	Erkek	227	29,6
	Toplam	767	100,0
Yaş	18-25	151	19,7
	26-30	242	31,6
	31-40	180	23,5
	41-50	149	19,4
	51 ve üzeri	45	5,9
	Toplam	767	100,0
Eğitim durumu	Lise	58	7,6
	Önlisans (İki yıllık yüksekokul)	124	16,2
	Lisans (Dört yıllık yüksekokul)	340	44,3
	Yüksek lisans ya da doktora	245	31,9
	Toplam	767	100,0
Medeni durum	Evli	419	54,6
	Bekar	348	45,4
	Toplam	767	100,0
Hastanedeki görev	Hekim	236	30,8
	Hemşire	326	42,5
	Diğer sağlık çalışanları	205	26,7
	Toplam	767	100,0
Görev birimi	Servis	211	27,5
	Poliklinik	144	18,8
	Acil servis	31	4,0
	Yoğun bakım	79	10,3
	Diğer birimler	302	39,4
	Toplam	767	100,0

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Sağlık sektöründe toplam çalışma süresi	1-10 yıl arası	461	60,1
	11-20 yıl arası	163	21,3
	21-30 yıl arası	107	14,0
	31-40 yıl arası	33	4,3
	41 yıl ve üzeri	3	0,4
	Toplam	767	100,0
Hastane türü	Devlet hastanesi	212	27,6
	Üniversite hastanesi	490	63,9
	Özel hastane	65	8,5
	Toplam	767	100,0

Tablo 4.1’den takip edilebileceği gibi, katılımcıların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, %70,4’ünün kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Sağlık kurumlarında hemşirelerin sayıca daha fazla olduğu, hemşirelerinde genelde kadınlardan olduğu göz önünde bulundurulursa, sektörel bağlamda kadınların sayıca fazla olması beklenen bir durumdur.

Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, en yüksek oranla %31,6’sının 26-30 yaş aralığında, ardından %23,5’nin 31-40 yaş aralığında, en düşük oranla %5,9’nun ise 51 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarından oluştuğu görülmektedir. Daha genel bir ifadeyle, %51,3’ünün 30 yaş ve altı, %48,8’nin ise 31 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarından oluştuğu görülmektedir.

Eğitim seviyelerine göre dağılımları incelendiğinde, en düşük oran ile %7,9’unun lise mezunu, en yüksek oran ile %44,3’ünün ise lisans mezunu sağlık çalışanlarından oluştuğu görülmektedir. Sağlık kurumlarında çalışan meslek mensuplarının önemli bir kısmı alanında uzmanlaşmış profesyonellerden oluştuğu için yüksek lisans ya da doktora mezunu sayısının da %31,9’luk kayda değer bir yüzdeyi kapsadığı dikkat çekmektedir. Bir başka ifade ile katılımcıların %76,2’sinin lisans ve üstü bir mezuniyete sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Medeni duruma göre dağılımları incelendiğinde, %54,6’sının evli katılımcılardan, %45,4’ünün bekâr katılımcılardan oluştuğu görülmektedir. Bu durumda katılımcıların medeni duruma göre dağılımlarının, birbirine yakın oranlarda olduğu söylenebilir.

Hastanedeki görevlerine göre dağılımları incelendiğinde, en yüksek oran ile %42,5'nin hemşirelerden, ardından %30,8'nin ise hekimlerden oluştuğu görülmektedir. Katılımcıların %73,3'lük büyük bir kısmı hekim ve hemşirelerden oluşmaktadır. Geri kalan %26,7'lik kısmı ise diğer sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Diğer sağlık çalışanları kapsamında “diyetisyen, fizyoterapist, odyolog, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sağlık memuru, sağlık teknisyen ve teknikerleri ile laboratuvar şef ve uzmanları” olarak görev yapan sağlık çalışanları yer almaktadır. Araştırma örnekleme, tabakalı örnekleme yöntemi ile önce kurum daha sonra da meslek bazında belirlendiği için kurumlarda hekim ve hemşirelerin sayıca fazla olmasından dolayı meslek bazındaki bu dağılımın beklenen oranlarda olduğu söylenebilir.

Görev yaptıkları birim açısından dağılımları incelendiğinde, en yüksek oran ile %39,4'ü diğer birimlerde görevli sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. En düşük oran ile %4'ü ise acil serviste görevli sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Çalışmada diğer birimler olarak bahsedilen görev yerleri ise “hemodiyaliz, endoskopi, kan alma, laboratuvarlar, görüntüleme, ameliyathane, kalite ve ev idaresi” olmak üzere sağlık çalışanların görev yaptığı birimleri içermektedir.

Sağlık sektöründe toplam çalışma süresi açısından dağılımları incelendiğinde, en yüksek oran ile %60,1'nin 1-10 yıl arası, ardından %21,3'ünün ise 11-20 yıl arası çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. En düşük oran ile %0,4'ünün ise 41 yıl üzerinde çalışanları kapsadığı görülmektedir.

Katılımcıların çalıştıkları hastane bazında dağılımları incelendiğinde, %63,9'unun üniversite hastanesi çalışanlarından, %27,6'sının devlet hastanesi çalışanlarından ve %8,5'nin ise özel hastane çalışanlarından oluştuğu görülmektedir. Araştırmada örneklem sayısı, tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlendiği için bu oranların kurum personel sayıları göz önüne alındığında beklenen değerlerde olduğu söylenebilir.

4.2. Ölçeklerin Güvenilirlik Analiz Bulguları

Ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa katsayıları (α) hesaplanmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen analiz sonucu ulaşılan Cronbach alfa katsayı (α) değerleri aşağıda Tablo 4.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Ölçeklerin güvenilirlik düzeyleri

Ölçekler	(α) Katsayıları	
Psikolojik Sağlamlık	0,844	
Kendine Güvenli Yaklaşım	0,831	
İyimser Yaklaşım	0,749	
Sosyal Desteğe Başvurma	0,507	0,838
Boyun Eğici Yaklaşım	0,632	(Genel)
Çaresiz Yaklaşım	0,744	
İş Tatmini	0,847	
Yaşam Tatmini	0,837	

Tablo 4.2'ye göre, stresle başa çıkma tarzlarından sosyal desteğe başvurma alt boyutunun güvenilirliğinin düşük düzeyde olduğu; boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve çaresiz yaklaşım alt boyutlarının güvenilir olduğu; kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun ise yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Psikolojik sağlamlık, iş tatmini ve yaşam tatmini ölçekleri ile soru formunun geneli için elde edilen değerlerin ise yüksek düzeyde güvenilir olduğu görülmektedir (343).

4.3. Ölçeklerin Geçerlilik Analiz Bulguları

Bu başlıkta psikolojik sağlamlık, iş tatmini ve yaşam tatmini ölçeklerinin geçerlilik analizine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Faktör geçerliliklerini doğrulamak amacıyla, AMOS programı ile birinci düzey Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) gerçekleştirilmiştir. Yakınsak geçerlilik (Convergent Validity -CV) ve Ayırt edici geçerlilik (Discriminant Validity -DV) analizleri için her bir maddenin faktör yükü hesaplanmıştır. Geçerlilik analizleri sonucu her bir ölçek için elde edilen faktör yükleri, bileşik güvenilirlik (Composite Reliabilities-CR) değerleri ve ortalama açıklanan varyans (Average Variance Extracted-AVE) değerleri Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Psikolojik sağamlık, iş tatmini ve yaşam tatmini ölçekleri için yakınsak geçerlilik

Ölçek	Ortalama	SH	Madde	Faktör Yüğü	AVE	CR
Psikolojik Sağamlık (PSÖ)	3,3476	0,03043	PSÖ1	0,705	0,584	0,875
			PSÖ2	0,787		
			PSÖ3	0,685		
			PSÖ4	0,846		
			PSÖ6	0,786		
İş Tatmini (İTÖ)	3,6008	0,03092	İTÖ1	0,732	0,564	0,866
			İTÖ2	0,796		
			İTÖ3	0,692		
			İTÖ4	0,745		
			İTÖ5	0,784		
Yaşam Tatmini (YTÖ)	3,1069	0,02954	YTÖ1	0,686	0,529	0,849
			YTÖ2	0,770		
			YTÖ3	0,737		
			YTÖ4	0,700		
			YTÖ5	0,742		

KMO Örneklem Yeterlilik Ölçütü: 0,892

Barlett Testi: $\chi^2= 5139,318$; $df=105$; $p=0,000$; $p<0,05$

Toplam Varyans Açıklama Oranı: 62,462

Tablo 4.3'ten takip edilebileceği gibi faktör yüklerinin psikolojik sağamlık ölçeği için 0,705 ile 0,846 değerleri arasında, iş tatmini ölçeği için 0,692 ile 0,796 değerleri arasında, yaşam tatmini ölçeği için 0,686 ile 0,770 değerleri arasında olduğu görölmektedir. Bununla birlikte ölçeklerin bileşik güvenilirlik CR katsayıları 0,849 ile 0,875; ortalama açıklanan varyans AVE değerleri 0,529 ile 0,584 arasında bulunmuştur. Wang ve Wang (2012)'a göre yakınsak geçerliliğın sağlanması için, ölçeğe ilişkin bütün CR değerlerinin, ilgili AVE değerlerinden büyük çıkması ve her bir AVE değerinin ise 0,5'ten büyük çıkması beklenmektedir (346). Bu bilgi göz önünde bulundurularak CR ve AVE' ye ilişkin değerler incelendiğinde, ilgili ölçekler için yakınsak geçerliliğın sağlandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Psikolojik sağamlık, iş tatmini ve yaşam tatmini ölçekleri için ayırt edici geçerlilik

Faktörler	Psikolojik Sağamlık	İş Tatmini	Yaşam Tatmini
Psikolojik Sağamlık	0,584		
İş Tatmini	0,336	0,564	
Yaşam Tatmini	0,391	0 ,516	0,529

Tablo 4.4’de ayırt edici geçerlilik ve faktörler arası korelasyonlara ilişkin değerler yer almaktadır. Tablo 4.4’de köşegenlerde AVE değerleri, satır ve sütunlarda ise faktörler arası korelasyon katsayılarının kareleri verilmiştir. Fornell ve Larcker (1981) ayırt edici geçerliliğin sağlanması için köşegenlerde geçen AVE değerlerinin, o köşegenin satır ve sütununda verilen değerlerden büyük olmasını önermiştir (345). Tablo 4.4’de görüldüğü üzere psikolojik sağamlık, iş tatmini ve yaşam tatmini ölçekleri için Fornell ve Larcker’in belirttiğı şart sağlanmaktadır. Buna göre ilgili ölçeklerin ayırt edici geçerliliğı sağladığı tespit edilmiştir.

Gereç ve yöntemler bölümünde ölçekler ile ilgili detaylı bilgilerden bahsedildiğı üzere stresle başa çıkma tarzları ölçeğı, likert tarzda bir ölçek olmayıp oransal (yüzdesel) olarak değerlendirilen bir ölçektir. Bu nedenle faktör analizine tabi tutulmamıştır. Stresle başa çıkma tarzları ölçeğı; “kendine güvenen yaklaşım”, “iyimser yaklaşım”, “sosyal desteğe başvurma”, “boyun eğici yaklaşım” ve “çaresiz yaklaşım” olmak üzere beş boyut olarak, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucu ulaşılan haliyle, analizlerde kullanılmıştır.

4.4. Ölçeklere Verilen Cevapların Betimsel İstatistikleri

Bu başlıkta ölçeklerde yer alan soruların frekans, yüzde frekans, ortalama ve standart sapma değerleri incelenmiştir.

Stresle başa çıkma tarzlarından, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma, boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım alt boyutlarını oluşturan ifadelere verilen cevaplara ait betimsel istatistikler Tablo 4.5’te verilmiştir.

Tablo 4.5. Stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarına verilen cevapların betimsel istatistikleri

Kendine Güveli Yaklaşım	%0 (0,0)		%30 (0,3)		%70 (0,7)		%100 (1,0)		X_ort	S.S.
	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr		
8) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	14		96		346		311		0,76	0,25
		1,83		12,52		45,11		40,55		
10) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.	31		157		335		244		0,69	0,28
		4,04		20,47		43,68		31,81		
14) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	16		145		335		271		0,72	0,27
		2,09		18,90		43,68		35,33		
16) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	35		186		319		227		0,66	0,29
		4,56		24,25		41,59		29,60		
20) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	19		140		370		238		0,70	0,26
		2,48		18,25		48,24		31,03		
23) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda hakkımı savunabileceğime inanırım.	27		133		307		300		0,72	0,28
		3,52		17,34		40,03		39,11		
26) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda bir kişi olarak iyi yönden değiştiğimi, olgunlaştığımı hissederim.	41		175		355		196		0,65	0,29
		5,35		22,82		46,28		25,55		
İyimser Yaklaşım	%0 (1)		%30 (2)		%70 (3)		%100 (4)		X_ort	S.S.
	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr		
2) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda iyimser olmaya çalışırım.	41		183		374		169		0,63	0,28
		5,35		23,86		48,76		22,03		
4) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	85		297		295		90		0,50	0,30
		11,08		38,72		38,46		11,73		
6) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda sakın kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	41		195		345		186		0,63	0,29
		5,35		25,42		44,98		24,25		
12) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	33		176		345		213		0,66	0,29
		4,30		22,95		44,98		27,77		
18) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	38		207		367		155		0,62	0,28
		4,95		26,99		47,85		20,21		

Tablo 4.5. (Devam) Stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarına verilen cevapların betimsel istatistikleri

Sosyal Desteğe Başvurma	%0 (1)		%30 (2)		%70 (3)		%100 (4)		X_ort	S.S.
	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr		
1) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda kimsenin bilmesini istemem.	40		155		340		232		0,67	0,29
		5,22		20,21		44,33		30,25		
9) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda içinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.	41		104		364		258		0,71	0,28
		5,35		13,56		47,46		33,64		
29) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	21		199		368		179		0,65	0,27
		2,74		25,95		47,98		23,34		
30) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	16		85		275		391		0,79	0,26
		2,09		11,08		35,85		50,98		
Boyun Eğici Yaklaşım	%0 (1)		%30 (2)		%70 (3)		%100 (4)		X_ort	S.S.
	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr		
5) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda başa gelen çekilir diye düşünürüm.	273		284		155		55		0,32	0,31
		35,59		37,03		20,21		7,17		
13) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda iş olacağına varır diye düşünürüm.	127		276		269		95		0,48	0,32
		16,56		35,98		35,07		12,39		
15) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda problemin çözümü için adak adarım.	479		136		85		67		0,22	0,33
		62,45		17,73		11,08		8,74		
17) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	455		237		65		10		0,17	0,23
		59,32		30,90		8,47		1,30		
21) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda mücadeleden vazgeçerim.	500		208		44		15		0,14	0,23
		65,19		27,12		5,74		1,96		
24) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.	387		280		71		29		0,21	0,27
		50,46		36,51		9,26		3,78		
Çaresiz Yaklaşım	%0 (1)		%30 (2)		%70 (3)		%100 (4)		X_ort	S.S.
	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr		
3) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda bir mucize olmasını beklerim.	439		198		65		65		0,22	0,32
		57,24		25,81		8,47		8,47		
7) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda kendimi kapana kısılmış gibi hissedirim.	251		334		127		55		0,32	0,30
		32,72		43,55		16,56		7,17		
a11) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam	130		301		220		116		0,47	0,33
		16,95		39,24		28,68		15,12		

Tablo 4.5. (Devam) Stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarına verilen cevapların betimsel istatistikleri

19) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.	154	328	214	71	0,42	0,31
	20,08	42,76	27,90	9,26		
22) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	299	382	62	24	0,24	0,24
	38,98	49,80	8,08	3,13		
25) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda “keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.	283	267	137	80	0,33	0,33
	36,90	34,81	17,86	10,43		
27) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda benim suçum ne diye düşünürüm.	244	325	139	59	0,33	0,31
	31,81	42,37	18,12	7,69		
28) İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda “hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.	492	219	36	20	0,14	0,23
	64,15	28,55	4,69	2,61		

Stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım alt boyutunu oluşturan ifadelerle ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde, her bir madde ortalamasının 0,65 ve üzerinde ve birbirine yakın değerlerde olduğu görülmektedir. En yüksek ortalama 0,76 ile *“İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım”* ifadesine aittir. Katılımcıların, %45,11’inin bu ifadeye %70 oranında katıldığı, %40,55’nin ise bu ifadeye %100 oranında katıldığı görülmektedir. Bir başka deyişle katılımcıların büyük bir çoğunluğu %70 ve üzeri yüzde ile bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. En düşük ortalama 0,65 ile *“İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda bir kişi olarak iyi yönden değiştiğimi, olgunlaştığımı hissedirim”* ifadesine aittir. Katılımcıların %46,28’i bu ifadeye %70 oranında katıldığını, %5,35’i ise %0 oranında bir başka deyişle bu ifadeye hiç katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Stresle başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşım alt boyutunu oluşturan ifadelerle ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde, her bir madde ortalamasının 0,50 ve üzerinde ve birbirine yakın değerlerde olduğu görülmektedir. En yüksek ortalama 0,66 ile *“İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım”* ifadesine aittir. Sağlık çalışanlarının %44,98’nin %70, %27,77’sinin ise %100 oranında bu ifadeye katıldıkları görülmektedir. En düşük ortalama ise 0,50 ile *“İşle ilgili bir sıkıntı olduğunda olayları büyütmeyp, üzerinde durmamaya çalışırım”* ifadesine aittir. Katılımcıların %38,72’si %30, %38,46’sı %70, %11,08’i %0, %11,73’ü ise %100 oranında bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu ifadenin değerlendirilmesinde

katılımcıların iki gruba ayrıldığı ve bu iki grubun birbirinin tersi yönde cevaplar verdiği söylenebilir.

Stresle başa çıkma tarzlarından sosyal desteğe başvurma alt boyutunu oluşturan ifadelerle ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde, 0,79 değerindeki en yüksek ortalama *“İşle ilgili bir sıkıntımda olduğunda bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır”* ifadesine aittir. Katılımcıların %50,98’i bu ifadeye %100 oranında katıldıklarını, %35,85’i ise %70 oranında katıldıklarını ifade etmişlerdir. Sosyal desteğe başvurma alt ölçeğini oluşturan diğer ifadelerin ortalamaları ise 0,65 ve üzerinde olup katılımcıların çoğunluğu %70 ve %100 oranında ifadelerle katıldıklarını belirtmişlerdir.

Stresle başa çıkma tarzlarından boyun eğici yaklaşım alt boyutuna ait ifadelerin betimsel istatistikleri incelendiğinde, ifadelerle ilişkin ortalama değerlerinin 0,48 ile 0,14 arasında değiştiği görülmektedir. En yüksek ortalama 0,48 ile *“İşle ilgili bir sıkıntımda olduğunda iş olacağına varır diye düşünürüm”* ifadesine aittir. Bu ifadeye katılımcıların %35,98’inin %30 oranında katıldığı, %35,07’sinin ise %70 oranında katıldığı görülmektedir. En düşük ortalama 0,14 ile *“İşle ilgili bir sıkıntımda olduğunda mücadeleden vazgeçerim”* ifadesine ait olup katılımcıların %65,19’u, %0 düzeyinde bu ifadeye katıldıklarını bir başka deyişle katılmadıklarını, katılımcıların %1,96’lık oranı ise %100 düzeyinde bu ifadeye katıldıklarını ifade etmişlerdir. Buna göre katılımcıların çoğunluğunun, *“İşle ilgili bir sıkıntımda olduğunda mücadeleden vazgeçerim”* ifadesine katılmazken, az sayıda katılımcının bu ifadeye katıldığı söylenebilir.

Stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz yaklaşım alt boyutunu oluşturan ifadelerin betimsel istatistikleri incelendiğinde, ifadelerle ilişkin ortalama değerlerin 0,47 ile 0,14 arasında değiştiği görülmektedir. En yüksek ortalama 0,47 ile *“İşle ilgili bir sıkıntımda olduğunda olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam”* ifadesine aittir. Bu ifadeye verilen cevaplar incelendiğinde katılımcıların %39,24’ünün %30 oranında, %28,68’inin %70 oranında, %16,95’inin %0 oranında, %15,12’sinin ise %100 oranında katıldığı görülmektedir. Bu ifadenin değerlendirilmesinde katılımcıların ikiye gruba ayrıldığı ve bu iki grubun birbirinin tersi yönde cevaplar verdiği söylenebilir. En düşük ortalama ise 0,14 ile *“İşle ilgili bir sıkıntımda olduğunda hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm”* ifadesine aittir. Katılımcıların %64,15’i, bu ifadeye %0 oranında katıldıklarını ifade etmişlerdir. Bir başka ifade ile katılımcıların çoğunluğu bu ifadeye katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Psikolojik sağamlık ölçeğini oluşturan ifadelere verilen cevaplara ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.6’da sunulmuştur. Bu ifadelere ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde, ortalama değerlerin 3,51 ile 2,70 arasında değiştiği görülmektedir. En yüksek ortalama 3,51 ile “*Stresli bir olaydan sonra kendime gelmem uzun sürmez*” ifadesine aittir. Bu ifadeye katılımcıların %38,33’  katıldığını, %12,13’  tamamen katıldığını, %4,69’u ise katılmadığını belirtmiştir. En düşük ortalama ise 2,70 ile “*Stresli olayları atlatmakta zorlanırım*” ifadesine aittir. Bu ifadeye katılımcıların %24,51’i katılmadıklarını, %5,61’i kesinlikle katılmadığını, %29,60’sı ise kararsız olduğunu belirtmiştir. En yüksek ve en düşük ortalamaya sahip ifadeler anlam bakımından incelendiğinde bu ifadelerin birbirinin tersi anlamlar içeren birbirini tamamlayan ifadeler olduğu görülmektedir. Bundan dolayı ilgili ifadelerin en yüksek ve en düşük ortalamaya sahip maddeler olmasının beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Tablo 4.6. Psikolojik sağamlık  l eğine verilen cevapların betimsel istatistikleri

	Hiç Katılmıyorum (1)		Katılmıyorum (2)		Kararsız (3)		Katılıyorum (4)		Tamamen Katılıyorum (5)		X_ort	S.S.
	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr		
1.Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi hızla toparlayabilirim.	25		89		197		330		126		3,20	1,06
		3,26		11,60		25,68		43,02		16,43		
2.Stresli olayları atlatmakta zorlanırım.	43		188		227		238		71		2,70	1,06
		5,61		24,51		29,60		31,03		9,26		
3.Stresli bir olaydan sonra kendime gelmem uzun sürmez.	36		164		180		294		93		3,51	0,99
		4,69		21,38		23,47		38,33		12,13		
4.Kötü bir şey olduğunda kendimi toplamak benim için zordur.	41		166		163		288		109		3,49	1,01
		5,35		21,64		21,25		37,55		14,21		

Tablo 4.6. (Devam) Psikolojik sağlamlık ölçeğine verilen cevapların betimsel istatistikleri

5.Zor zamanları genelde az sorun ile aşarım.	40	153	270	250	54		
						2,62	1,14
	5,22	19,95	35,20	32,59	7,04		
6.Hayatımdaki aksiliklerin etkisinden kurtulmak uzun zamanımı alır.	42	138	191	288	108		
						3,37	1,10
	5,48	17,99	24,90	37,55	14,08		

İş tatmini ölçeğini oluşturan ifadelere verilen cevaplara ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.7’de sunulmuştur. Bu ifadelere ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde, ortalama değerlerin 3,51 ile 2,62 arasında değiştii görölmektedir. En yüksek ortalama 3,51 ile “İşteki her günüm hiç bitmeyecekmiş gibi gelir” ifadesine ait olup katılımcıların çoğunluğu bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. En düşük ortalama ise 2,62 ile “İşimin oldukça tatsız olduğunu düşünürüm” ifadesine aittir. En yüksek ve en düşük ortalamaya sahip ifadeler incelendiğinde, her ikisinin de olumsuz anlam içeren ters sorular olduğu görölmektedir. Esasında birbirini tamamlayan sorular değıllerdir. Bu çalışma verilerinin Covid-19 pandemi sürecinde toplandığı göz önüne alındığında, sonucun bu şekilde çıkmasında, sağlık çalışanlarının aslında işlerinin tatsız olduklarını düşünmedikleri fakat o süreçte ciddi bir risk faktörü içerisinde çalıştıklarından dolayı, işteki her günlerini hiç bitmeyecekmiş gibi algıladıkları söylenebilir.

Tablo 4.7. İş tatmini ölçeğine verilen cevapların betimsel istatistikleri

	Hiç Katılmıyorum (1)		Katılmıyorum (2)		Kararsızım (3)		Katılıyorum (4)		Tamamen Katılıyorum (5)		X_ort	S.S.
	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr				
1.Şuan ki işimden oldukça memnunum.	52		81		159		320		155		3,20	1,06
		6,78		10,56		20,73		41,72		20,21		
2.Çoğu zaman işime karşı hevesliyimdir.	31		59		126		357		194		2,70	1,06
		4,04		7,69		16,43		46,54		25,29		
3.İşteki her günüm hiç bitmeyecekmiş gibi gelir.	49		89		196		311		122		3,51	0,99
		6,39		11,60		25,55		40,55		15,91		

Tablo 4.7. (Devam) İş tatmini ölçeğine verilen cevapların betimsel istatistikleri

4.İşimi bulurum.	eğlenceli	54	94	229	293	97	3,49	1,01
		7,04	12,26	29,86	38,20	12,65		
5.İşimin tatsız düşünürüm.	oldukça olduğunu	36	73	156	277	225	2,62	1,14
		4,69	9,52	20,34	36,11	29,34		

Yaşam tatmini ölçeğini oluşturan ifadelere verilen cevaplara ilişkin betimsel istatistikler Tablo 4.8’de sunulmuştur. Bu ifadelere ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde, ifadelere ilişkin ortalama değerlerin 3,51 ile 2,62 arasında değiştiği görülmektedir. En yüksek ortalama 3,51 ile “*Hayatımdan memnunum*” ifadesine ait olup katılımcıların çoğunluğu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. En düşük ortalama ise “*Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim*” ifadesine ait olup katılımcıların çok az bir bölümü bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir. En yüksek ve en düşük ortalamaya sahip ifadeler göz önünde bulundurularak katılımcıların, imkânları olacak olsa yaşam koşullarını değiştirme konusunda istekli oldukları fakat mevcut koşullarında da yaşamlarından memnuniyet duydukları söylenebilir.

Tablo 4.8. Yaşam tatmini ölçeğine verilen cevapların betimsel istatistikleri

	Hiç Katılmıyorum (1)		Katılmıyorum (2)		Kararsızım (3)		Katlıyorum (4)		Tamamen Katlıyorum (5)		X_ort	S.S.
	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr	Fr	%fr		
1.Hayatım birçok yönüyle ideallerime yakındır.	55	7,17	134	17,47	243	31,68	269	35,07	66	8,60	3,20	1,06
2.Hayat koşullarım mükemmeldir.	111	14,47	217	28,29	255	33,25	156	20,34	28	3,65	2,70	1,06
3.Hayatımdan memnunum.	40	5,22	68	8,87	206	26,86	364	47,46	89	11,60	3,51	0,99

Tablo 4.8. (Devam) Yaşam tatmini ölçeğine verilen cevapların betimsel istatistikleri

4.Şimdiye kadar hayatımda istediğim önemli şeyleri elde edebildim.	36	94	186	359	92	3,49	1,01
	4,69	12,26	24,25	46,81	11,99		
5.Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	158	185	254	130	40	2,62	1,14
	20,60	24,12	33,12	16,95	5,22		

4.5. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırma kapsamında incelenen psikolojik sağlamlık ölçeği, stresle başa çıkma tarzlarını oluşturan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma, boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım alt boyutları, iş tatmini ölçeği ve yaşam tatmini ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Araştırma değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler

Değişken	N	Ortalama	S.S.
Psikolojik Sağlamlık	767	3,35±0,031	0,843
Kendine Güvenli Yaklaşım	767	0,70±0,007	0,194
İyimser Yaklaşım	767	0,61±0,007	0,203
Sosyal Desteğe Başvurma	767	0,71±0,006	0,174
Boyun Eğici Yaklaşım	767	0,26±0,006	0,169
Çaresiz Yaklaşım	767	0,31±0,006	0,179
İş Tatmini	767	3,60±0,031	0,856
Yaşam Tatmini	767	3,11±0,030	0,818

Psikolojik sağlamlık, iş tatmini ve yaşam tatmini değişkenlerinin ölçümlemesinde yararlanılan ölçekler, 5’li likert tarzında katılımcıların değerlendirilmesine sunulmuştur. Bu sebeple, bu ölçeklerden alınabilecek ortalama puan 3’tür. Ortalama puanlar, 5’e yaklaştıkça ilgili değişkenden alınan puanın arttığı, 1’e yaklaştıkça ise azaldığı anlaşılmaktadır. Buna göre, psikolojik sağlamlık (3,35±0,031), iş tatmini (3,60±0,031) ve yaşam tatmini (3,11±0,030) ölçeklerinden alınan puanların, ortalama değerin üzerinde

olduğu söylenebilir. En yüksek ortalama puanın ise iş tatmini değişkenine ait olduğu görülmektedir.

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği ise Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasındaki gibi %0, %30, %70, %100 oranlarında katılımcıların değerlendirilmesine sunulmuştur. Dolayısıyla ölçekten alınan ortalama puan 0,50 olabilmektedir. Buna göre alt boyutlara ilişkin ortalama puanlar incelendiğinde, kendine güvenli yaklaşım alt boyutundan ($0,70 \pm 0,007$) ortalamanın oldukça üzerinde bir değer alındığı, iyimser yaklaşım alt boyutundan ($0,61 \pm 0,007$) yine ortalamanın üzerinde bir değer alındığı, sosyal desteğe başvurma alt boyutundan ($0,71 \pm 0,006$) ortalamanın oldukça üzerinde bir değer alındığı görülmektedir. Bir başka ifade ile katılımcıların, problem odaklı başa çıkma tarzları kullanımının yüksek düzeylerde olduğu söylenebilir. Boyun eğici yaklaşım ($0,26 \pm 0,006$) ve çaresiz yaklaşım ($0,31 \pm 0,006$) alt boyutlarından alınan puanların ise ortalamanın altında ve düşük değerlerde olduğu görülmektedir. Bu veri baz alınarak katılımcıların, duygu odaklı başa çıkma tarzları kullanımının daha az olduğu söylenebilir.

4.6. Araştırma Değişkenlerinin Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Araştırma değişkenlerinden alınan puanlarda, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek için öncelikle araştırma değişkenlerine ilişkin veri setinin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığını belirlemek gerekmektedir.

Veri setinin tek değişkenli normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede en yaygın kullanılan testler “Kolmogrov-Smirnov” ve “Shapiro-Wilk” (347) testleridir. Bu iki testten, “Kolmogrov-Smirnov” un araştırma örneklem sayısının 30 ve üzeri olduğunda uygulanması, Shapiro-Wilk” in ise araştırma örneklem sayısının 30’un altında olduğunda uygulanması önerilmektedir (341, 348). Bu sebeple, bu çalışmada normal dağılımının belirlenmesi için “Kolmogrov-Smirnov” testi uygulanmıştır. Değişkenlere ilişkin normallik testi analiz sonuçları aşağıda Tablo 4.10’da sunulmuştur. Bu sonuçlara göre araştırma değişkenlerine ilişkin p değerleri (anlamlılık/ önem düzeyi) 0,05’ten küçük olduğundan ($p < 0,05$), değişkenlerden hiçbirinin normal dağılım göstermediği görülmektedir.

Tablo 4.10. Normallik analizi sonuçları

Ölçekler	Kolmogorov-Smirnov (a)			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	N	p	İstatistik	N	p
Psikolojik Sağlamlık	0,088	767	0,000	0,982	767	0,000
Kendine Güvenli Yaklaşım	0,070	767	0,000	0,969	767	0,000
İyimser Yaklaşım	0,084	767	0,000	0,982	767	0,000
Sosyal Desteğe Başvurma	0,089	767	0,000	0,969	767	0,000
Boyun Eğici Yaklaşım	0,098	767	0,000	0,957	767	0,000
Çaresiz Yaklaşım	0,080	767	0,000	0,954	767	0,000
İş Tatmini	0,112	767	0,000	0,955	767	0,000
Yaşam Tatmini	0,087	767	0,000	0,982	767	0,000

Not: (a) Lilliedors anlamlılık düzeltmesi, n=Örnekleme sayısı, p=Anlamlılık (Önem Düzeyi)

Veri seti tek değişkenli normal dağılım varsayımını sağlamadığından, sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırmalarda, non-parametrik testlerle analiz gerçekleştirilmiştir.

4.6.1. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Katılımcıların araştırma kapsamında incelenen değişkenlerden almış oldukları puanlarda, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek için Mann Whitney-U analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.11’de sunulmuştur.

Tablo 4.11. Cinsiyet açısından Mann Whitney-U analiz sonuçları

Değişken	Özellik	N	Ort. Sıra	Z	p
Psikolojik Sağlamlık	kadın	540	369,04	-2,893	0,004*
	erkek	227	419,59		
Kendine Güvenli Yaklaşım	kadın	540	385,00	-0,194	0,846
	erkek	227	381,61		
İyimser Yaklaşım	kadın	540	378,17	-1,126	0,260
	erkek	227	397,87		
Sosyal Desteğe Başvurma	kadın	540	399,54	-3,008	0,003*
	erkek	227	347,02		
Boyun Eğici Yaklaşım	kadın	540	379,15	-0,936	0,349
	erkek	227	395,53		

Tablo 4.11. (Devam) Cinsiyet açısından Mann Whitney-U analiz sonuçları

Çaresiz Yaklaşım	kadın	540	386,09	-0,404	0,686
	erkek	227	379,02		
İş Tatmini	kadın	540	383,82	-0,035	0,972
	erkek	227	384,43		
Yaşam Tatmini	kadın	540	396,18	-2,355	0,019*
	erkek	227	355,03		

*p<0,05

Tablo 4.11 incelendiğinde, cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada katılımcıların kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve iş tatmini puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların cinsiyete göre dağılımları birbirine eşit olmamakla birlikte, psikolojik sağlamlık, sosyal desteğe başvurma ve yaşam tatmininden almış oldukları puanlar, cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($p<0,05$). İlgili değişkenlerin sıra ortalamalarına bakıldığında, erkek katılımcıların psikolojik sağlamlıklarının, kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu, kadın katılımcıların ise hem sosyal desteğe başvurma hem de yaşam tatmini puanlarının erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.6.2. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Medeni Duruma Göre İncelenmesi

Katılımcıların araştırma kapsamında incelenen değişkenlerden almış oldukları puanlarda, medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek için Mann Whitney-U analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına ilişkin veriler Tablo 4.12’de sunulmuştur.

Tablo 4.12. Medeni durum açısından Mann Whitney-U analiz sonuçları

Değişken	Özellik	N	Ort. Sıra	Z	p
Psikolojik Sağlamlık	evli	419	407,09	-3,177	0,001*
	bekar	348	356,20		
Kendine Güvenli Yaklaşım	evli	419	398,34	-1,968	0,049*
	bekar	348	366,74		
İyimser Yaklaşım	Kadın	419	389,67	-0,779	0,436
	erkek	348	377,17		
Sosyal Desteğe Başvurma	evli	419	385,67	-0,230	0,818

bekar	348	381,99
-------	-----	--------

Tablo 4.12. (Devam) Medeni durum açısından Mann Whitney-U analiz sonuçları

Boyun Eğici Yaklaşım	evli	419	369,02	-2,059	0,040*
	bekar	348	402,04		
Çaresiz Yaklaşım	evli	419	360,15	-3,273	0,001*
	bekar	348	412,72		
İş Tatmini	evli	419	409,66	-3,531	0,000*
	bekar	348	353,11		
Yaşam Tatmini	evli	419	423,12	-5,382	0,000*
	bekar	348	336,90		

*p<0,05

Tablo 4.12 incelendiğinde, katılımcıların iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma puanlarında medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşmamıştır ($p>0,05$). Bununla beraber psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini puanlarının medeni duruma göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın ortaya çıktığı değişkenlerde sıra ortalamaları incelendiğinde, evli katılımcıların psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iş ve yaşam tatmini puanlarının, bekâr katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bekâr katılımcıların ise boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.6.3. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi

Araştırma kapsamında incelenen değişkenlerin, yaş gruplarına göre karşılaştırıldığı Kruskal Wallis analizi sonuçları Tablo 4.13'te yer almaktadır. Buna göre sağlık çalışanlarının; çaresiz yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma düzeylerinde yaş açısından anlamlı bir farklılık oluşmazken ($p>0,05$); psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerinde yaş açısından anlamlı bir farklılık olabileceği görülmektedir ($p<0,05$).

Yaş açısından psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerinde görülen anlamlı farklılığın hangi yaş aralıkları arasında meydana geldiğini daha detaylı görebilmek için ikili karşılaştırma analizleri yapılmış ve sonuçları Tablo 4.14'te ve Şekil 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.13. Yaş açısından Kruskal Wallis analizi

Değişken	Özellik	N	Ort. Sıra	X ²	p
Psikolojik Sağlamlık	18-25	151	346,07	22,891	0,000*
	26-30	242	350,07		
	31-40	180	405,71		
	41-50	149	430,47		
	51 ve üzeri	45	453,02		
Kendine Güvenli Yaklaşım	18-25	151	361,84	30,307	0,000*
	26-30	242	344,33		
	31-40	180	378,03		
	41-50	149	452,30		
	51 ve üzeri	45	469,46		
İyimser Yaklaşım	18-25	151	365,61	16,238	0,003*
	26-30	242	362,42		
	31-40	180	369,00		
	41-50	149	439,37		
	51 ve üzeri	45	438,41		
Sosyal Desteğe Başvurma	18-25	151	391,97	5,678	0,225
	26-30	242	407,03		
	31-40	180	365,96		
	41-50	149	370,81		
	51 ve üzeri	45	349,27		
Boyun Eğici Yaklaşım	18-25	151	383,61	9,564	0,048*
	26-30	242	407,83		
	31-40	180	389,76		
	41-50	149	361,06		
	51 ve üzeri	45	310,06		
Çaresiz Yaklaşım	18-25	151	409,56	9,199	0,056
	26-30	242	402,09		
	31-40	180	363,16		
	41-50	149	372,79		
	51 ve üzeri	45	321,40		
İş Tatmini	18-25	151	367,05	31,092	0,000*
	26-30	242	334,71		
	31-40	180	392,69		
	41-50	149	446,60		
	51 ve üzeri	45	463,90		
Yaşam Tatmini	18-25	151	363,63	26,504	0,000*
	26-30	242	333,84		
	31-40	180	423,64		
	41-50	149	423,96		
	51 ve üzeri	45	431,26		

Tablo 4.14. Yaşa göre ikili karşılaştırma analizi

Demografik Özellik	Örneklem1↔Örneklem2	Ölçek	P	Düz. P
Yaş	18-25 yas ↔ 26-30 yas	Psikolojik Sağlamlık	0,861	1,000
	18-25 yas ↔ 31-40 yas		0,014	0,144
	18-25 yas ↔ 41-50 yas		0,001	0,009*
	18-25 yas ↔ 51 ve üzeri		0,004	0,044*
	26-30 yas ↔ 31-40 yas		0,010	0,105
	26-30 yas ↔ 41-50 yas		0,000	0,005*
	26-30 yas ↔ 51 ve üzeri		0,004	0,041*
	31-40 yas ↔ 41-50 yas		0,311	1,000
	31-40 yas ↔ 51 ve üzeri		0,199	1,000
	41-50 yas ↔ 51 ve üzeri		0,548	1,000
Yaş	26-30 yas ↔ 18-25 yas	Kendine Güvenli Yaklaşım	0.446	1,000
	26-30 yas ↔ 31-40 yas		0.122	1,000
	26-30 yas ↔ 41-50 yas		0.000	0,000*
	26-30 yas ↔ 51 ve üzeri		0.000	0,005*
	18-25 yas ↔ 31-40 yas		0.507	1,000
	18-25 yas ↔ 41-50 yas		0.000	0,004*
	18-25 yas ↔ 51 ve üzeri		0.004	0,042*
	31-40 yas ↔ 41-50 yas		0.002	0,025*
	31-40 yas ↔ 51 ve üzeri		0.013	0,132
	41-50 yas ↔ 51 ve üzeri		0.649	1,000
Yaş	26-30 yas ↔ 18-25 yas	İyimser Yaklaşım	0.890	1,000
	26-30 yas ↔ 31-40 yas		0.762	1,000
	26-30 yas ↔ 51 ve üzeri		0.034	0,343
	26-30 yas ↔ 41-50 yas		0.001	0,008*
	18-25 yas ↔ 31-40 yas		0.889	1,000
	18-25 yas ↔ 51 ve üzeri		0.053	0,526
	18-25 yas ↔ 41-50 yas		0.004	0,039*
	31-40 yas ↔ 51 ve üzeri		0.060	0,597
	31-40 yas ↔ 41-50 yas		0.004	0,041*
	51 ve üzeri ↔ 41-50 yas		0.980	1,000
Yaş	51 ve üzeri ↔ 41-50 yas	Boyun Eğici Yaklaşım	0.175	1,000
	51 ve üzeri ↔ 18-25 yas		0.050	0,502
	51 ve üzeri ↔ 31-40 yas		0.031	0,306
	51 ve üzeri ↔ 26-30 yas		0.006	0,065
	41-50 yas ↔ 18-25 yas		0.377	1,000
	41-50 yas ↔ 31-40 yas		0.241	1,000
	41-50 yas ↔ 26-30 yas		0.042	0,423
	18-25 yas ↔ 31-40 yas		0.801	1,000
	18-25 yas ↔ 26-30 yas		0.291	1,000
	31-40 yas ↔ 26-30 yas		0.407	1,000

Tablo 4.14. (Devam) Yaşa göre ikili karşılaştırma analizi

Yaş	26-30 yas ↔ 18-25 yas	İş Tatmini	0,158	1,000
	26-30 yas ↔ 31-40 yas		0,008	0,076
	26-30 yas ↔ 41-50 yas		0,000	0,000*
	26-30 yas ↔ 51 ve üzeri		0,000	0,003*
	18-25 yas ↔ 31-40 yas		0,293	1,000
	18-25 yas ↔ 41-50 yas		0,002	0,018*
	18-25 yas ↔ 51 ve üzeri		0,010	0,098
	31-40 yas ↔ 41-50 yas		0,028	0,275
	31-40 yas ↔ 51 ve üzeri		0,053	0,530
	41-50 yas ↔ 51 ve üzeri		0,645	1,000
Yaş	26-30 yas ↔ 18-25 yas	Yaşam Tatmini	0,193	1,000
	26-30 yas ↔ 31-40 yas		0,000	0,000*
	26-30 yas ↔ 41-50 yas		0,000	0,001*
	26-30 yas ↔ 51 ve üzeri		0,007	0,066
	18-25 yas ↔ 31-40 yas		0,014	0,138
	18-25 yas ↔ 41-50 yas		0,018	0,180
	18-25 yas ↔ 51 ve üzeri		0,071	0,714
	31-40 yas ↔ 41-50 yas		0,990	1,000
	31-40 yas ↔ 51 ve üzeri		0,836	1,000
	41-50 yas ↔ 51 ve üzeri		0,846	1,000

Önem düzeyleri Bonferroni düzeltmesi uygulanarak yorumlanmıştır. *p<0,05

Tablo 4.14 ve Şekil 4.1’de yer aldığı gibi, psikolojik sağlamlık düzeyi en yüksek olanlar 51 yaş ve üzeri (453,02), en düşük olanlar ise 18-25 (346,07) yaş aralığındaki katılımcılardır. Psikolojik sağlamlık düzeyi açısından 51 yaş ve üzeri (453,02) ile 18-25 (346,07) ve 26-30 (350,07) yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Buna göre 51 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri, 18-25 ve 26-30 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Benzer şekilde 41-50 (453,02) yaş aralığı ile 18-25 (346,07) ve 26-30 (350,07) yaş aralıkları arasında da anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre 41-50 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyi, 18-25 ve 26-30 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Psikolojik sağlamlık düzeyi açısından diğer yaş grupları arasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Kendine güvenli yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar 51 yaş ve üzeri (469,46), ardından 41-50 (452,30) yaş aralığındaki katılımcılar ve en düşük olanlar ise 26-30 (344,33) yaş aralığındaki katılımcılardır. Kendine güvenli yaklaşım düzeyi açısından 41-

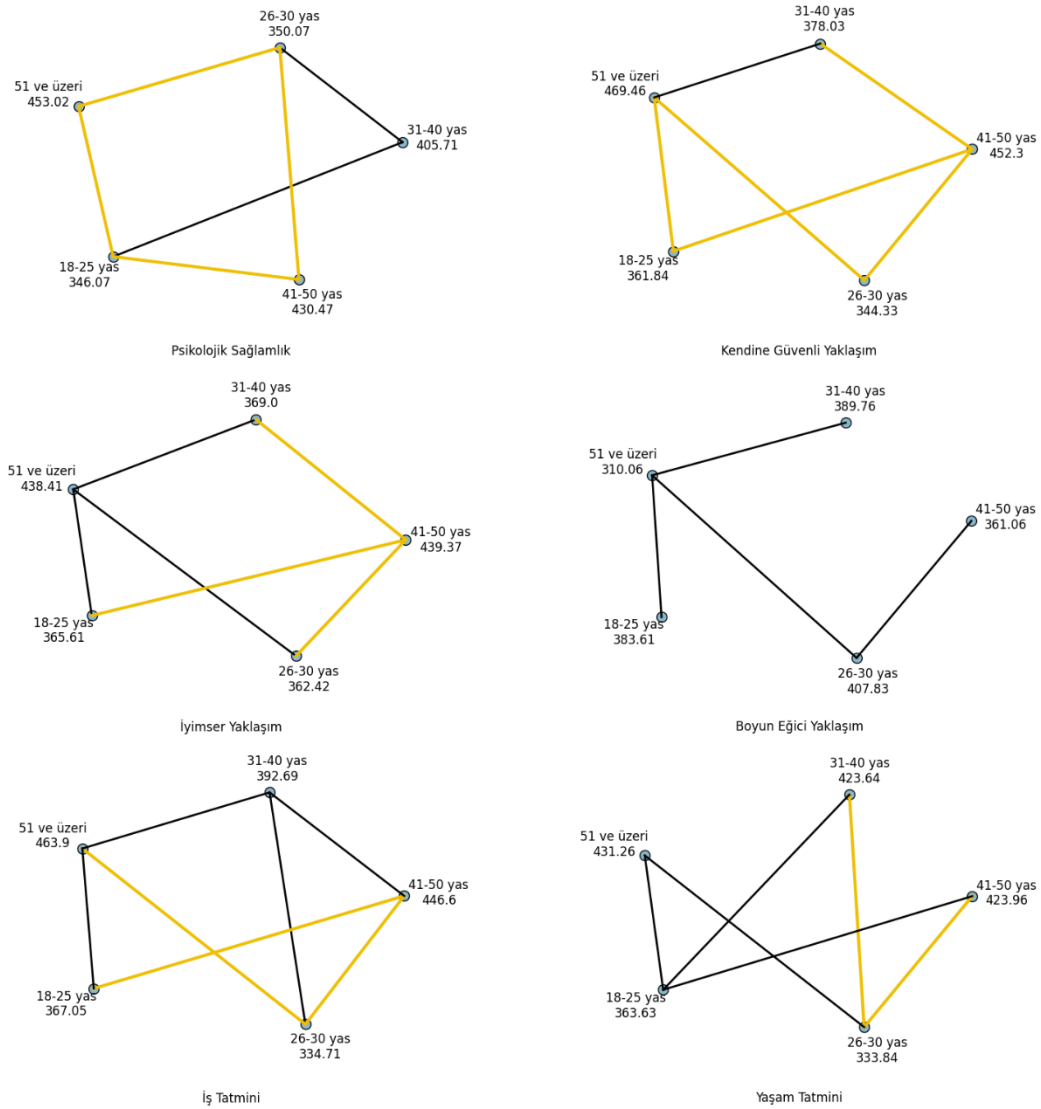
50 (452,30) yaş aralığı ile 18-25 (361,84), 26-30 (344,33) ve 31-40 (378,03) yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre 41-50 yaş aralığındaki sağlık çalışanların kendine güvenli yaklaşım düzeyi, 18-25, 26-30 ve 31-40 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Benzer şekilde 51 yaş ve üzeri (469,46) ile 26-30 (344,33) ve 31-40 (378,03) yaş aralıkları arasında da anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Buna göre 51 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının kendine güvenli yaklaşım düzeyi, 26-30 ve 31-40 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Kendine güvenli yaklaşım düzeyi açısından diğer yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

İyimser yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar 41-50 (439,37) yaş aralığındaki ve en düşük olanlar ise 26-30 (362,42) yaş aralığındaki katılımcılardır. İyimser yaklaşım düzeyi açısından 41-50 (439,37) yaş aralığı ile 26-30 (362,42), 18-25 (365,61) ve 31-40 (369,00) yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Buna göre 41-50 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının iyimser yaklaşım düzeyi, 26-30, 18-25, ve 31-40 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. İyimser yaklaşım düzeyleri açısından diğer yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Boyun eğici yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar 26-30 (407,83) yaş aralığındaki ve en düşük olanlar ise 51 yaş ve üzeri (310,06) katılımcılardır. Kruskal Wallis testi sonucu boyun eğici yaklaşım düzeyinde yaşa göre anlamlı bir farklılık olabileceği bulunmuştur. Fakat İkili Karşılaştırma testi sonrasında Bonferroni düzeltmeli anlamlılık (significant) değerlerine göre, boyun eğici yaklaşım için yaş açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

İş tatmin düzeyi en yüksek olanlar 51 yaş ve üzeri (463,90), ardından 41-50 (446,60) yaş aralığındaki katılımcılar ve en düşük olanlar ise 26-30 (334,71) yaş aralığındaki katılımcılardır. İş tatmini düzeyi açısından 51 yaş ve üzeri (463,90) ile 26-30 (334,71) yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Buna ek olarak 41-50 (446,60) yaş aralığı ile 26-30 (334,71) ve 18-25 (367,05) yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre 41-50 ve 51 ve üzeri yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeyleri, ilgili diğer yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. İş tatmin düzeyleri açısından diğer yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Yaşam tatmini düzeyi en yüksek olanlar 51 yaş ve üzeri (431,26) ve en düşük olanlar ise 26-30 (333,84) yaş aralığındaki katılımcılardır. Yaşam tatmini düzeyi açısından 26-30 (333,84) yaş aralığı ile 41-50 (423,96) ve 31-40 (423,64) yaş aralıkları arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Buna göre 26-30 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının yaşam tatmin düzeyleri, 41-50 ve 31-40 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Yaşam tatmin düzeyleri açısından diğer yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.



Şekil 4.1. Yaş için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırma grafikleri

4.6.4. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Eğitim Düzeylerine Göre İncelenmesi

Araştırma değişkenlerinin katılımcıların eğitim seviyelerine göre karşılaştırıldığı Kruskal Wallis analizi sonuçları Tablo 4.15’de yer almaktadır. Buna göre sağlık çalışanlarının; psikolojik sağlamlık, sosyal desteğe başvurma ve çaresiz yaklaşım düzeylerinde eğitim seviyelerine göre anlamlı bir farklılık oluşmamıştır ($p>0,05$). Sağlık çalışanlarının kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerinde ise eğitim seviyelerine göre anlamlı bir farklılığın olabileceği görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.15. Eğitim düzeyi açısından Kruskal Wallis analizi

Değişken	Özellik	N	Ort. Sıra	X^2	P
Psikolojik Sağlamlık	lise	58	414,64	1,658	0,646
	önlisans	124	370,55		
	lisans	340	381,59		
	lisansüstü	245	386,90		
Kendine Güvenli Yaklaşım	lise	58	458,09	21,135	0,000*
	önlisans	124	435,95		
	lisans	340	380,76		
	lisansüstü	245	344,67		
İyimser Yaklaşım	lise	58	381,95	9,356	0,025*
	önlisans	124	439,02		
	lisans	340	375,07		
	lisansüstü	245	369,03		
Sosyal Desteğe Başvurma	lise	58	391,26	1,030	0,794
	önlisans	124	386,57		
	lisans	340	390,21		
	lisansüstü	245	372,36		
Boyun Eğici Yaklaşım	lise	58	324,33	12,546	0,006*
	önlisans	124	383,30		
	lisans	340	368,27		
	lisansüstü	245	420,31		
Çaresiz Yaklaşım	lise	58	381,95	9,356	0,349
	önlisans	124	439,02		
	lisans	340	375,07		
	lisansüstü	245	369,03		

Tablo 4.15. (Devam) Eğitim düzeyi açısından Kruskal Wallis analizi

İş Tatmini	lise	58	436,70	8,223	0,042*
	önlisans	124	412,63		
	lisans	340	363,85		
	lisansüstü	245	385,00		
Yaşam Tatmini	lise	58	463,97	9,886	0,020*
	önlisans	124	364,80		
	lisans	340	371,77		
	lisansüstü	245	391,76		

*p<0,05

Katılımcıların eğitim düzeyleri açısından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini değişkenlerinde oluşan farklılığın hangi eğitim düzeyleri arasında bulunduğunu daha detaylı görebilmek için ikili karşılaştırma analizleri yapılmış ve sonuçları Tablo 4.16’da ve Şekil 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.16. Eğitim düzeyine göre ikili karşılaştırma analizi

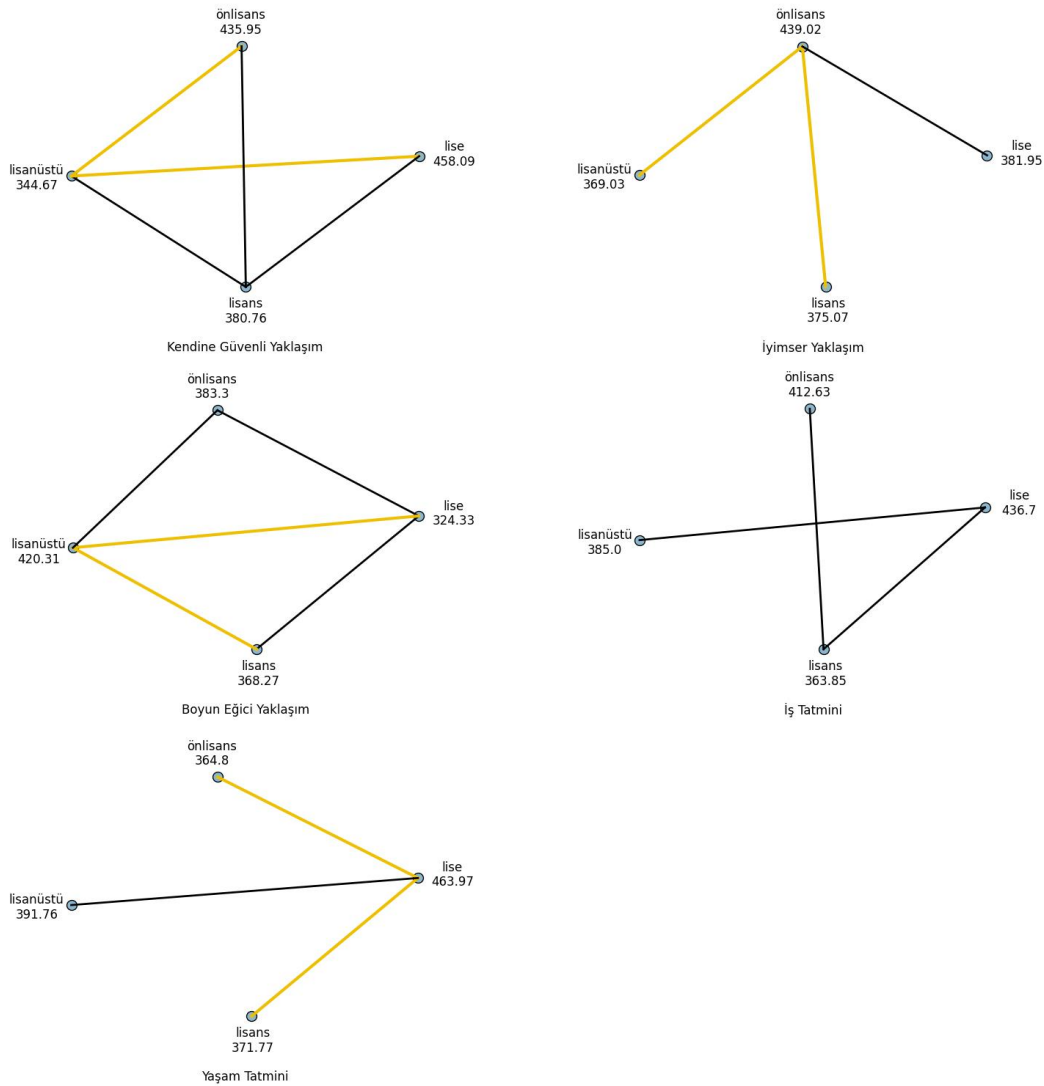
Demografik Özellik	Örnekleml1↔Örnekleml2	Ölçek	P	Düz. P
Eğitim Düzeyi	lisansüstü ↔ lisans	Kendine Güvenli Yaklaşım	0,052	0,310
	lisansüstü ↔ önlisans		0,000	0,001*
	lisansüstü ↔ lise		0,000	0,003*
	lisans ↔ önlisans		0,017	0,105
	lisans ↔ lise		0,014	0,084
	önlisans ↔ lise		0,530	1,000
Eğitim Düzeyi	lisansüstü ↔ lisans	İyimser Yaklaşım	0,745	1,000
	lisansüstü ↔ lise		0,689	1,000
	lisansüstü ↔ önlisans		0,004	0,025*
	lisans ↔ lise		0,827	1,000
	lisans ↔ önlisans		0,006	0,035*
	lise ↔ önlisans		0,105	0,629
Eğitim Düzeyi	lise ↔ lisans	Boyun Eğici Yaklaşım	0,162	0,972
	lise ↔ önlisans		0,094	0,562
	lise ↔ lisansüstü		0,003	0,018*
	lisans ↔ önlisans		0,517	1,000
	lisans ↔ lisansüstü		0,005	0,030*
	önlisans ↔ lisansüstü		0,129	0,774

Tablo 4.16. (Devam) Eğitim düzeyine göre ikili karşılaştırma analizi

Eğitim Düzeyi	lisans ↔ lisansüstü	İş Tatmini	0,253	1,000
	lisans ↔ önlisans		0,035	0,212
	lisans ↔ lise		0,020	0,121
	lisansüstü ↔ önlisans		0,256	1,000
	lisansüstü ↔ lise		0,109	0,653
	önlisans ↔ lise		0,493	1,000

Eğitim Düzeyi	önlisans ↔ lisans	Yaşam Tatmini	0,764	1,000
	önlisans ↔ lisansüstü		0,268	1,000
	önlisans ↔ lise		0,005	0,029*
	lisans ↔ lisansüstü		0,280	1,000
	lisans ↔ lise		0,003	0,020*
	lisansüstü ↔ lise		0,025	0,151

Önem düzeyleri Bonferroni düzeltmesi uygulanarak yorumlanmıştır. *p<0,05



Şekil 4.2. Eğitim düzeyi için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırma grafikleri

Tablo 4.16 ve Şekil 4.2’de yer aldığı gibi, katılımcılardan kendine güvenli yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar lise (458,09) mezunları iken, en düşük olanlar lisansüstü (344,67) mezunlarıdır. Kendine güvenli yaklaşım düzeyi açısından anlamlı farklılık lisansüstü (344,67) ile lise (458,09) ve önlisans (435,95) mezunları arasında oluşmuştur. Buna göre lisanüstü mezunu sağlık çalışanlarının kendine güvenli yaklaşım düzeyi, lise ve önlisans mezunu sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Kendine güvenli yaklaşım düzeyleri açısından diğer eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Katılımcılardan iyimser yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar önlisans (439,02) mezunları iken, en düşük olanlar lisansüstü (369,03) mezunlarıdır. İyimser yaklaşım düzeyi açısından önlisans (439,02) mezunları ile lisans (375,07) ve lisansüstü (369,03) mezunları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir. Buna göre önlisans mezunu sağlık çalışanlarının iyimser yaklaşım düzeyi, lisans ve lisansüstü mezunu sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. İyimser yaklaşım düzeyleri açısından diğer eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Katılımcılardan boyun eğici yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar lisansüstü (420,31) mezunları iken, en düşük olanlar lise (324,33) mezunlarıdır. Boyun eğici yaklaşım düzeyi açısından anlamlı farklılık lisansüstü (420,3) ile lise (324,33) ve lisans (368,27) mezunları arasında oluşmuştur. Buna göre lisansüstü mezunu olan sağlık çalışanlarının boyun eğici yaklaşım düzeyi, lise ve lisans mezunu olan sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Boyun eğici yaklaşım düzeyleri açısından diğer eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Katılımcılardan lise (436,70) mezunları en yüksek iş tatminine sahipken, lisans (363,85) mezunları en düşük iş tatminine sahiptir. Kruskal Wallis testi sonucu katılımcıların iş tatmini düzeyinde eğitim seviyesine göre anlamlı bir farklılık olabileceği bulunmuştur. Fakat İkili Karşılaştırma testi sonrasında Bonferroni düzeltmeli significant değerlerine göre katılımcıların eğitim seviyelerine göre iş tatmini düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcılarda yaşam tatmini düzeyi en yüksek olanlar lise (463,97) mezunları iken, en düşük olanlar önlisans (364,80) mezunlarıdır. Yaşam tatmini düzeyi açısından anlamlı farklılık lise (463,97) ile lisans (371,77) ve önlisans (364,80) mezunları arasında oluşmuştur. Buna göre lise mezunu sağlık çalışanlarının yaşam tatmini düzeyi lisans ve

önlisans mezunu sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Yaşam tatmin düzeyleri açısından diğer eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.6.5. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Sağlık Çalışanlarının Görevlerine Göre İncelenmesi

Sağlık çalışanlarının görevlerine göre psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerinin karşılaştırıldığı Kruskal Wallis analizi sonuçları Tablo 4.17’de sunulmuştur. Buna göre sağlık çalışanlarının hastanedeki görevlerine göre; psikolojik sağlamlık, sosyal desteğe başvurma ve yaşam tatmini düzeylerinde anlamlı bir farklılık oluşmazken ($p>0,05$); kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve iş tatmini düzeylerinde anlamlı bir farklılık olabileceği görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.17. Hastanedeki görev açısından Kruskal Wallis analizi

Değişken	Özellik	N	Ort. Sıra	χ^2	P
Psikolojik Sağlamlık	hekim	236	360,11	5,239	0,073
	hemşire	326	386,11		
	diğer	205	408,14		
Kendine Güvenli Yaklaşım	hekim	236	306,26	44,066	0,000*
	hemşire	326	407,72		
	diğer	205	435,77		
İyimser Yaklaşım	hekim	236	330,61	19,866	0,000*
	hemşire	326	408,11		
	diğer	205	407,12		
Sosyal Desteğe Başvurma	hekim	236	379,49	4,260	0,119
	hemşire	326	370,59		
	diğer	205	410,52		
Boyun Eğici Yaklaşım	hekim	236	429,07	14,173	0,001*
	hemşire	326	362,91		
	diğer	205	365,65		

Tablo 4.17. (Devam) Hastanedeki görev açısından Kruskal Wallis analizi

Çaresiz Yaklaşım	hekim	236	420,52	9,285	0,010*
	hemşire	326	366,89		
	diğer	205	369,17		
İş Tatmini	hekim	236	356,34	21,296	0,000*
	hemşire	326	365,95		
	diğer	205	444,55		
Yaşam Tatmini	hekim	236	379,34	2,975	0,226
	hemşire	326	373,30		
	diğer	205	406,38		

*p<0,05

Anlamlı farklılık görülen kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve iş tatmin düzeylerindeki bu farklılığın hangi meslek grupları arasında bulunduğunu daha detaylı görebilmek için ikili karşılaştırma analizleri yapılmış ve sonuçları Tablo 4.18 ve Şekil 4.3'te verilmiştir.

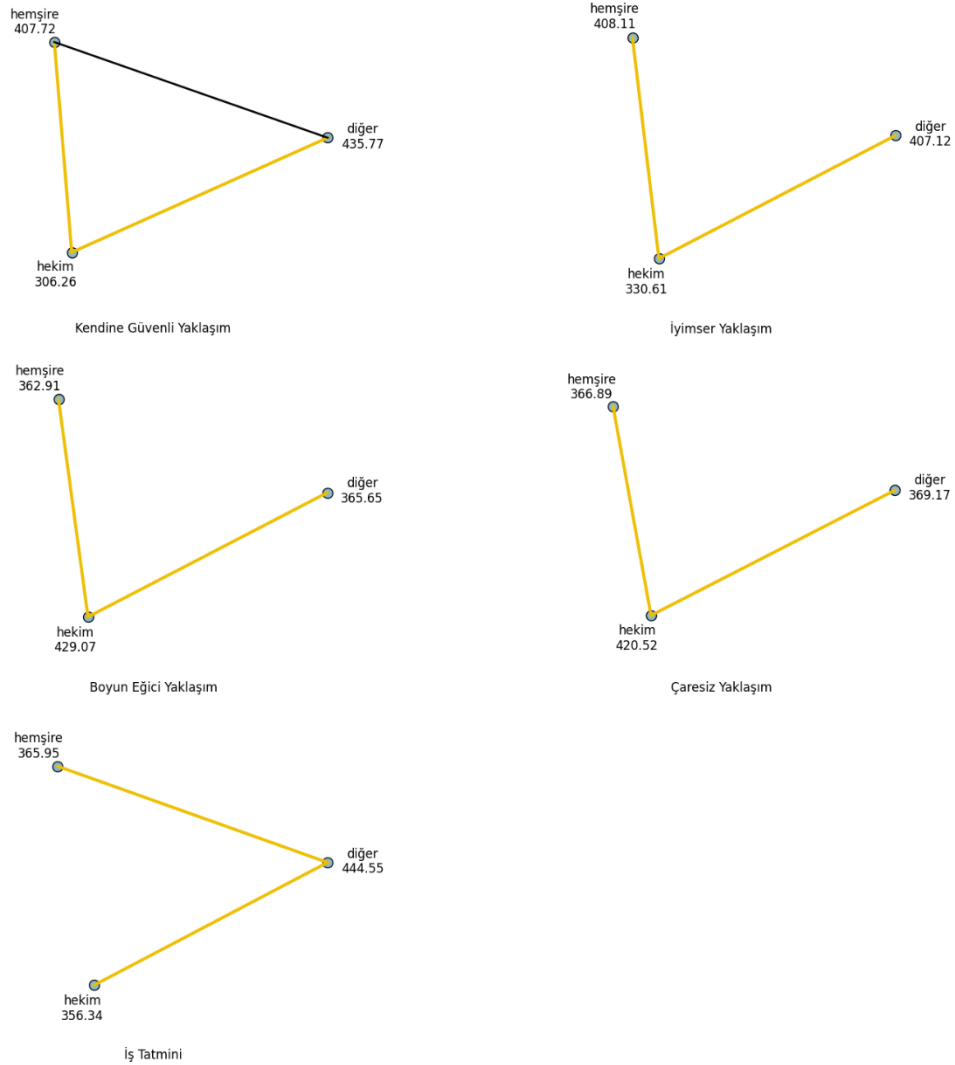
Tablo 4.18. Hastanedeki görev için ikili karşılaştırma analizi

Demografik Özellik	Örneklem1↔Örneklem2	Ölçek	P	Düz. P
Hastane Görev	hekim ↔ hemşire	Kendine Güvenli Yaklaşım	0,000	0,000*
	hekim ↔ diğer		0,000	0,000*
	hemşire ↔ diğer		0,155	0,466
Hastane Görev	hekim ↔ diğer	İyimser Yaklaşım	0,000	0,001*
	hekim ↔ hemşire		0,000	0,000*
	diğer ↔ hemşire		0,960	1,000
Hastane Görev	hemşire ↔ diğer	Boyun Eğici Yaklaşım	0,890	1,000
	hemşire ↔ hekim		0,000	0,001*
	diğer ↔ hekim		0,003	0,008*
Hastane Görev	hemşire ↔ diğer	Çaresiz Yaklaşım	0,908	1,000
	hemşire ↔ hekim		0,005	0,014*
	diğer ↔ hekim		0,015	0,045*

Tablo 4.18. (Devam) Hastanedeki görev için ikili karşılaştırma analizi

Hastane Görev	hekim ↔ hemşire	İş Tatmini	0,611	1,000
	hekim ↔ diğer		0,000	0,000*
	hemşire ↔ diğer		0,000	0,000*

Önem düzeyleri Bonferroni düzeltmesi uygulanarak yorumlanmıştır. *p<0,05



Şekil 4.3. Hastanedeki görev için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırma grafikler

Tablo 4.18 ve Şekil 4.3'te yer aldığı gibi, katılımcılardan kendine güvenli yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar diğer (435,77) meslek grupları iken, en düşük olanlar hekimler (306,26) olarak bulunmuştur. Kendine güvenli yaklaşım düzeyleri açısından anlamlı farklılık hekim (306,26) ile hemşire (407,72) ve diğer (435,77) meslek grupları arasında oluşmuştur. Buna göre hekimlerin kendine güvenli yaklaşım düzeyi, hemşire ve

diğer meslek mensuplarından anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Kendine güvenli yaklaşım düzeyleri açısından diğer meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

İyimser yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar hemşire (408,11) iken, en düşük olanlar hekim (330,61) olarak bulunmuştur. İyimser yaklaşım düzeyleri açısından anlamlı farklılık hekim (330,61) ile hemşire (408,11) ve diğer (407,12) meslek grupları arasında oluşmuştur. Buna göre hekimlerin iyimser yaklaşım düzeyi, hemşire ve diğer meslek mensuplarından anlamlı bir şekilde daha düşüktür. İyimser yaklaşım düzeyleri açısından diğer meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Boyun eğici yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar hekim (429,07), en düşük olanlar ise hemşire (362,91) olarak bulunmuştur. Boyun eğici yaklaşım düzeyleri açısından anlamlı farklılık hekim (429,07) ile hemşire (362,91) ve diğer (365,65) meslek grupları arasında oluşmuştur. Buna göre hekimlerin boyun eğici yaklaşım düzeyleri, hemşire ve diğer meslek gruplarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Boyun eğici yaklaşım düzeyleri açısından diğer meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Çaresiz yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar hekim (420,52), en düşük olanlar ise hemşire (366,89) olarak bulunmuştur. Çaresiz yaklaşım düzeyleri açısında anlamlı farklılık hekim (420,52) ile hemşire (366,89) ve diğer meslek (369,17) grupları arasında oluşmuştur. Buna göre hekimlerin çaresiz yaklaşım düzeyi, hemşire ve diğer meslek gruplarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Çaresiz yaklaşım düzeyleri açısından diğer meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

İş tatmin düzeyi en yüksek olanlar diğer (444,55) meslek grubundaki sağlık çalışanları iken, en düşük olanlar hekim (356,34) olarak bulunmuştur. İş tatmini düzeyleri açısından anlamlı farklılık diğer (444,55) meslek grupları ile hekim (356,34) ve hemşire (365,95) arasında oluşmuştur. Buna göre diğer meslek grubundaki sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeyi, hekim ve hemşirelerden anlamlı bir şekilde daha yüksektir. İş tatmin düzeyleri açısından diğer meslek grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.6.6. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Görev Yapılan Birime Göre İncelenmesi

Araştırma kapsamında incelenen değişkenlerin katılımcıların hastanede çalıştıkları birimlere göre karşılaştırıldığı Kruskal Wallis analizi sonuçları Tablo 4.19'da sunulmuştur. Buna göre sağlık çalışanlarının; psikolojik sağlamlık, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma, boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım düzeylerinde görev yaptıkları birime göre anlamlı bir farklılık oluşmamıştır ($p>0,05$). Sağlık çalışanlarının kendine güvenli yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerinde ise çalıştıkları birime göre anlamlı bir farklılığın olabileceği görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.19. Hastanede görev yapılan birim açısından Kruskal Wallis analizi

Değişken	Özellik	N	Ort. Sıra	χ^2	P
Psikolojik Sağlamlık	servis	211	370,89	2,359	0,670
	poliklinik	144	383,96		
	acil	31	358,15		
	yoğun bakım	79	377,67		
	diğer	302	397,49		
Kendine Güvenli Yaklaşım	servis	211	363,20	13,962	0,007*
	poliklinik	144	369,58		
	acil	31	327,16		
	yoğun bakım	79	352,11		
	diğer	302	419,58		
İyimser Yaklaşım	servis	211	373,86	1,707	0,790
	poliklinik	144	396,93		
	acil	31	381,79		
	yoğun bakım	79	365,58		
	diğer	302	389,96		
Sosyal Desteğe Başvurma	servis	211	399,06	5,713	0,222
	poliklinik	144	360,26		
	acil	31	371,60		
	yoğun bakım	79	347,68		
	diğer	302	395,57		

Tablo 4.19. (Devam) Hastanede görev yapılan birim açısından Kruskal Wallis analizi

Boyun Eğici Yaklaşım	servis	211	382,18	8,320	0,081
	poliklinik	144	418,86		
	acil	31	436,98		
	yoğun bakım	79	387,75		
	diğer	302	362,23		
Çaresiz Yaklaşım	servis	211	373,54	1,633	0,803
	poliklinik	144	388,83		
	acil	31	408,81		
	yoğun bakım	79	404,17		
	diğer	302	381,18		
İş Tatmini	servis	211	352,67	44,985	0,000*
	poliklinik	144	369,05		
	acil	31	291,48		
	yoğun bakım	79	298,85		
	diğer	302	444,79		
Yaşam Tatmini	servis	211	354,07	15,905	0,003*
	poliklinik	144	411,28		
	acil	31	325,00		
	yoğun bakım	79	337,96		
	diğer	302	410,01		

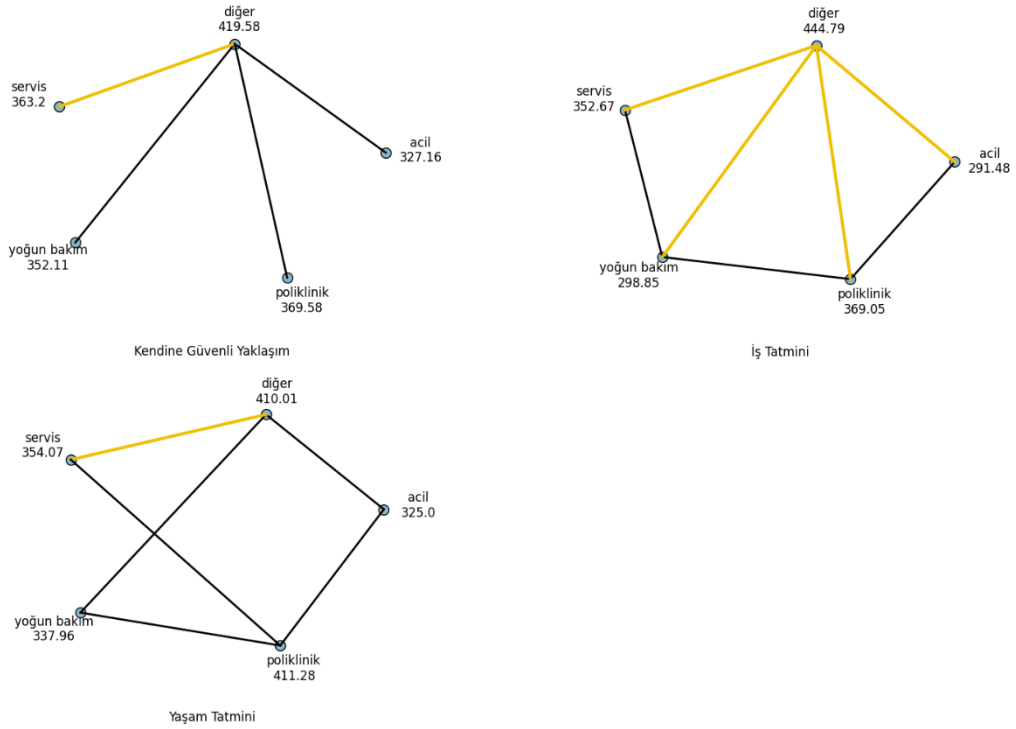
*p<0,05

Anlamlı farklılık görülen psikolojik sağlamlık, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerindeki bu farklılığın hangi gruplar arasında bulunduğunu daha detaylı görebilmek için İkili Karşılaştırma analizleri yapılmış ve sonuçları Tablo 4.20 ve Şekil 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.20. Hastanede Görev Yapılan Birim göre ikili karşılaştırma analizi

Demografik Özellik	Örneklem1↔Örneklem2	Ölçek	P	Düz. P
Hastane Birim	acil ↔ yoğun bakım	Kendine Güvenli	0,595	1,000
	acil ↔ servis	Yaklaşım	0,397	1,000
	acil ↔ poliklinik		0,333	1,000
	acil ↔ diğer		0,027	0,268
	yoğun bakım ↔ servis		0,704	1,000
	yoğun bakım ↔ poliklinik		0,573	1,000
	yoğun bakım ↔ diğer		0,016	0,159
	servis ↔ poliklinik		0,790	1,000
	servis ↔ diğer		0,005	0,045*
	poliklinik ↔ diğer		0,026	0,257
Hastane Birim	acil ↔ yoğun bakım	İş Tatmini	0,875	1,000
	acil ↔ servis		0,150	1,000
	acil ↔ poliklinik		0,076	0,760
	acil ↔ diğer		0,000	0,002*
	yoğun bakım ↔ servis		0,065	0,646
	yoğun bakım ↔ poliklinik		0,023	0,232
	yoğun bakım ↔ diğer		0,000	0,000*
	servis ↔ poliklinik		0,492	1,000
	servis ↔ diğer		0,000	0,000*
	poliklinik ↔ diğer		0,001	0,007*
Hastane Birim	acil ↔ yoğun bakım	Yaşam Tatmini	0,782	1,000
	acil ↔ servis		0,494	1,000
	acil ↔ diğer		0,041	0,413
	acil ↔ poliklinik		0,049	0,485
	yoğun bakım ↔ servis		0,580	1,000
	yoğun bakım ↔ diğer		0,010	0,098
	yoğun bakım ↔ poliklinik		0,018	0,177
	servis ↔ diğer		0,005	0,048*
	servis ↔ poliklinik		0,017	0,166
	diğer ↔ poliklinik		0,955	1,000

Önem düzeyleri Bonferroni düzeltmesi uygulanarak yorumlanmıştır. *p<0,05



Şekil 4.4. Hastanede Görev Yapılan Birim için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırma grafikleri

Tablo 4.20 ve Şekil 4.4'te yer aldığı gibi, sağlık çalışanlarından kendine güvenli yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar diğer (419,58) birimlerde çalışanlarken, en düşük olanlar acilde (327,16) çalışanlardır. Kendine güvenli yaklaşım düzeyi açısından servis (363,20) ve diğer (419,58) birimlerde çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre diğer birimlerde çalışanların kendine güvenli yaklaşım düzeyi, serviste çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Kendine güvenli yaklaşım düzeyleri açısından diğer birim yerleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

İş tatmini açısından diğer (444,79) birimlerde çalışanlar en yüksek ortalamaya sahipken, acilde (291,48) çalışanlar en düşük ortalamaya sahiptir. İş tatmini düzeyi açısından anlamlı farklılık diğer (444,79) birimlerde çalışanlar ile acil (291,48), yoğun bakım (298,85), servis (352,67), poliklinik (369,05) biriminde çalışanlar arasında oluşmuştur. Buna göre diğer birimlerde çalışanların iş tatmini düzeyi, acil, yoğun bakım, servis ve poliklinik birimlerinde çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha yüksektir. İş tatmin düzeyleri açısından diğer birim yerleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Yaşam tatmini açısından poliklinik (411,28) biriminde çalışanlar en yüksek ortalamaya sahipken, acilde (325,00) çalışanlar en düşük ortalamaya sahiptir. Yaşam tatmini düzeyi açısından anlamlı farklılık ise servis (354,07) ve diğer (410,01) birimlerde çalışanlar arasında oluşmuştur. Buna göre serviste çalışanların yaşam tatmini düzeyi, diğer birimlerde çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Yaşam tatmin düzeyleri açısından diğer birim yerleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.6.7. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Sağlık Sektöründe Toplam Çalışma Süresine Göre İncelenmesi

Araştırma kapsamında incelenen değişkenlerin çalışanların sağlık sektöründeki toplam çalışma sürelerine göre karşılaştırıldığı Kruskal Wallis analizi sonuçları Tablo 4.21’de yer almaktadır. Buna göre sosyal desteğe başvurma hariç diğer tüm değişkenlerde sağlık sektöründeki toplam çalışma süresine göre anlamlı bir farklılığın olabileceği görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.21. Sektörde toplam çalışma süresi açısından Kruskal Wallis analizi

Değişken	Özellik	N	Ort. Sıra	χ^2	P
Psikolojik Sağlamlık	1-10 yıl arası	461	350,27	28,144	0,000*
	11-20 yıl arası	163	438,48		
	21-30 yıl arası	107	424,14		
	31-40 yıl arası	33	459,50		
	41 yıl ve üzeri	3	345,83		
Kendine Güvenli Yaklaşım	1-10 yıl arası	461	346,35	35,162	0,000*
	11-20 yıl arası	163	428,66		
	21-30 yıl arası	107	453,82		
	31-40 yıl arası	33	465,67		
	41 yıl ve üzeri	3	354,33		
İyimser Yaklaşım	1-10 yıl arası	461	357,57	19,689	0,001*
	11-20 yıl arası	163	407,79		
	21-30 yıl arası	107	429,75		
	31-40 yıl arası	33	480,47		
	41 yıl ve üzeri	3	460,50		

Tablo 4.21. (Devam) Sektörde toplam çalışma süresi açısından Kruskal Wallis analizi

Sosyal Desteğe Başvurma	1-10 yıl arası	461	398,31	6,289	0,179
	11-20 yıl arası	163	354,76		
	21-30 yıl arası	107	380,50		
	31-40 yıl arası	33	349,20		
	41 yıl ve üzeri	3	281,67		
Boyun Eğici Yaklaşım	1-10 yıl arası	461	401,68	11,712	0,020*
	11-20 yıl arası	163	373,34		
	21-30 yıl arası	107	344,64		
	31-40 yıl arası	33	306,18		
	41 yıl ve üzeri	3	506,17		
Çaresiz Yaklaşım	1-10 yıl arası	461	403,02	17,544	0,002*
	11-20 yıl arası	163	352,33		
	21-30 yıl arası	107	369,74		
	31-40 yıl arası	33	294,89		
	41 yıl ve üzeri	3	670,50		
İş Tatmini	1-10 yıl arası	461	342,68	42,770	0,000*
	11-20 yıl arası	163	441,30		
	21-30 yıl arası	107	452,73		
	31-40 yıl arası	33	465,62		
	41 yıl ve üzeri	3	271,50		
Yaşam Tatmini	1-10 yıl arası	461	349,59	29,589	0,000*
	11-20 yıl arası	163	448,15		
	21-30 yıl arası	107	429,00		
	31-40 yıl arası	33	399,14		
	41 yıl ve üzeri	3	414,17		

*p<0,05

Anlamlı farklılık tespit edilen psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerindeki bu farklılığın hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek için İkili Karşılaştırma analizleri yapılmış ve sonuçları Tablo 4.22 ve Şekil 4.5'te verilmiştir.

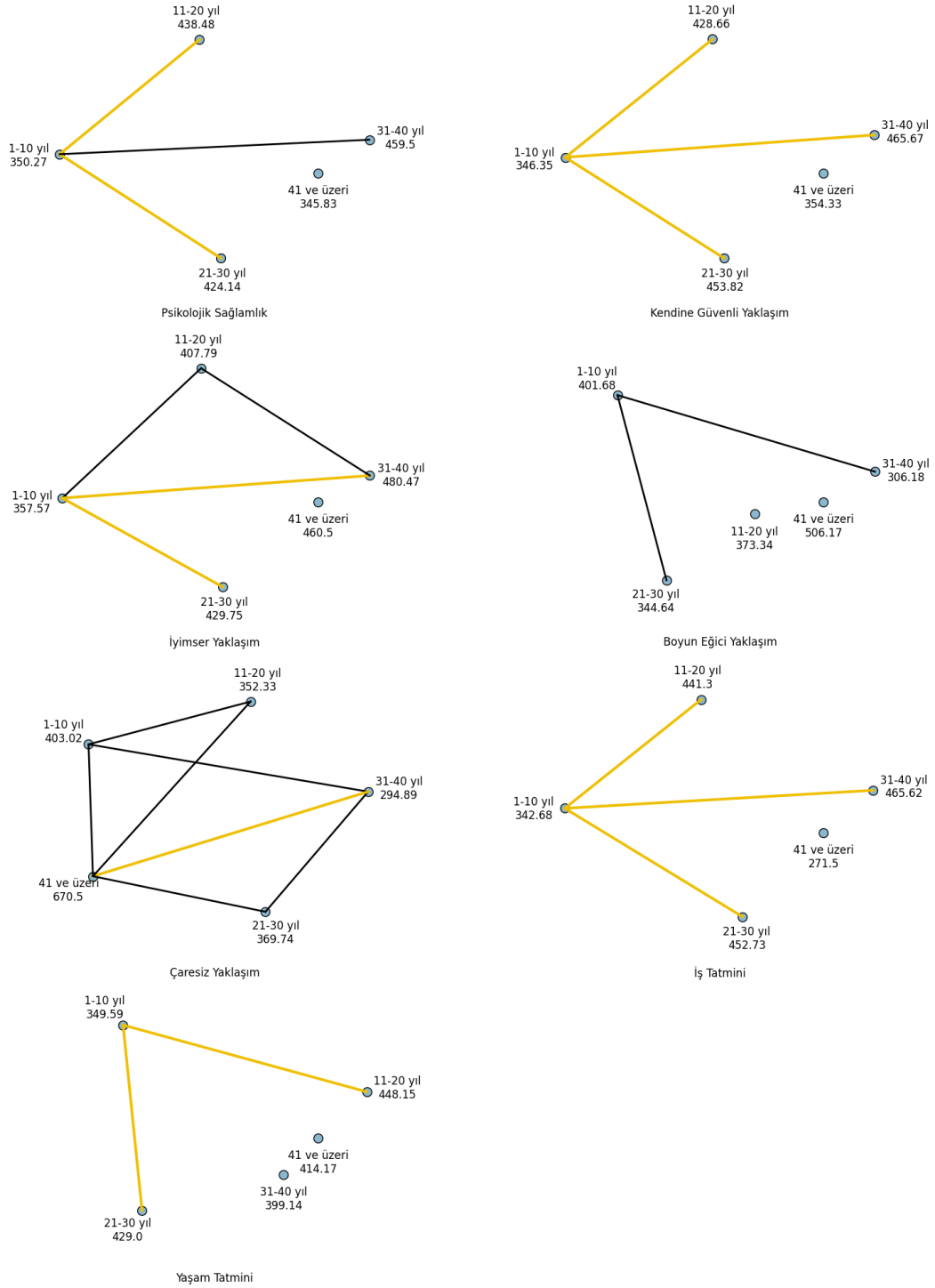
Tablo 4.22. Toplam çalışma süresi için ikili karşılaştırma analizi

Demografik Özellik	Örneklem1↔Örneklem2	Ölçek	P	Düz. P
Sektörde Çalışma Süresi	41 ve üzeri ↔ 1-10 yıl	Psikolojik	0,972	1,000
	41 ve üzeri ↔ 21-30 yıl	Sağlamlık	0,545	1,000
	41 ve üzeri ↔ 11-20 yıl		0,472	1,000
	41 ve üzeri ↔ 31-40 yıl		0,393	1,000
	1-10 yıl ↔ 21-30 yıl		0,002	0,018*
	1-10 yıl ↔ 11-20 yıl		0,000	0,000*
	1-10 yıl ↔ 31-40 yıl		0,006	0,061
	21-30 yıl ↔ 11-20 yıl		0,602	1,000
	21-30 yıl ↔ 31-40 yıl		0,421	1,000
	11-20 yıl ↔ 31-40 yıl		0,618	1,000
Sektörde Çalışma Süresi	1-10 yas ↔ 41 ve üzeri	Kendine	0,950	1,000
	1-10 yas ↔ 11-20 yıl	Güvenli	0,000	0,000*
	1-10 yas ↔ 21-30 yıl	Yaklaşım	0,000	0,000*
	1-10 yıl ↔ 31-40 yıl		0,003	0,028*
	41 ve üzeri ↔ 11-20 yıl		0,564	1,000
	41 ve üzeri ↔ 21-30 yıl		0,443	1,000
	41 ve üzeri ↔ 31-40 yıl		0,404	1,000
	11-20 yıl ↔ 21-30 yıl		0,361	1,000
	11-20 yıl ↔ 31-40 yıl		0,381	1,000
	21-30 yıl ↔ 31-40 yıl		0,788	1,000
Sektörde Çalışma Süresi	1-10 yıl ↔ 11-20 yıl	İyimser	0,013	0,127
	1-10 yıl ↔ 21-30 yıl	Yaklaşım	0,002	0,024*
	1-10 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,422	1,000
	1-10 yıl ↔ 31-40 yıl		0,002	0,020*
	11-20 yıl ↔ 21-30 yıl		0,425	1,000
	11-20 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,682	1,000
	11-20 yıl ↔ 31-40 yıl		0,085	0,851
	21-30 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,812	1,000
	21-30 yıl ↔ 31-40 yıl		0,249	1,000
	41 ve üzeri ↔ 31-40 yıl		0,881	1,000
Sektörde Çalışma Süresi	31-40 yıl ↔ 21-30 yıl	Boyun	0,383	1,000
	31-40 yıl ↔ 11-20 yıl	Eğici Yaklaşım	0,112	1,000
	31-40 yıl ↔ 1-10 yıl		0,017	0,166
	31-40 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,134	1,000
	21-30 yıl ↔ 11-20 yıl		0,297	1,000
	21-30 yıl ↔ 1-10 yıl		0,016	0,163
	21-30 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,212	1,000
	11-20 yıl ↔ 1-10 yıl		0,160	1,000
	11-20 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,303	1,000
	1-10 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,415	1,000

Tablo 4.22. (Devam) Toplam çalışma süresi için ikili karşılaştırma analizi

Sektörde Çalışma Süresi	31-40 yıl ↔ 11-20 yıl	Çaresiz	0,174	1,000
	31-40 yıl ↔ 21-30 yıl	Yaklaşım	0,090	0,896
	31-40 yıl ↔ 1-10 yıl		0,007	0,067
	31-40 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,005	0,049*
	11-20 yıl ↔ 21-30 yıl		0,527	1,000
	11-20 yıl ↔ 1-10 yıl		0,012	0,120
	11-20 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,014	0,137
	21-30 yıl ↔ 1-10 yıl		0,161	1,000
	21-30 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,020	0,203
	1-10 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,037	0,370
Sektörde Çalışma Süresi	41 ve üzeri ↔ 1-10 yıl	İş Tatmini	0,578	1,000
	41 ve üzeri ↔ 11-20 yıl		0,187	1,000
	41 ve üzeri ↔ 21-30 yıl		0,161	1,000
	41 ve üzeri ↔ 31-40 yıl		0,145	1,000
	1-10 yıl ↔ 11-20 yıl		0,000	0,000*
	1-10 yıl ↔ 21-30 yıl		0,000	0,000*
	1-10 yıl ↔ 31-40 yıl		0,002	0,020*
	11-20 yıl ↔ 21-30 yıl		0,677	1,000
	11-20 yıl ↔ 31-40 yıl		0,564	1,000
	21-30 yıl ↔ 31-40 yıl		0,769	1,000
Sektörde Çalışma Süresi	1-10 yıl ↔ 31-40 yıl	Yaşam Tatmini	0,213	1,000
	1-10 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,614	1,000
	1-10 yıl ↔ 21-30 yıl		0,001	0,008*
	1-10 yıl ↔ 11-20 yıl		0,000	0,000*
	31-40 yıl ↔ 41 ve üzeri		0,910	1,000
	31-40 yıl ↔ 21-30 yıl		0,497	1,000
	31-40 yıl ↔ 11-20 yıl		0,245	1,000
	41 ve üzeri ↔ 21-30 yıl		0,909	1,000
	41 ve üzeri ↔ 11-20 yıl		0,792	1,000
	21-30 yıl ↔ 11-20 yıl		0,486	1,000

Önem düzeyleri Bonferroni düzeltmesi uygulanarak yorumlanmıştır. *p<0,05



Şekil 4.5. Sektörde toplam çalışma süresi için Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırma grafikleri

Tablo 4.22 ve Şekil 4.5'te yer aldığı gibi, sağlık sektöründe toplam çalışma süresine göre katılımcılardan psikolojik sağlamlık düzeyi en yüksek olanlar 31-40 yıl (459,50) arası çalışanlar, en düşük olanlar ise 41 yıl ve üzeri (345,83) çalışanlardır.

Psikolojik sağlamlık düzeyleri açısından 1-10 yıl (350,27) arası çalışanlar ile 11-20 yıl (438,48) ve 21-30 yıl (424,14) arası çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık sektöründe 1-10 yıl arası çalışanların psikolojik sağlamlık düzeyleri, 11-20 yıl ve 21-30 yıl arası çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bu sayılanlar dışında psikolojik sağlamlık için sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Sağlık sektöründe toplam çalışma süresine göre katılımcılardan kendine güvenli yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar 31-40 yıl (465,67) arası çalışanlar, en düşük olanlar ise 1-10 yıl (346,35) arası çalışanlardır. Kendine güvenli yaklaşım düzeyleri açısından anlamlı farklılık sağlık sektöründe 1-10 yıl (346,35) arası çalışanlar ile 11-20 yıl (428,66), 21-30 yıl (453,82) ve 31-40 yıl (465,67) arası çalışanlar arasında oluşmuştur. Buna göre sağlık sektöründe 1-10 yıl arası çalışanların kendine güvenli yaklaşım düzeyleri 11-20 yıl, 21-30 yıl ve 31-40 yıl arası çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bu sayılanlar dışında kendine güvenli yaklaşım için sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Sağlık sektöründe toplam çalışma süresine göre katılımcılardan iyimser yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar 31-40 yıl (480,47) arası çalışanlar, en düşük olanlar ise 1-10 yıl (357,57) arası çalışanlardır. İyimser yaklaşım düzeyleri açısından anlamlı farklılık sağlık sektöründe 1-10 yıl (357,57) arası çalışanlar ile 21-30 yıl (429,75) arası ve 31-40 yıl (480,47) arası çalışanlar arasında oluşmuştur. Buna göre sağlık sektöründe 1-10 yıl arası çalışanları iyimser yaklaşım düzeyleri, 21-30 yıl arası ve 31-40 yıl arası çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bu sayılanlar dışında iyimser yaklaşım için sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Sağlık sektöründe toplam çalışma süresine göre boyun eğici yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar 41 yıl ve üzeri (506,17) alışanlar, ardından 1-10 yıl (403,02) arası çalışanlar ve en düşük olanlar ise 31-40 yıl (306,18) arası çalışanlardır. Fakat Bonferroni düzeltmeli önem (significant) değerlerine göre sağlık sektöründe çalışma süresine göre oluşturulan gruplar arasında boyun eğici yaklaşım düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Sağlık sektöründe toplam çalışma süresine göre çaresiz yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar 41 yıl ve üzeri (670,50) alışanlar, ardından 1-10 yıl (403,02) arası çalışanlardır.

Çaresiz yaklaşım düzeyi en düşük olanlar ise 31-40 (294,89) yıl arası çalışanlardır. Çaresiz yaklaşım düzeyleri açısından anlamlı farklılık 31-40 yıl (294,89) arası çalışanlar ile 41 yıl ve üzeri (670,50) çalışanlar arasında oluşmuştur. Buna göre 41 yıl ve üzeri çalışanların çaresiz yaklaşım düzeyleri, 31-40 yıl arası çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bunlar dışında çaresiz yaklaşım için sağlık sektöründe çalışma süresi bakımından oluşturulan gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Sağlık sektöründe toplam çalışma süresine göre iş tatmin düzeyi en yüksek olanlar 31-40 yıl (465,62) arası çalışanlar, en düşük olanlar 41 yıl ve üzeri (271,50) çalışanlardır. Bununla beraber sektörde 1-10 yıl (342,68) arası çalışanların, en düşük ikinci iş tatmin düzeyine sahip olduğu görülmektedir. İş tatmin düzeyleri açısından anlamlı farklılıklar 1-10 yıl (342,68) arası çalışanlar ile 11-20 yıl (441,30), 21-30 yıl (452,73) ve 31-40 yıl (465,62) arası çalışanlar arasında olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık sektöründe 1-10 yıl arası çalışanların iş tatmin düzeyleri, 11-20 yıl, 21-30 yıl ve 31-40 yıl arası çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bu sayılanlar dışında iş tatmin düzeylerinde sağlık sektöründe çalışma süresine göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Sağlık sektöründe 11-20 yıl (448,15) çalışanlar en yüksek yaşam tatmini düzeyine sahipken, 1-10 yıl (349,59) çalışanlar en düşük düzeye sahiptir. Yaşam tatmini düzeyleri açısından anlamlı farklılıklar incelendiğinde, 1-10 yıl (349,59) arası çalışanlar ile 11-20 yıl (448,15) ve 21-30 yıl (429,00) arası çalışanlar arasında olduğu görülmektedir. Buna göre sağlık sektöründe 1-10 yıl arası çalışanların yaşam tatmin düzeyleri, 11-20 yıl ve 21-30 yıl arası çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bu sayılanlar dışında yaşam tatmini düzeylerinde sağlık sektöründe çalışma süresine göre oluşturulan gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.6.8. Psikolojik Sağlamlık, Stresle Başa Çıkma Tarzları, İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Değişkenlerinin Çalışılan Hastane Türüne Göre İncelenmesi

Araştırma değişkenlerinin çalışanların görev yaptıkları hastane türüne göre karşılaştırıldığı Kruskal Wallis analizi sonuçları Tablo 4.23'de yer almaktadır. Buna göre sosyal desteğe başvurma hariç diğer tüm değişkenlerde çalışılan hastane türüne göre anlamlı bir farklılığın olabileceği görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.23. Hastane türü değişkeni açısından Kruskal Wallis analizi

Değişken	Özellik	N	Ort. Sıra	χ^2	P
Psikolojik Sağlamlık	Üniversite	490	364,81	10,778	0,005*
	Devlet	212	412,59		
	Özel	65	435,44		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Üniversite	490	362,66	12,859	0,002*
	Devlet	212	418,05		
	Özel	65	433,81		
İyimser Yaklaşım	Üniversite	490	364,13	10,985	0,004*
	Devlet	212	420,45		
	Özel	65	414,92		
Sosyal Desteğe Başvurma	Üniversite	490	385,32	2,380	0,304
	Devlet	212	370,45		
	Özel	65	418,25		
Boyun Eğici Yaklaşım	Üniversite	490	409,36	19,545	0,000*
	Devlet	212	329,51		
	Özel	65	370,55		
Çaresiz Yaklaşım	Üniversite	490	400,53	7,725	0,021*
	Devlet	212	351,79		
	Özel	65	364,41		
İş Tatmini	Üniversite	490	364,26	13,512	0,001*
	Devlet	212	430,92		
	Özel	65	379,78		
Yaşam Tatmini	Üniversite	490	368,56	6,652	0,036*
	Devlet	212	412,48		
	Özel	65	407,47		

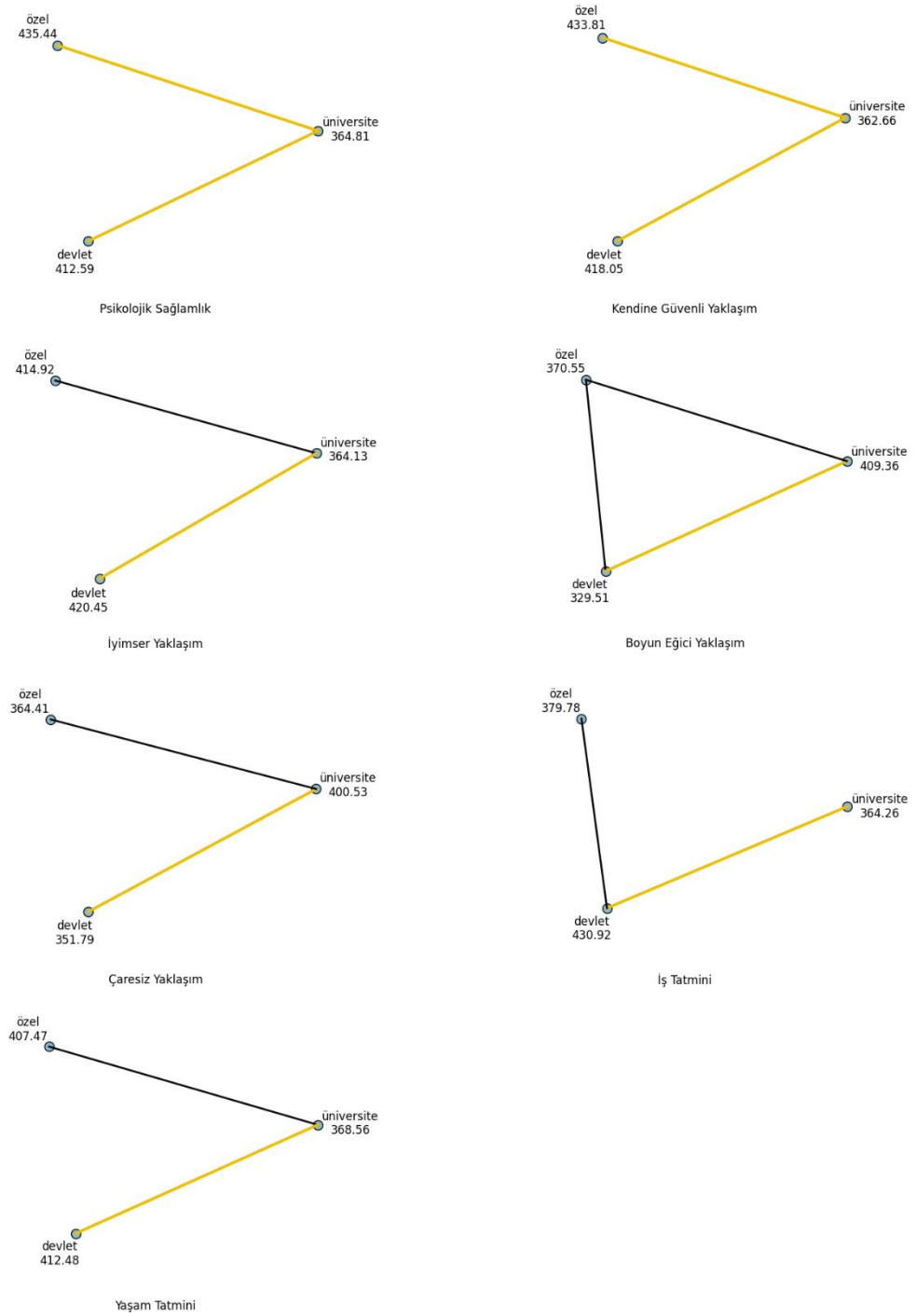
*p<0,05

Anlamlı farklılık tespit edilen psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerindeki bu farklılığın hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek için İkili Karşılaştırma analizleri yapılmış ve sonuçları Tablo 4.24 ve Şekil 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.24. Hastane türü için ikili karşılaştırma analizi

Demografik Özellik	Örneklem1↔Örneklem2	Ölçek	P	Düz. P
Hastane Türü	üniversite ↔ devlet	Psikolojik Sağlamlık	0,008	0,025*
	üniversite ↔ özel		0,015	0,046*
	devlet ↔ özel		0,466	1,000
Hastane Türü	üniversite ↔ devlet	Kendine Güvenli Yaklaşım	0,002	0,007*
	üniversite ↔ özel		0,015	0,045*
	devlet ↔ özel		0,616	1,000
Hastane Türü	üniversite ↔ özel	İyimser Yaklaşım	0,082	0,246
	üniversite ↔ devlet		0,002	0,006*
	özel ↔ devlet		0,860	1,000
Hastane Türü	devlet ↔ özel	Boyun Eğici Yaklaşım	0,191	0,572
	devlet ↔ üniversite		0,000	0,000*
	özel ↔ üniversite		0,184	0,551
Hastane Türü	devlet ↔ özel	Çaresiz Yaklaşım	0,688	1,000
	devlet ↔ üniversite		0,007	0,022*
	özel ↔ üniversite		0,217	0,650
Hastane Türü	üniversite ↔ özel	İş Tatmini	0,594	1,000
	üniversite ↔ devlet		0,000	0,001*
	özel ↔ devlet		0,102	0,307
Hastane Türü	üniversite ↔ özel	Yaşam Tatmini	0,182	0,546
	üniversite ↔ devlet		0,016	0,047*
	özel ↔ devlet		0,873	1,000

Önem düzeyleri Bonferroni düzeltmesi uygulanarak yorumlanmıştır. (*p<0,05)



Şekil 4.6. Hastane türü için Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırma grafikleri

Tablo 4.24 ve Şekil 4.6’da yer aldığı gibi sağlık çalışanlarının görev yaptıkları hastane türüne göre psikolojik sağlamlık düzeyi en yüksek olanlar özel hastanede (435,44) çalışanlarken, en düşük olanlar üniversite hastanesinde (364,81) çalışanlardır. Psikolojik sağlamlık düzeyleri açısından anlamlı farklılıklar incelendiğinde ise üniversite

hastanesi (364,81) çalışanları ile devlet (412,59) ve özel (435,44) hastane çalışanları arasında olduğu görülmektedir. Buna göre üniversite hastanesinde çalışanların psikolojik sağlamlık düzeyleri, devlet ve özel hastanede çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bu sayılanlar dışında psikolojik sağlamlık için hastane türüne göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Kendine güvenli yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar özel hastane (433,81) çalışanları iken, en düşük olanlar üniversite hastanesi (362,66) çalışanlarıdır. Kendine güvenli yaklaşım düzeyleri açısından gruplar arası anlamlı farklılıklar incelendiğinde, üniversite hastanesi (362,66) çalışanları ile devlet (418,05) ve özel (433,81) hastane çalışanları arasında olduğu görülmektedir. Buna göre üniversite hastanesi çalışanlarının kendine güvenli yaklaşım düzeyi, devlet ve özel hastane çalışanlarına göre anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Bu sayılanlar dışında kendine güvenli yaklaşım düzeyi için hastane türüne göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

İyimser yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar devlet hastanesi (420,45) çalışanları iken, en düşük olanlar üniversite hastanesi (362,66) çalışanlarıdır. Gruplar arası anlamlı farklılıklar incelendiğinde, üniversite hastanesi (362,66) çalışanları ile devlet hastanesi (420,45) çalışanları arasında olduğu görülmektedir. Buna göre devlet hastanesi sağlık çalışanlarının iyimser yaklaşım düzeyi, üniversite hastanesi sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bu sayılanlar dışında iyimser yaklaşım düzeyi için hastane türüne göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Boyun eğici yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar üniversite hastanesi (409,36) çalışanları iken, en düşük olanlar devlet hastanesi (329,51) çalışanlarıdır. Gruplar arası anlamlı farklılıklar incelendiğinde üniversite hastanesi (409,36) çalışanları ile devlet hastanesi (329,51) çalışanları arasında olduğu görülmektedir. Buna göre üniversite hastanesi çalışanlarının, boyun eğici yaklaşım düzeyi, devlet hastanesi çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bu sayılanlar dışında boyun eğici yaklaşım düzeyi için hastane türüne göre anlamlı bir farklılık oluşmamıştır.

Çaresiz yaklaşım düzeyi en yüksek olanlar üniversite hastanesi (400,53) çalışanları iken, en düşük olanlar devlet hastanesi (351,79) çalışanlarıdır. Gruplar arası anlamlı farklılıklar incelendiğinde, üniversite hastanesi (400,53) çalışanları ile devlet hastanesi (351,79) çalışanları arasında olduğu görülmektedir. Buna göre üniversite hastanesi çalışanlarının, çaresiz yaklaşım düzeyi, devlet hastanesi çalışanlarından anlamlı

bir şekilde daha yüksektir. Bu sayılanlar dışında çaresiz yaklaşım düzeyi için hastane türüne göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

İş tatmin düzeyi en yüksek olanlar devlet hastanesi (430,92) çalışanları iken, en düşük olanlar üniversite hastanesi (364,26) çalışanlarıdır. Gruplar arası anlamlı farklılıklar incelendiğinde, devlet hastanesi (430,92) çalışanları ile üniversite hastanesi (364,26) çalışanları arasında olduğu görülmektedir. Buna göre devlet hastanesi çalışanlarının iş tatmin düzeyi, üniversite hastanesi çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bu sayılanlar dışında iş tatmin düzeyi için hastane türüne göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Yaşam tatmin düzeyi en yüksek olanlar devlet hastanesi (412,48) çalışanları iken, en düşük olanlar üniversite hastanesi (368,56) çalışanlarıdır. Gruplar arası anlamlı farklılıklar incelendiğinde, devlet hastanesi (412,48) çalışanları ile üniversite hastanesi (368,56) çalışanları arasında olduğu görülmektedir. Buna göre devlet hastanesi çalışanlarının yaşam tatmin düzeyi, üniversite hastanesi çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bu sayılanlar dışında yaşam tatmin düzeyi için hastane türüne göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

4.7. Araştırma Değişkenleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırma hipotezlerini test etmek ve araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizi, çoklu normallik şartı sağlanmadığı için Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırma değişkenleri arasındaki korelasyonlara ilişkin analiz sonuçları aşağıda Tablo 4.25'te sunulmuştur.

Tablo 4.25'te yer alan korelasyon analiz bulguları incelendiğinde, psikolojik sağlamlık ile kendine güvenli yaklaşım ($r=0,522$, $p<0,01$) ve iyimser yaklaşım ($r=0,437$, $p<0,01$) arasında aynı yönlü, orta düzeyde ve anlamlı; psikolojik sağlamlık ile sosyal desteğe başvurma arasında ($r=0,062$, $p>0,05$) aynı yönlü, düşük düzeyde, fakat anlamlı olmayan; psikolojik sağlamlık ile boyun eğici yaklaşım ($r=-0,317$, $p<0,01$) ve çaresiz yaklaşım ($r=-0,486$, $p<0,01$) arasında ters yönlü, orta düzeyde ve anlamlı; psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ($r=0,336$, $p<0,01$) ve yaşam tatmini ($r=0,391$, $p<0,01$) arasında ise aynı yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişkilerin olduğu görülmektedir.

Tablo 4.25. Değişkenler arasındaki korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Psikolojik Sağlamlık	1							
2 Kendine Güvenli Yaklaşım	,522**	1						
3 İyimser Yaklaşım	,437**	,652**	1					
4 Sosyal Desteğe Başvurma	,062	,208**	,027	1				
5 Boyun Eğici Yaklaşım	-,317**	-,326**	-,116**	-,173**	1			
6 Çaresiz Yaklaşım	-,486**	-,278**	-,157**	-,080*	,568**	1		
7 İş Tatmini	,336**	,444**	,390**	,145**	-,291**	-,211**	1	
8 Yaşam Tatmini	,391**	,340**	,302**	,046	-,207**	-,252**	,516**	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Kendine güvenli yaklaşım ile iyimser yaklaşım arasında ($r=0,652$, $p<0,01$) aynı yönlü, orta düzeyde ve anlamlı; kendine güvenli yaklaşım ile sosyal desteğe başvurma arasında ($r=0,208$, $p>0,05$) aynı yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı; kendine güvenli yaklaşım ile boyun eğici yaklaşım arasında ($r=-0,326$, $p<0,01$) ters yönlü, orta düzeyde ve anlamlı; kendine güvenli yaklaşım ile çaresiz yaklaşım arasında ($r=-0,278$, $p<0,01$) ters yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı; kendine güvenli yaklaşım ile iş tatmini ($r=0,444$, $p<0,01$) ve yaşam tatmini ($r=0,340$, $p<0,01$) arasında ise aynı yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişkiler söz konusudur.

İyimser yaklaşım ile sosyal desteğe başvurma arasında ($r=0,027$, $p>0,05$) aynı yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı olmayan; iyimser yaklaşım ile boyun eğici yaklaşım ($r=-0,116$, $p<0,01$) ve çaresiz yaklaşım ($r=-0,157$, $p<0,01$) arasında ters yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı; iyimser yaklaşım ile iş tatmini ($r=0,390$, $p<0,01$) ve yaşam tatmini ($r=0,302$, $p<0,01$) arasında ise aynı yönlü, orta düzeyde ve anlamlı ilişkiler söz konusudur.

Sosyal desteğe başvurma ile boyun eğici yaklaşım ($r=-0,173$, $p<0,01$) ve çaresiz yaklaşım ($r=-0,080$, $p<0,01$) arasında ter yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı; sosyal desteğe başvurma ile iş tatmini ($r=0,145$, $p<0,01$) arasında aynı yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı; sosyal desteğe başvurma ile yaşam tatmini arasında ($r=0,046$, $p<0,01$) ise aynı yönlü, düşük düzeyde fakat anlamlı olmayan bir ilişki söz konusudur.

Boyun eğici yaklaşım ile çaresiz yaklaşım arasında ($r=0,568$, $p<0,01$) aynı yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki söz konusu iken, boyun eğici yaklaşım ile iş tatmini ($r=-0,291$, $p<0,01$) ve yaşam tatmini ($r=-0,207$, $p<0,01$) arasında ters yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir.

Çaresiz yaklaşım ile iş tatmini ($r=-0,211$, $p<0,01$) ve yaşam tatmini ($r=-0,252$, $p<0,01$) arasında aynı yönlü, düşük düzeyde ve anlamlı ilişkiler söz konusudur. İş tatmini ile yaşam tatmini arasında ($r=0,516$, $p<0,01$) ise aynı yönlü, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki söz konusudur.

Araştırma kapsamında incelenen değişkenler arası korelasyona ilişkin sonuçlar özetle şu şekildedir: Stresle başa çıkma tarzlarından boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım ile araştırmanın diğer tüm değişkenleri negatif bir korelasyon göstermiştir. Boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım dışında kalan tüm değişkenlerin kendi aralarındaki korelasyon ise pozitif çıkmıştır. Değişkenler arası korelasyonda anlamlı olmayan ilişkiler sosyal desteğe başvurma alt boyutundan kaynaklanmaktadır. Sosyal desteğe başvurma ile psikolojik sağlık, iyimser yaklaşım ve yaşam tatmini değişkenleri arasındaki korelasyon katsayısı istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu üç korelasyon katsayısı dışındaki tüm korelasyon katsayıları ise istatistiksel olarak anlamlıdır.

4.8. Araştırma Modellerinin Analiz Bulguları

Araştırma amacına yönelik oluşturulan hipotezleri test etmek için iki kavramsal model kurulmuştur. Kavramsal modeller, Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) ile analiz edilmiştir. Tüm istatistik testlerde olduğu gibi, YEM tekniği ile analiz yapabilmek için de varsayımların sağlanması gerekmektedir. YEM’de güçlü bir analiz yapabilmek için örneklem hacminin önemli olduğu belirtilmektedir. Yazında YEM ile analiz yapabilmek için uygun örneklem büyüklüğü konusunda farklı görüşlerin olduğu, bu konuda bir fikir birliğinin olmadığı görülmüştür. Ancak genel kabul gören haliyle 100 birimden az

örneklem hacmi küçük, 100-200 arası birimlik örneklem hacmi orta ve 200 birimden fazla örneklem hacmi ise büyük örneklem hacimleri olarak ifade edilmektedir. Bununla beraber küçük örneklem hacimlerinde daha basit modellerin, orta örneklem hacimlerinde daha az karmaşık modellerin, büyük örneklem hacimlerinde ise daha karmaşık modellerin test edilmesi önerilmektedir (349). Bu bilgiye göre, araştırmanın 767 birimlik örneklem büyüklüğünün, YEM tekniği için oldukça yeterli düzeyde olduğu söylenebilir. İlgili yazında yeterli örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde farklı pratik hesapların kullanıldığı da görülmüştür. Örneğin; uygun örneklem büyüklüğünün, modeldeki değişken sayısının en az 8 katından fazla olması gerektiği ya da ölçülen her bir madde sayısının en az 15 katı kadar olması gerektiği gibi pratik hesaplamalar da mevcuttur (341). Bu pratik hesaplamalar baz alındığında da çalışmanın 767 birimlik örneklem hacminin, oldukça yeterli düzeyde olduğu görülmektedir.

Araştırmanın amacı doğrultusunda kuramsal temele dayalı bir şekilde kurulan hipotezleri test etmek için oluşturulan yapısal eşitlik modelleri ve bu modellerin analiz sonuçları aşağıda ‘Model-1’ ve ‘Model-2’ olarak iki ayrı başlık altında verilmiştir.

4.8.1. Model-1

Model-1’de yer alan değişkenler psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam tatminidir. Oluşturulan kavramsal modelde, psikolojik sağlamlık bağımsız değişken ve yaşam tatmini bağımlı değişken olarak incelenirken, stresle başa çıkma tarzları ise hem bağımlı hem de bağımsız değişken rolünde yer alıp aracı değişken olarak incelenmiştir. Model-1’de yer alan bu değişkenler arasındaki yapısal ilişkileri test etmek ve bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkenler üzerindeki doğrudan, dolaylı ve toplam etkilerini belirlemek amaçlanmaktadır.

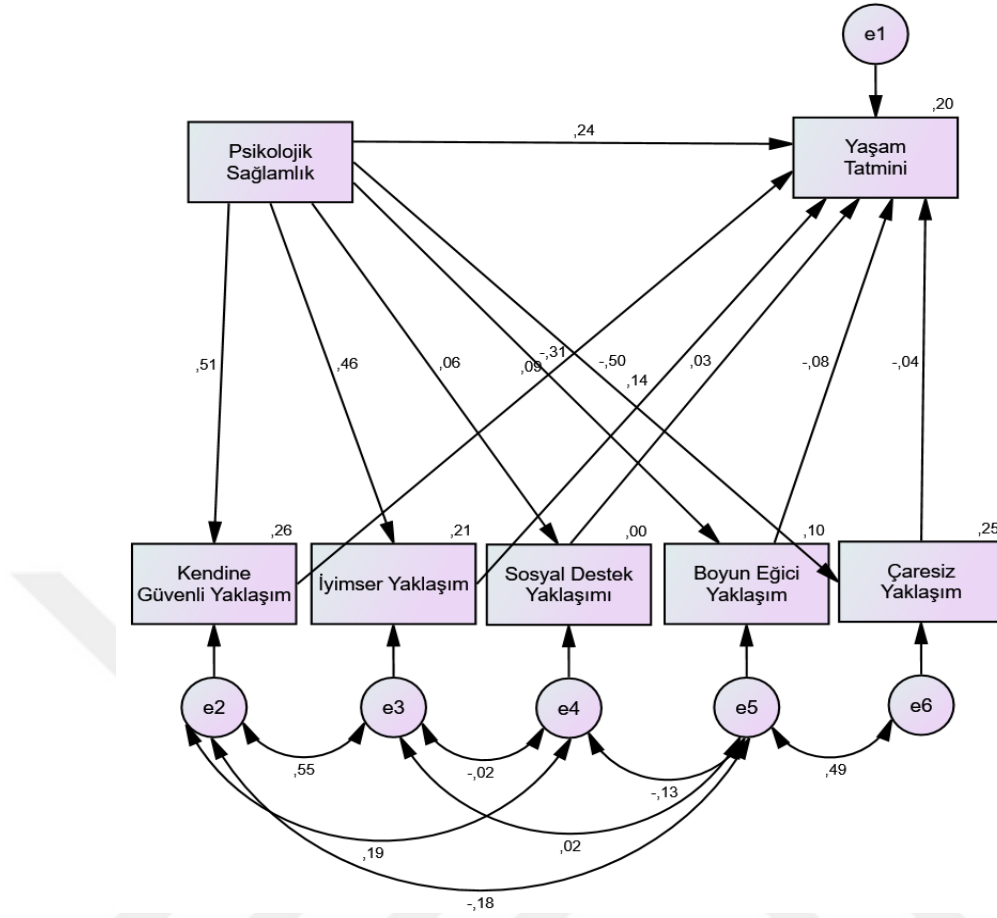
Araştırma veri setinin çok değişkenli normallik varsayımını sağlayıp sağlamadığını tespit etmek için tercih edilen yöntem Mardia’nın çarpıklık ve basıklık katsayısı olmuştur. Bu yöntemde çok değişkenli normalliğin değerlendirilmesinde, çok değişkenli basıklığın normalleştirilmiş tahmini olan kritik oran (c.r.) değeri yorumlanmaktadır. Kritik oran (c.r.) değeri 1,96’dan küçük olduğunda normal dağılımın sağlandığı, 1,96’dan büyük olduğunda ise çoklu normallik dağılımdan uzaklaşıldığı kabul edilmektedir (349). Çok değişkenli normallik analiz bulguları aşağıda Tablo 4.26’da yer almaktadır.

Tablo 4.26. Kavramsal Model-1'e ilişkin çok değişkenli normallik dağılım sonuçları

Değişken	Minimum	Maksimum	Çarpıklık	Kritik oran (c.r.)	Basıklık	Kritik oran (c.r.)
Psikolojik Sağlamlık	1,000	5,000	-0,326	-3,681	-0,200	-1,132
Kendine Güvenli Yaklaşım	1,000	4,429	-0,251	-2,843	-0,480	-2,712
İyimser Yaklaşım	1,000	4,200	-0,211	-2,381	-0,009	-0,052
Sosyal Desteğe Başvurma	1,250	5,250	-0,269	-3,040	0,353	1,997
Boyun Eğici Yaklaşım	1,000	3,667	0,657	7,429	0,340	1,923
Çaresiz Yaklaşım	1,222	4,000	0,874	9,881	1,186	6,702
Yaşam Tatmini	1,000	5,000	-0,333	-3,767	-0,035	-0,200
Çok Değişkenli Çözümleme					13,530	16,691

Tablo 4.26'ya göre, kurtosis değeri 13,530 ve kritik oran (c.r.) 16,691 olarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda araştırma veri setinin çok değişkenli normallik varsayımını sağlamadığı görülmektedir (c.r. > 1,96). Veri setinin çoklu normallik dağılım göstermemesi sebebiyle çalışmada Maksimum olabilirlik yöntemi yerine, 2000 örneklem düzeyinde Bootstrap maksimum olabilirlik yöntemi tercih edilmiştir.

Model-1'in YEM ile analizi sonucu ortaya çıkan ilk yol diyagramı ve bu yollara ilişkin bulgular aşağıda Şekil 4.7'de gösterilmiştir.



Şekil 4.7. Model-1'e ilişkin yol diyagramı

Şekil 4.7'e göre, yaşam tatmininin %20'sinin psikolojik sağlık ve stresle başa çıkma tarzları tarafından açıklandığı görülmektedir. Ayrıca stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşımdaki değişimin %26'sı, iyimser yaklaşımdaki değişimin %21'i, boyun eğici yaklaşımdaki değişimin %10'u ve çaresiz yaklaşımdaki değişimin ise %25'inin psikolojik sağlık tarafından açıklandığı görülmektedir. Ancak psikolojik sağlık ile sosyal desteğe başvurma arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu bu nedenle de psikolojik sağlık değişkeni tarafından açıklanamadığı anlaşılmaktadır.

Aşağıda Tablo 4.27'de, Model-1'e ilişkin "regresyon katsayıları (B)", "standardize edilmiş regresyon katsayıları (β)", "standart hata (Sh)", "kritik oran (t)", "anlamlılık (p) değerleri" ile "bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenler tarafından açıklanma yüzdesini belirten (R^2) değeri" verilmiştir. Regresyon katsayıları faktör yüklenimleri açısından incelendiğinde p (anlamlılık) değerlerinin %95 güven düzeyinde, 0,05'ten küçük olması ($p < 0,05$) gerekmektedir.

Tablo 4.27. Model-1'e ilişkin yol katsayıları

	Değişkenler	β	B	Sh	t	p*	R ²
Model-1	Psikolojik Sağlamlık → Kendine Güvenli Yaklaşım	0,509	0,344	0,021	16,367	***	0,26
	Psikolojik Sağlamlık → İyimser Yaklaşım	0,463	0,319	0,022	14,438	***	0,21
	Psikolojik Sağlamlık → Boyun Eğici Yaklaşım	-0,310	-0,183	0,020	-9,017	***	0,00
	Psikolojik Sağlamlık → Çaresiz Yaklaşım	-0,499	-0,270	0,017	-15,95	***	0,10
	Psikolojik Sağlamlık → Sosyal Desteğe Başvurma	0,056	0,034	0,022	1,547	0,122	0,25
	Kendine Güvenli Yaklaşım → Yaşam Tatmini	0,091	0,131	0,069	1,906	0,057	0,20
	İyimser Yaklaşım → Yaşam Tatmini	0,139	0,196	0,063	3,111	0,002	
	Boyun Eğici Yaklaşım → Yaşam Tatmini	-0,083	-0,136	0,066	-2,058	0,040	
	Çaresiz Yaklaşım → Yaşam Tatmini	-0,036	-0,064	0,077	-0,827	0,409	
	Sosyal Desteğe Başvurma → Yaşam Tatmini	0,032	0,050	0,054	0,939	0,348	
	Psikolojik Sağlamlık → Yaşam Tatmini	0,235	0,228	0,041	5,516	***	

Tablo 4.27 incelendiğinde, psikolojik sağlamlığın sosyal desteğe başvurma üzerindeki etkisi ile çaresiz yaklaşım ve sosyal desteğe başvurmanın yaşam tatmini üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir ($p>0,05$). Bununla birlikte psikolojik sağlamlığın kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,509$) ve iyimser yaklaşım ($\beta=0,463$) üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve aralarındaki korelasyonun pozitif olduğu görülmektedir. Buna göre psikolojik sağlamlık arttıkça kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzları kullanımının artacağı anlaşılmaktadır. Psikolojik sağlamlığın boyun eğici yaklaşım ($\beta=-0,310$) ve çaresiz yaklaşım ($\beta=-0,499$) üzerindeki etkisi de anlamlı olmakla birlikte psikolojik sağlamlığın ilgili başa çıkma tarzları ile arasındaki korelasyonun negatif olduğu görülmektedir. Buna göre psikolojik sağlamlık arttıkça boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzları kullanımının azalacağı anlaşılmaktadır. Psikolojik sağlamlığın yaşam tatmini ($\beta=0,235$) üzerindeki etkisinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve aralarında pozitif bir korelasyon olduğu görülmektedir. Bir diğer ifade ile psikolojik sağlamlık arttıkça yaşam tatmini de artacaktır. Yaşam tatmini üzerindeki stresle başa çıkma tarzlarının etkileri incelendiğinde

kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,091$), iyimser yaklaşım ($\beta=0,139$) ve boyun eğici yaklaşımın ($\beta=-0,083$) yaşam tatminini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği görülmektedir. Bununla birlikte yaşam tatmininin, kendine güvenli ve iyimser yaklaşımla pozitif; boyun eğici yaklaşımla ise negatif bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Bir diğer ifade ile kendine güvenli ve iyimser yaklaşım kullanımı arttıkça yaşam tatmininin artacağı, boyun eğici yaklaşım kullanımı arttıkça ise yaşam tatmininin azalacağı anlaşılmaktadır.

Çalışmada regresyon ve standardize regresyon katsayıları için belirlenen güven aralıkları Bootstrap metodu çerçevesinde incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Tablo 4.28’de gösterilmiştir. Buna göre psikolojik sağlamlık ile sosyal desteğe başvurma, sosyal desteğe başvurma ile yaşam tatmini, çaresiz yaklaşım ile yaşam tatmini, kendine güvenli yaklaşım ile yaşam tatmini ilişki güven aralıklarının anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.28. Model-1’e ilişkin bootstrap güven aralıkları

Değişken	β	Min.	Max.	p
Psikolojik Sağlamlık → Kendine Güvenli Yaklaşım	0,509	0,458	0,557	0,000
Psikolojik Sağlamlık → İyimser Yaklaşım	0,463	0,406	0,514	0,000
Psikolojik Sağlamlık → Boyun Eğici Yaklaşım	-0,310	-0,362	-0,253	0,000
Psikolojik Sağlamlık → Çaresiz Yaklaşım	-0,499	-0,543	-0,452	0,000
Psikolojik Sağlamlık → Sosyal Desteğe Başvurma	0,056	-0,012	0,125	0,177
Kendine Güvenli Yaklaşım → Yaşam Tatmini	0,091	0,011	0,175	0,062
İyimser Yaklaşım → Yaşam Tatmini	0,139	0,061	0,215	0,005
Boyun Eğici Yaklaşım → Yaşam Tatmini	-0,083	-0,156	-0,014	0,047
Çaresiz Yaklaşım → Yaşam Tatmini	-0,036	-0,115	0,040	0,438
Sosyal Desteğe Başvurma → Yaşam Tatmini	0,032	-0,026	0,088	0,369
Psikolojik Sağlamlık → Yaşam Tatmini	0,235	0,155	0,317	0,000

Modelin ilk analizi sonucu ortaya çıkan uyum iyiliği indekslerine ilişkin değerler Tablo 4.29’da yer almaktadır.

Tablo 4.29. Model-1'in uyum iyiliği indeks değerlendirmesi

Uyum İndeksi	Standart Eşik Değerler (343)	Model-1
χ^2/df (CMIN/df)	$3 \geq CMIN/df$	2,857
GFI	$0,85 \leq GFI$	0,997
CFI	$0,90 \leq CFI$	0,996
RMR	$0,08 > RMR$	0,004
RMSEA	$0,08 > RMSEA$	0,049

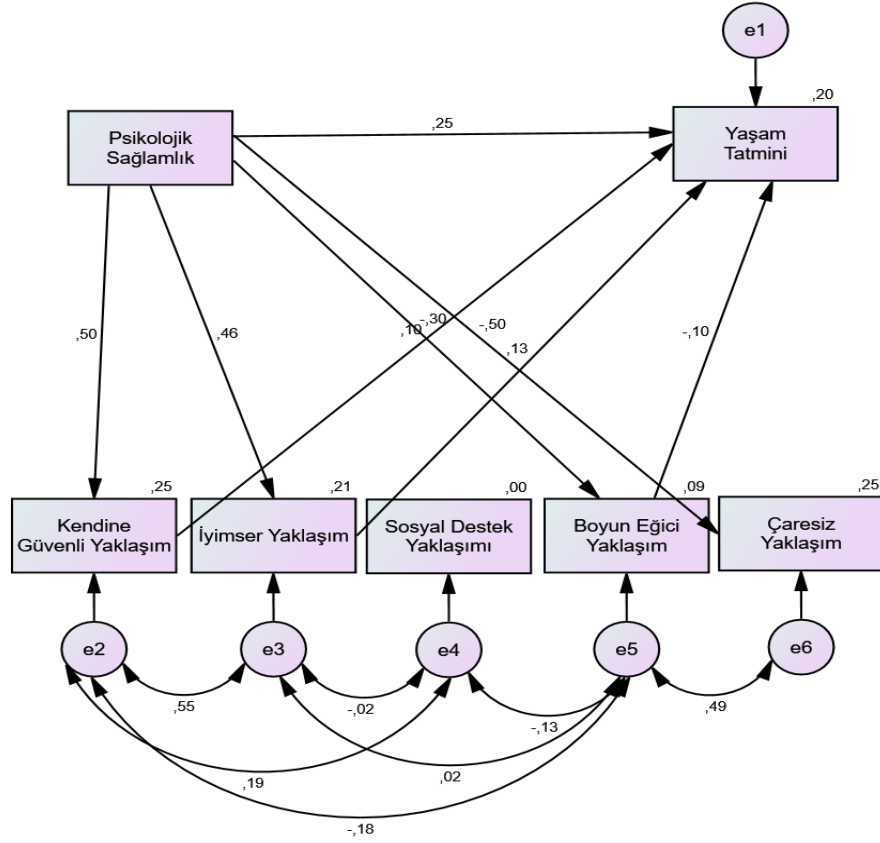
χ^2/df : Göreceli ki-kare indeksi, GFI: Goodness of fit index, CFI: Comparative fit index, RMR: Root mean residual, RMSEA: Root mean square error of approximation.

Tablo 4.29 incelendiğinde, modele ilişkin uyum indeks sonuçlarının, standart eşik değerler içerisinde olduğu görülmektedir. Buna göre kurulan modeldeki değişkenler ve yapılar arasındaki ilişkiler doğrulanmaktadır. Fakat uyum iyiliği indekslerine göre model kabul edilebilir bir uyum gösterse de, modelde anlamsız yolların olduğu ($p > 0,05$) ve modelden çıkarılması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu sebeple anlamlı olmayan yollar modelden çıkarılmış ve kalan yollarla ortaya çıkan yeni model tekrar analiz edilmiştir.

Model-1'in ilk analizi sonucunda ortaya çıkan anlamsız yollar modelden çıkartıldıktan sonra yeni oluşan başka bir ifade ile düzeltilmiş model, YEM ile tekrar analiz edilmiştir. Düzeltilmiş Model-1'e ilişkin yol diyagramı, aşağıda Şekil 4.8'de gösterilmiştir.

Düzeltilmiş Model-1'e ilişkin YEM analiz sonuçlarının yer aldığı Şekil 4.8 incelendiğinde, ilk modeldeki sonuçlara benzer şekilde yaşam tatmininin yaklaşık %20'sinin psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzları tarafından açıklandığı görülmektedir. Ayrıca stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşımdaki değişimin %25'i, iyimser yaklaşımdaki değişimin %21'i, boyun eğici yaklaşımdaki değişimin %9'u ve çaresiz yaklaşımdaki değişimin ise %25'inin psikolojik sağlamlık tarafından açıklandığı görülmektedir.

Düzeltilmiş Model-1'e ilişkin, yeni yol katsayı değerleri ise aşağıda Tablo 4.30'da yer almaktadır. Bu tablo incelendiğinde, düzeltilmiş modeldeki tüm yolların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). İlk analiz sonuçlarına göre yeniden düzenlenen modeldeki etki düzeylerinde ise önemli bir değişikliğin olmadığı söylenebilir.



Şekil 4.8. Düzeltilmiş Model-1'e ilişkin yol diyagramı

Düzeltilmiş Model-1'e ilişkin YEM analiz sonuçlarının yer aldığı Tablo 4.30 incelendiğinde, psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,502$), iyimser yaklaşım ($\beta=0,463$) ve yaşam tatmini ($\beta=0,248$) anlamlı bir şekilde etkilemekle birlikte psikolojik sağlamlıkla ilgili değişkenler arasında aynı yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, psikolojik sağlamlık arttıkça kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve yaşam tatmini de artmaktadır. Bununla birlikte psikolojik sağlamlığın boyun eğici yaklaşım ($\beta=-0,303$) ve çaresiz yaklaşım ($\beta=-0,499$) üzerindeki etkisi de anlamlıdır. Fakat psikolojik sağlamlığın ilgili değişkenlerle arasında ters yönlü bir ilişki söz konusudur. Bir başka ifadeyle psikolojik sağlamlık arttıkça boyun eğici ve çaresiz yaklaşım kullanımlarının azalacağı anlaşılmaktadır. Stresle başa çıkma tarzlarının, yaşam tatmini üzerindeki etkilerine bakıldığında; kendine güvenli ($\beta=0,097$), iyimser ($\beta=0,134$) ve boyun eğici ($\beta=-0,103$) yaklaşımlarının, yaşam tatmini üzerindeki etkileri anlamlı olmakla birlikte yaşam tatmini kendine güvenli ve iyimser yaklaşımla pozitif yönlü, boyun eğici yaklaşımla ise negatif yönlü bir ilişki göstermektedir. Bir başka

ifade ile kendine güvenli ve iyimser yaklaşım tarzlarının kullanımı arttıkça yaşam tatmini de artmakta, boyun eğici yaklaşım tarzı kullanımı arttıkça ise yaşam tatmini azalmaktadır.

Tablo 4.30. Düzeltilmiş Model-1'e ilişkin yol katsayıları

	Değişkenler	β	B	Sh	t (Kritik Oran)	p*	R ²
D. Model-1	Psikolojik Sağlamlık → Kendine Güvenli Yaklaşım	0,502	0,338	0,021	16,377	***	0,25
	Psikolojik Sağlamlık → İyimser Yaklaşım	0,463	0,320	0,022	14,477	***	0,21
	Psikolojik Sağlamlık → Boyun Eğici Yaklaşım	-0,303	-0,179	0,020	-8,891	***	0,09
	Psikolojik Sağlamlık → Çaresiz Yaklaşım	-0,499	-0,270	0,017	-15,95	***	0,25
	Kendine Güvenli Yaklaşım → Yaşam Tatmini	0,097	0,140	0,066	2,114	0,035	0,20
	İyimser Yaklaşım → Yaşam Tatmini	0,134	0,188	0,062	3,022	0,003	
	Boyun Eğici Yaklaşım → Yaşam Tatmini	-0,103	-0,169	0,057	-2,958	0,003	
	Psikolojik Sağlamlık → Yaşam Tatmini	0,248	0,240	0,038	6,328	***	

Tablo 4.30'da yer alan tüm sonuçlar hakkında genel bir değerlendirme yapıldığında, öncelikle kalan tüm yolların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Stresle başa çıkma tarzlarından boyun eğici ve çaresiz yaklaşımın dahil olduğu her bir yolda, bir diğer ifade ile bu değişkenlerin modelde yer alan diğer değişkenlerle etki ve etkilenmelerinde, negatif bir ilişki söz konusudur. Boyun eğici ve çaresiz yaklaşım dışında modelde yer alan değişkenler arasındaki nedensel yapılarda ise pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Düzeltilmiş yeni modelde, regresyon ve standardize regresyon katsayıları için belirlenen güven aralıkları, Bootstrap metodu çerçevesinde incelenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4.31'de gösterilmiştir. Buna göre yeni oluşan Model-1'de kendine güvenli yaklaşım ile yaşam tatmini ilişki güven aralığı 0,05 anlamlılık düzeyine çok yakın bir değerde olduğundan kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilir. Kalan diğer yollara ilişkin güven aralıklarının ise anlamlı olduğu görülmektedir.

Tablo 4.31. Düzeltilmiş Model-1'e ilişkin bootstrap güven aralıkları

Değişken	β	Min.	Max.	p
Psikolojik Sağlamlık → Kendine Güvenli Yaklaşım	0,502	0,449	0,548	0,001
Psikolojik Sağlamlık → İyimser Yaklaşım	0,463	0,404	0,515	0,001
Psikolojik Sağlamlık → Boyun Eğici Yaklaşım	-0,303	-0,356	-0,248	0,001
Psikolojik Sağlamlık → Çaresiz Yaklaşım	-0,499	-0,543	-0,452	0,001
Kendine Güvenli Yaklaşım → Yaşam Tatmini	0,097	0,011	0,184	0,056
İyimser Yaklaşım → Yaşam Tatmini	0,134	0,056	0,213	0,008
Boyun Eğici Yaklaşım → Yaşam Tatmini	-0,103	-0,165	-0,048	0,004
Psikolojik Sağlamlık → Yaşam Tatmini	0,248	0,171	0,321	0,001

Düzeltilmiş Model-1'e ilişkin uyum iyiliği indeks sonuçları, aşağıda Tablo 4.32'de yer almaktadır. Tablo 4.32 incelendiğinde, modele ilişkin uyum indeks sonuçlarının, eşik değerler içerisinde olduğu görülmektedir. Buradan düzeltilmiş modelde yer alan değişkenler arasındaki ilişkilerin doğrulandığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.32. Düzeltilmiş Model-1'in uyum iyiliği indeks değerlendirmesi

Uyum İndeksi	Standart Eşik Değerler (343)	Düzeltilmiş Model-1
χ^2/df (CMIN/df)	$3 \geq \text{CMIN}/df$	2,087
GFI	$0,85 \leq \text{GFI}$	0,995
CFI	$0,90 \leq \text{CFI}$	0,996
RMR	$0,08 > \text{RMR}$	0,009
RMSEA	$0,08 > \text{RMSEA}$	0,038

χ^2/df : Göreceli ki-kare indeksi, GFI: Goodness of fit index, CFI: Comparative fit index, RMR: Root mean residual, RMSEA: Root mean square error of approximation.

Model-1'e ilişkin toplam, doğrudan ve dolaylı etkiler aşağıda Tablo 4.33'te gösterilmiştir. Tablo 4.33 incelendiğinde, yaşam tatmini üzerinde psikolojik sağlamlığın %30,9, boyun eğici yaklaşımın %10,3, iyimser yaklaşımın %13,4 ve kendine güvenli yaklaşım ise %9,7'lik bir toplam etkisinin olduğu görülmektedir. Bu modelde yaşam tatmini üzerinde en fazla etkisi olan değişken psikolojik sağlamlıktır. Psikolojik sağlamlığın yaşam tatmini üzerindeki %30,9'luk toplam etkisinin %24,8'i doğrudan, %14,2'si ise dolaylı bir şekildedir. Buna göre psikolojik sağlamlık, yaşam tatmini

üzerinde hem doğrudan hem de stresle başa çıkma tarzları kısmi aracılığı ile dolaylı bir şekilde etkili olmaktadır. Bununla beraber psikolojik sağlamlığın yaşam tatmini üzerindeki doğrudan etkisinin, dolaylı etkisinden daha yüksek olduğu da göze çarpmaktadır.

Tablo 4.33. Toplam, doğrudan ve dolaylı etkiler

Tahmin Değişkeni	PS	BEY	İY	KGY
Toplam Etkiler				
BEY	-0,303	0,000	0,000	0,000
İY	0,463	0,000	0,000	0,000
KGY	0,502	0,000	0,000	0,000
YT	0,309	-0,103	0,134	0,097
ÇY	-0,499	0,000	0,000	0,000
Doğrudan Etkiler				
BEY	-0,303	0,000	0,000	0,000
İY	0,463	0,000	0,000	0,000
KGY	0,502	0,000	0,000	0,000
YT	0,248	-0,103	0,134	0,097
ÇY	-0,499	0,000	0,000	0,000
Dolaylı Etkiler				
BEY	0,000	0,000	0,000	0,000
İY	0,000	0,000	0,000	0,000
KGY	0,000	0,000	0,000	0,000
YT	0,142	0,000	0,000	0,000
ÇY	0,000	0,000	0,000	0,000

PS: Psikolojik Sağlamlık, BEY: Boyun Eğici Yaklaşım, İY: İyimser Yaklaşım, KGY: Kendine güvenli yaklaşım, ÇY: Çaresiz yaklaşım

Psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini arasındaki ilişkide stresle başa çıkma tarzlarından, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın, kısmi aracılık rolünün istatistiksel olarak anlamlılığı sobel testi ile değerlendirilmiştir. Sobel testi sonuçlarına göre; iyimser yaklaşım ($z=2,15$; $p=0,02<0,05$) ve boyun eğici yaklaşım ($z=1,80$; $p=0,04<0,05$) kısmi aracılığı istatistiksel olarak anlamlı iken, kendine güvenli yaklaşım ($z=1,47$; $p=0,07>0,05$) kısmi aracılığı istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır.

Önerilen Model-1'in analizler neticesinde geçerli bir model olduğu tespit edilmiştir. Buna göre Model-1 kapsamında kurulan hipotezlere ilişkin ulaşılan sonuçlar aşağıda Tablo 4.34'te yer almaktadır.

Tablo 4.34. Kavramsal Model-1 kapsamındaki hipotezlere ilişkin bulgular

NO	HİPOTEZ	KARAR
M1-H₁	Psikolojik sağlamlığın, stresle başa çıkma tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{1.1}	Psikolojik sağlamlığın kendine güvenli yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{1.2}	Psikolojik sağlamlığın iyimser yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{1.3}	Psikolojik sağlamlığın sosyal desteğe başvurma üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANMADI
M1-H_{1.4}	Psikolojik sağlamlığın boyun eğici yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{1.5}	Psikolojik sağlamlığın çaresiz yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H₂	Stresle başa çıkma tarzlarının yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{2.1}	Kendine güvenli yaklaşımın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{2.2}	İyimser yaklaşımın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{2.3}	Sosyal desteğe başvurma yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANMADI
M1-H_{2.4}	Boyun eğici yaklaşımın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{2.5}	Çaresiz yaklaşımın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANMADI
M1-H₃	Psikolojik sağlamlığın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M1-H₄	Stresle başa çıkma tarzlarının, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{4.1}	Kendine güvenli yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANMADI
M1-H_{4.2}	İyimser yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{4.3}	Sosyal desteğe başvurma yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANMADI
M1-H_{4.4}	Boyun eğici yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANDI
M1-H_{4.5}	Çaresiz yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANMADI

Tablo 4.34 incelendiğinde, psikolojik sağlamlığın stresle başa çıkma tarzlarından sosyal desteğe başvurma üzerinde anlamlı bir etkisi olduğuna dair kurulan hipotez doğrulanmamıştır (M₁-H_{1.3}). Psikolojik sağlamlığın diğer stresle başa çıkma tarzları

üzerinde anlamlı bir etkisi olduğuna dair kurulan hipotezler ise doğrulanmıştır (M₁-H_{1.1}., M₁-H_{1.2}., M₁-H_{1.4}., M₁-H_{1.5}.). Psikolojik sağlamlığın, yaşam tatmini üzerinde doğrudan etkisi olduğuna dair hipotez de doğrulanmıştır (M₁-H₃). Stresle başa çıkma tarzlarından sosyal desteğe başvurma ve çaresiz yaklaşımın yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi olduğuna dair hipotezler doğrulanmazken (M₁-H_{2.3}., M₁-H_{2.5}), kalan diğer başa çıkma tarzlarının yaşam tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi olduğuna dair kurulan hipotezler doğrulanmıştır (M₁-H_{2.1}., M₁-H_{2.2}., M₁-H_{2.4}.). Psikolojik sağlamlıkla, yaşam tatmini arasındaki ilişkide, stresle başa çıkma tarzlarından, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın aracı etkisi olduğuna dair kurulan hipotezler doğrulanmıştır (M₁-H_{4.2}, M₁-H_{4.4}). Kendine güvenli yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ve çaresiz yaklaşımların aracılık rolü olduğuna dair kurulan hipotezler ise doğrulanmamıştır (M₁-H_{4.1}, M₁-H_{4.3}, M₁-H_{4.5}).

4.8.2. Model-2:

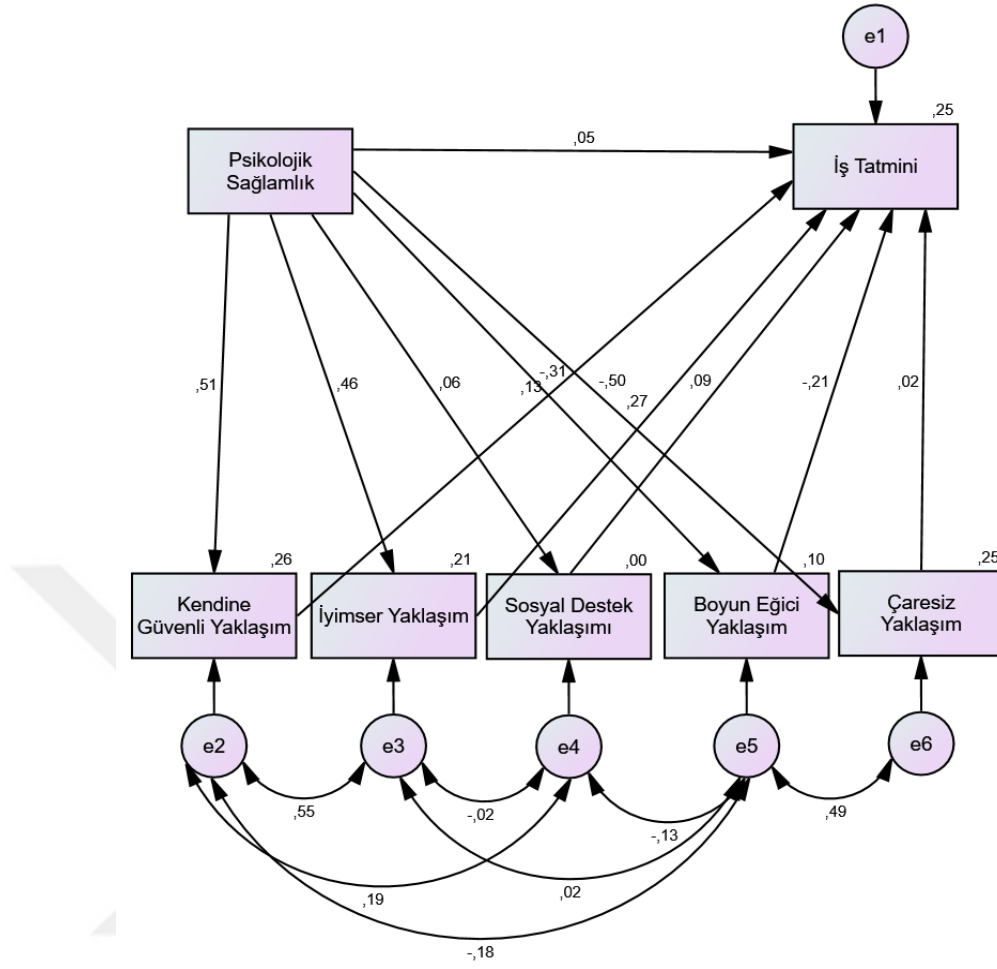
Model-2’de yer alan değişkenler psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları ve iş tatminidir. Oluşturulan kavramsal modelde, psikolojik sağlamlık bağımsız değişken ve iş tatmini bağımlı değişken olarak incelenirken, stresle başa çıkma tarzları ise hem bağımlı hem de bağımsız değişken rolünde yer alıp aracı değişken olarak incelenmiştir. Model-2’de yer alan bu değişkenler arasındaki yapısal ilişkileri test etmek ve bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkenler üzerindeki doğrudan, dolaylı ve toplam etkilerini belirlemek amaçlanmaktadır.

Çok değişkenli normalliğin değerlendirmesinde, Mardia’nın çarpıklık ve basıklık katsayısı tercih edilmiştir. Çok değişkenli normallik dağılım analiz sonuçları Tablo 4.35’de yer almaktadır. Buna göre kurtosis değeri 15,105 ve kritik oran (c.r.) 18,634 olarak hesaplanmıştır. Buna göre araştırma veri setinin çok değişkenli normallik varsayımını sağlamadığı görülmektedir (c.r. > 1,96). Veri setinin çoklu normallik dağılım göstermemesi sebebiyle çalışmada Maksimum olabilirlik yöntemi yerine, 2000 örneklem düzeyinde Bootstrap maksimum olabilirlik yöntemi tercih edilmiştir.

Tablo 4.35. Kavramsal Model-2’ye ilişkin çok değişkenli normallik dağılım sonuçları

Değişken	Minimum	Maksimum	Çarpıklık	Kritik oran (c.r.)	Basıklık	Kritik oran (c.r.)
Psikolojik Sağlamlık	1,000	5,000	-0,326	-3,681	-0,200	-1,132
Kendine Güvenli Yaklaşım	1,000	4,429	-0,251	-2,843	-0,480	-2,712
İyimser Yaklaşım	1,000	4,200	-0,211	-2,381	-0,009	-0,052
Sosyal Desteğe Başvurma	1,250	5,250	-0,269	-3,040	0,353	1,997
Boyun Eğici Yaklaşım	1,000	3,667	0,657	7,429	0,340	1,923
Çaresiz Yaklaşım	1,222	4,000	0,874	9,881	1,186	6,702
İş Tatmini	1,000	5,000	-0,742	-8,390	0,433	2,449
Çok Değişkenli Çözümleme					15,105	18,634

Model-2’in YEM ile analizi sonucu ortaya çıkan ilk yol diyagramı ve bu yollara ilişkin bulgular aşağıda Şekil 4.9’da gösterilmiştir.



Şekil 4.9. Model-2'ye ilişkin yol diyagramı

Şekil 4.9'da yer alan bulgular incelendiğinde, iş tatmininin %25'inin psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzları tarafından açıklandığı görülmektedir. Ayrıca stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşımdaki değişimin %26'sı, iyimser yaklaşımdaki değişimin %21'i, boyun eğici yaklaşımdaki değişimin %10'u ve çaresiz yaklaşımdaki değişimin ise %25'inin psikolojik sağlamlık tarafından açıklandığı görülmektedir. Ancak psikolojik sağlamlık ile sosyal desteğe başvurma arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu bu nedenle sosyal desteğe başvurma psikolojik sağlamlık değişkeni tarafından açıklanamadığı anlaşılmaktadır.

Aşağıda Tablo 4.36'da, Model-2'ye ilişkin "regresyon katsayıları (B)", "standardize edilmiş regresyon katsayıları (β)", "standart hata (Sh)", "kritik oran (t)", "anlamlılık (p) değerleri" ile "bağımlı değişkenlerin bağımsız değişkenler tarafından açıklanma yüzdesini belirten (R^2) değeri" verilmiştir. Regresyon katsayıları faktör

yüklenimleri açısından incelendiğinde p (anlamlılık) değerlerinin %95 güven düzeyinde 0,05'ten küçük olması ($p < 0,05$) gerekmektedir.

Tablo 4.36. Model-2'ye ilişkin yol katsayıları

	Değişkenler	β	B	Sh	t (Kritik Oran)	P*	R ²
Model-2	Psikolojik Sağlamlık → Kendine Güvenli Yaklaşım	0,509	0,344	0,021	16,367	***	0,26
	Psikolojik Sağlamlık → İyimser Yaklaşım	0,463	0,319	0,022	14,438	***	0,21
	Psikolojik Sağlamlık → Boyun Eğici Yaklaşım	-0,310	-0,183	0,020	-9,017	***	0,10
	Psikolojik Sağlamlık → Çaresiz Yaklaşım	-0,499	-0,270	0,017	-15,95	***	0,25
	Psikolojik Sağlamlık → Sosyal Desteğe Başvurma	0,056	0,034	0,022	1,547	0,122	0,00
	Kendine Güvenli Yaklaşım → İş Tatmini	0,130	0,195	0,069	2,806	0,005	0,25
	İyimser Yaklaşım → İş Tatmini	0,275	0,404	0,064	6,340	***	
	Boyun Eğici Yaklaşım → İş Tatmini	-0,205	-0,353	0,067	-5,253	***	
	Çaresiz Yaklaşım → İş Tatmini	0,019	0,035	0,078	0,452	0,651	
	Sosyal Desteğe Başvurma → İş Tatmini	0,090	0,150	0,054	2,764	0,006	
	Psikolojik Sağlamlık → İş Tatmini	0,048	0,049	0,042	1,159	0,247	

Tablo 4.36 incelendiğinde, psikolojik sağlamlığın sosyal desteğe başvurma ve iş tatmini üzerindeki etkisi ile çaresiz yaklaşımın iş tatmini üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir ($p > 0,05$). Bununla birlikte psikolojik sağlamlığın, kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,509$) ve iyimser yaklaşım ($\beta=0,463$) üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı olup psikolojik sağlamlıkla ilgili değişkenler arasında pozitif bir korelasyonun olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle psikolojik sağlamlık arttıkça kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzlarına başvurunun artacağı anlaşılmaktadır. Psikolojik sağlamlığın boyun eğici yaklaşım ($\beta=-0,310$) ve çaresiz yaklaşım ($\beta=-0,499$) üzerindeki etkisinin de anlamlı olduğu görülmektedir. Fakat psikolojik sağlamlıkla ilgili değişkenler arasında negatif bir korelasyon söz konusudur. Bir başka deyişle psikolojik sağlamlık arttıkça boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzlarına başvurunun azalacağı anlaşılmaktadır. Stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,130$), iyimser yaklaşım ($\beta=0,275$), sosyal desteğe başvurma ($\beta=0,090$) ve

boyun eğici ($\beta=-0,205$) yaklaşımlarının, iş tatmini üzerindeki etkilerinin anlamlı olduğu görülmektedir. Kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma iş tatmini ile pozitif bir korelasyon gösterirken, boyun eğici yaklaşım iş tatmini ile negatif bir korelasyon göstermektedir. Bir başka deyişle boyun eğici yaklaşıma başvuru arttıkça iş tatmini azalırken; kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvuru arttıkça iş tatmininin artacağı anlaşılmaktadır.

Çalışmada regresyon ve standardize regresyon katsayıları için belirlenen güven aralıkları Bootstrap metodu çerçevesinde incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıda Tablo 4.37’de gösterilmiştir. Buna göre psikolojik sağlamlık ile iş tatmini, psikolojik sağlamlık ile sosyal desteğe başvurma ve çaresiz yaklaşım ile iş tatmini ilişki güven aralıklarının anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.37. Model-2’ye ilişkin bootstrap güven aralıkları

Değişken	β	Lower	Upper	p
Psikolojik Sağlamlık → Kendine Güvenli Yaklaşım	0,509	0,458	0,557	0,000
Psikolojik Sağlamlık → İyimser Yaklaşım	0,463	0,406	0,514	0,000
Psikolojik Sağlamlık → Boyun Eğici Yaklaşım	-0,310	-0,362	-0,253	0,000
Psikolojik Sağlamlık → Çaresiz Yaklaşım	-0,499	-0,543	-0,452	0,000
Psikolojik Sağlamlık → Sosyal Desteğe Başvurma	0,056	-0,012	0,125	0,177
Kendine Güvenli Yaklaşım → İş Tatmini	0,130	0,049	0,215	0,010
İyimser Yaklaşım → İş Tatmini	0,275	0,199	0,351	0,000
Boyun Eğici Yaklaşım → İş Tatmini	-0,205	-0,274	-0,132	0,000
Çaresiz Yaklaşım → İş Tatmini	0,019	-0,061	0,095	0,717
Sosyal Desteğe Başvurma → İş Tatmini	0,090	0,033	0,147	0,011
Psikolojik Sağlamlık → İş Tatmini	0,048	-0,031	0,127	0,326

Modelin ilk analizi sonucu ortaya çıkan uyum iyiliği indekslerine ilişkin değerler ile standart eşik değerler aşağıda Tablo 4.38’de yer almaktadır. Tablo 4.38 incelendiğinde, modele ilişkin uyum indeks sonuçlarının standart eşik değerler içerisinde olduğu görülmektedir. Buna göre kurulan modeldeki değişkenler ve yapılar arasındaki ilişkiler doğrulanmaktadır. Fakat uyum iyiliği indekslerine göre model kabul edilebilir bir

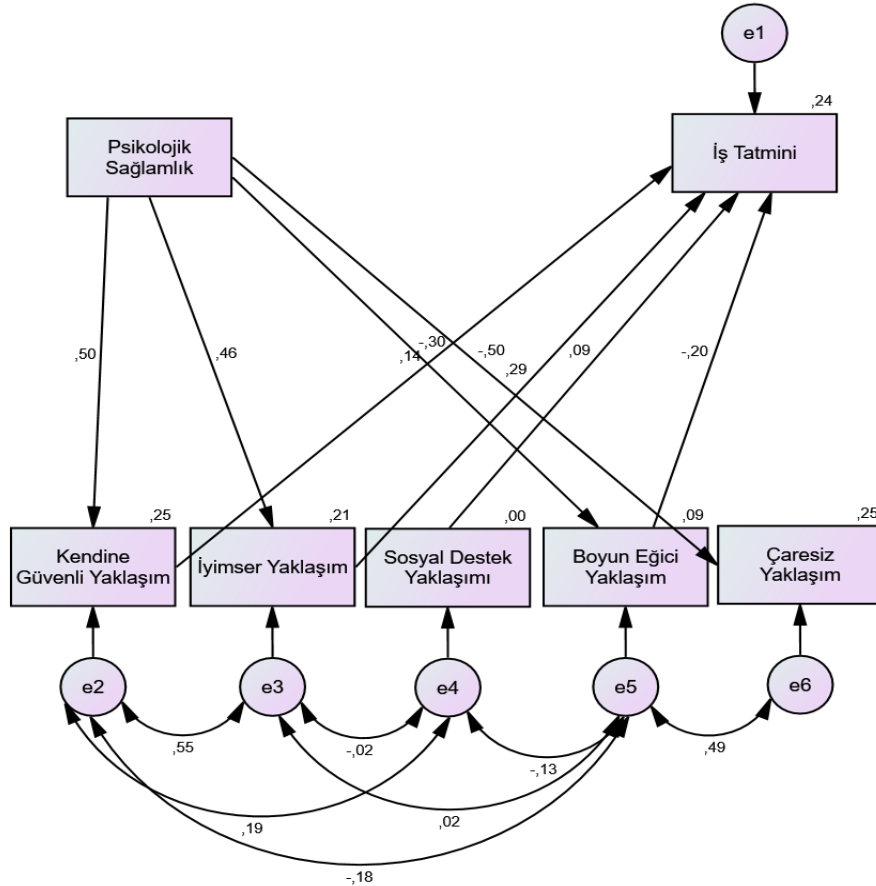
uyum gösterse de, modelde anlamsız yolların olduğu ($p>0,05$) ve modelden çıkarılması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu sebeple anlamlı olmayan yollar modelden çıkarılmış ve kalan yollarla ortaya çıkan yeni model tekrar analiz edilmiştir.

Tablo 4.38. Model-2'nin uyum iyiliği indeks değerlendirmesi

Uyum İndeksi	Standart Eşik Değerler (343)	Model-2
χ^2/df (CMIN/df)	$3 \geq \text{CMIN}/df$	2,857
GFI	$0,85 \leq \text{GFI}$	0,997
CFI	$0,90 \leq \text{CFI}$	0,996
RMR	$0,08 > \text{RMR}$	0,004
RMSEA	$0,08 > \text{RMSEA}$	0,049

χ^2/df : Göreceli ki-kare indeksi, GFI: Goodness of fit index, CFI: Comparative fit index, RMR: Root mean residual, RMSEA: Root mean square error of approximation.

Model-2'nin ilk analizi sonucunda ortaya çıkan anlamsız yollar modelden çıkarıldıktan sonra yeni oluşan başka bir ifade ile düzeltilmiş model, YEM ile tekrar analiz edilmiştir. Düzeltilmiş Model 2'ye ilişkin yol diyagramı, aşağıda Şekil 4.10'da gösterilmiştir.



Şekil 4.10. Düzeltilmiş Model-2'ye ilişkin yol katsayıları

Düzeltilmiş Model-2'ye ilişkin YEM analiz sonuçlarının yer aldığı Şekil 4.10 incelendiğinde, ilk modeldeki sonuçlara benzer şekilde iş tatmininin yaklaşık %24'ünün psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzları tarafından açıklandığı görülmektedir. Ayrıca stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşımdaki değişimin %25'i, iyimser yaklaşımdaki değişimin %21'i ve boyun eğici yaklaşımdaki değişimin %9'unun, psikolojik sağlamlık tarafından açıklandığı görülmektedir.

Düzeltilmiş Model-2'ye ilişkin yeni yol katsayı değerleri ise Tablo 4.39'da yer almaktadır. Tablo 4.39 incelendiğinde, düzeltilmiş modeldeki tüm yolların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). İlk analiz sonuçlarına göre yeniden düzenlenen modeldeki etki düzeylerinde ise önemli bir değişikliğin olmadığı söylenebilir.

Tablo 4.39. Düzeltilmiş Model-2'ye ilişkin yol katsayıları

Değişkenler		β	B	Sh	t (Kritik Oran)	P*	R ²
D. Model-2	Psikolojik Sağlamlık → Kendine Güvenli Yaklaşım	0,502	0,338	0,021	16,377	***	0,25
	Psikolojik Sağlamlık → İyimser Yaklaşım	0,463	0,320	0,022	14,477	***	0,21
	Psikolojik Sağlamlık → Boyun Eğici Yaklaşım	-0,303	-0,179	0,020	-8,891	***	0,09
	Psikolojik Sağlamlık → Çaresiz Yaklaşım	-0,499	-0,270	0,017	-15,95	***	0,25
	Kendine Güvenli Yaklaşım → İş Tatmini	0,143	0,215	0,067	3,209	,001	0,24
	İyimser Yaklaşım → İş Tatmini	0,286	0,419	0,062	6,738	***	
	Boyun Eğici Yaklaşım → İş Tatmini	-0,205	-0,352	0,057	-6,183	***	
	Sosyal Desteğe Başvurma → İş Tatmini	0,089	0,147	0,054	2,731	0,006	

Düzeltilmiş Model-2'ye ilişkin YEM analiz sonuçlarının yer aldığı Tablo 4.39 incelendiğinde psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,502$) ve iyimser yaklaşımı ($\beta=0,463$) anlamlı bir şekilde etkilemekte olup psikolojik sağlamlıkla ilgili değişkenler arasında aynı yönlü bir ilişki söz konusudur. Bir başka deyişle psikolojik sağlamlık arttıkça kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzlarına başvuru da artmaktadır. Ayrıca psikolojik sağlamlığın boyun eğici ($\beta=-0,303$) ve çaresiz yaklaşım ($\beta=-0,499$) üzerindeki etkisi de anlamlı olmakla beraber psikolojik sağlamlığın bu başa

çıkma tarzları ile arasında ters yönlü bir ilişki söz konusudur. Bir başka deyişle psikolojik sağlamlık arttıkça boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzlarına başvurunun azalacağı anlaşılmaktadır. Stresle başa çıkma tarzlarından; kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,143$), iyimser yaklaşım ($\beta=0,286$), sosyal desteğe başvurma ($\beta=0,089$) ve boyun eğici ($\beta=-0,205$) yaklaşımlarının iş tatmini üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır. Bununla birlikte iş tatmini kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma ile aynı yönlü bir ilişki gösterirken; boyun eğici yaklaşımla ters yönlü bir ilişki göstermektedir. Bir başka ifade ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma tarzlarının kullanımı arttıkça iş tatminin de artacağı; boyun eğici yaklaşım tarzı kullanıldıkça ise iş tatminin azalacağı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.39’da yer alan tüm sonuçlar hakkında genel bir değerlendirme yapıldığında, öncelikle kalan tüm yollar istatistiksel olarak anlamlıdır. Stresle başa çıkma tarzlarından boyun eğici ve çaresiz yaklaşımın dahil olduğu her bir yolda, bir diğer ifade ile bu değişkenlerin modelde yer alan diğer değişkenlerle etki ve etkilenmelerinde, negatif bir ilişki söz konusudur. Boyun eğici ve çaresiz yaklaşım dışındaki modelde yer alan değişkenler arasındaki nedensel yapılarda ise pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tablo 4.40. Düzeltilmiş Model-2’ye ilişkin bootstrap güven aralıkları

Değişken	β	Lower	Upper	p
Psikolojik Sağlamlık → Kendine Güvenli Yaklaşım	0,502	0,450	0,550	0,000
Psikolojik Sağlamlık → İyimser Yaklaşım	0,463	0,407	0,516	0,000
Psikolojik Sağlamlık → Boyun Eğici Yaklaşım	-0,303	-0,356	-0,246	0,000
Psikolojik Sağlamlık → Çaresiz Yaklaşım	-0,499	-0,543	-0,452	0,000
Kendine Güvenli Yaklaşım → İş Tatmini	0,143	0,064	0,224	0,003
İyimser Yaklaşım → İş Tatmini	0,286	0,211	0,359	0,000
Boyun Eğici Yaklaşım → İş Tatmini	-0,205	-0,261	-0,145	0,000
Sosyal Desteğe Başvurma → İş Tatmini	0,089	0,032	0,145	0,012

Düzeltilmiş yeni modelde regresyon ve standardize regresyon katsayıları için belirlenen güven aralıkları Bootstrap metodu çerçevesinde incelenmiştir. Analiz sonuçları

Tablo 4.40'ta gösterilmiştir. Buna göre kalan tüm değişkenler arasındaki ilişki güven aralıklarının anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Düzeltilmiş Model-2'ye ilişkin uyum iyiliği indeks sonuçları, aşağıda Tablo 4.41'de yer almaktadır. Tablo 4.41 incelendiğinde, modele ilişkin uyum indeks sonuçlarının eşik değerler içerisinde olduğu görülmektedir. Buradan düzeltilmiş modelde yer alan değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin doğrulandığı anlaşılmaktadır.

Tablo 4.41. Düzeltilmiş Model-2'nin uyum iyiliği indeks değerlendirmesi

Uyum İndeksi	Standart Eşik Değerler (343)	Düzeltilmiş Model-2
χ^2/df (CMIN/df)	$3 \geq CMIN/df$	2,048
GFI	$0,85 \leq GFI$	0,995
CFI	$0,90 \leq CFI$	0,996
RMR	$0,08 > RMR$	0,009
RMSEA	$0,08 > RMSEA$	0,037

χ^2/df : Göreceli ki-kare indeksi, GFI: Goodness of fit index, CFI: Comparative fit index, RMR: Root mean residual, RMSEA: Root mean square error of approximation.

Model-2'ye ilişkin toplam, doğrudan ve dolaylı etkiler aşağıda Tablo 4.42'de gösterilmiştir. Bu tablo incelendiğinde, iş tatmini üzerinde psikolojik sağlamlığın %26,6, sosyal desteğe başvurmanın %8,9, boyun eğici yaklaşımın %20,5, iyimser yaklaşımın %28,6 ve kendine güvenli yaklaşımın %14,3 oranlarında toplam etkisinin olduğu görülmektedir. Bu modelde iş tatmini üzerinde en çok etkisi olan değişken iyimser yaklaşım ardından psikolojik sağlamlıktır. Psikolojik sağlamlığın iş tatmini üzerindeki toplam etkisinin tamamının dolaylı bir şekilde olduğu tespit edilmiştir. Buna göre psikolojik sağlamlık stresle başa çıkma tarzları tam aracılığı ile iş tatminini etkilemektedir.

Tablo 4.42. Toplam, doğrudan ve dolaylı etkiler

Tahmin Değişkeni	PS	SDB	BEY	İY	KGY
Toplam Etkiler					
BEY	-0,303	0,000	0,000	0,000	0,000
İY	0,463	0,000	0,000	0,000	0,000
KGY	0,502	0,000	0,000	0,000	0,000
İT	0,266	0,089	-0,205	0,286	0,143
ÇY	-0,499	0,000	0,000	0,000	0,000
Doğrudan Etkiler					
BEY	-0,303	0,000	0,000	0,000	0,000
İY	0,463	0,000	0,000	0,000	0,000
KGY	0,502	0,000	0,000	0,000	0,000
İT	0,000	0,089	-0,205	0,286	0,143
ÇY	-0,499	0,000	0,000	0,000	0,000
Dolaylı Etkiler					
BEY	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
İY	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
KGY	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
İT	0,266	0,000	0,000	0,000	0,000
ÇY	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

PS: Psikolojik Sağlamlık, İT: İş Tatmini, SDB: Sosyal Desteğe Başvurma, BEY: Boyun Eğici Yaklaşım, İY: İyimser Yaklaşım, KGY: Kendine güvenli yaklaşım, ÇY: Çaresiz yaklaşım

Psikolojik sağlamlık ile iş tatmini arasındaki ilişkide, stresle başa çıkma tarzlarından, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ve boyun eğici yaklaşımın tam aracılık rolünün istatistiksel olarak anlamlılığı sobel testi ile değerlendirilmiştir. Sobel testi sonuçlarına göre; kendine güvenli yaklaşım ($z=2,13$; $p=0,02<0,05$), iyimser yaklaşım ($z=4,51$; $p=0,00<0,005$) ve boyun eğici yaklaşım ($z=3,5$; $p=0,00<0,05$) tam aracılığı istatistiksel olarak anlamlı iken, sosyal desteğe başvurma ($z=0$; $p=0,5>0,05$) aracılığı istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır.

Önerilen Model-2'nin, analizler neticesinde geçerli bir model olduğu tespit edilmiştir. Buna göre Model-2 kapsamında kurulan hipotezlere ilişkin ulaşılan sonuçlar aşağıda Tablo 4.43'te yer almaktadır.

Tablo 4.43. Kavramsal Model-2 kapsamındaki hipotezlere ilişkin bulgular

NO	HİPOTEZ	KARAR
M₂-H₁	Psikolojik sağlamlığın, stresle başa çıkma tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{1.1}	Psikolojik sağlamlığın kendine güvenli yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{1.2}	Psikolojik sağlamlığın iyimser yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{1.3}	Psikolojik sağlamlığın sosyal desteğe başvurma üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANMADI
M₂-H_{1.4}	Psikolojik sağlamlığın boyun eğici yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{1.5}	Psikolojik sağlamlığın çaresiz yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H₂	Stresle başa çıkma tarzlarının iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{2.1}	Kendine güvenli yaklaşımın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{2.2}	İyimser yaklaşımın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{2.3}	Sosyal desteğe başvurma'nın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{2.4}	Boyun eğici yaklaşımın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{2.5}	Çaresiz yaklaşımın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANMADI
M₂-H₃	Psikolojik sağlamlığın iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	DOĞRULANMADI
M₂-H₄	Stresle başa çıkma tarzlarının, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{4.1}	Kendine güvenli yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{4.2}	İyimser yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{4.3}	Sosyal desteğe başvurma'nın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANMADI
M₂-H_{4.4}	Boyun eğici yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANDI
M₂-H_{4.5}	Çaresiz yaklaşımın, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde aracılık rolü vardır.	DOĞRULANMADI

Tablo 4.43 incelendiğinde, psikolojik sağlamlığın stresle başa çıkma tarzlarından sosyal desteğe başvurma üzerinde anlamlı bir etkisi olduğuna dair kurulan hipotez doğrulanmamıştır ($M_2-H_{1.3}$). Buna karşın psikolojik sağlamlığın, diğer stresle başa çıkma tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğuna dair kurulan hipotezler doğrulanmıştır ($M_2-H_{1.1}$, $M_2-H_{1.2}$, $M_2-H_{1.4}$, $M_2-H_{1.5}$). Psikolojik sağlamlığın, iş tatmini üzerinde doğrudan etkisi olduğuna dair kurulan hipotez doğrulanmamıştır (M_2-H_3). Stresle başa çıkma tarzlarından çaresiz yaklaşımın, iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi olduğuna dair hipotez doğrulanmazken ($M_2-H_{2.5}$), kalan diğer başa çıkma tarzlarının, iş tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi olduğuna dair kurulan hipotezler doğrulanmıştır ($M_2-H_{2.1}$, $M_2-H_{2.2}$, $M_2-H_{2.3}$, $M_2-H_{2.4}$). Psikolojik sağlamlık ile iş tatmini arasındaki ilişkide, stresle başa çıkma tarzlarından, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın aracı rolü olduğuna dair kurulan hipotezler doğrulanmıştır ($M_2-H_{4.1}$, $M_2-H_{4.2}$, $M_2-H_{4.4}$). Sosyal desteğe başvurma ve çaresiz yaklaşımın aracı rolü olduğuna dair kurulan hipotezler ise doğrulanmamıştır ($M_2-H_{4.3}$, $M_2-H_{4.5}$).

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanları, işleri ve iş ortamlarının doğasından dolayı rutin dönemlerde bile çeşitli stres etkenleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Olağanüstü durumların yaşandığı dönemlerde ise sağlık çalışanlarının yaşadığı stres seviyelerinin arttığı açıktır. Bununla birlikte her birey gibi iş dışı yaşamlarında da stres oluşturacak çeşitli durumlar ortaya çıkabilmektedir. Fakat iş veya iş dışı yaşam kaynaklı strese rağmen sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirmesi beklenmektedir. Sağlık çalışanları hem sağlık kurumlarının hem de bir ülkenin önemli beşeri kaynaklarıdır. Sağlık çalışanlarının işlerinden ve yaşamlarından tatmin olması, bireylerin alacağı sağlık bakım kalitesi açısından da önem arz etmektedir. Hayatla iç içe olan yaşam tatmini ve iş tatmini doğası gereği diğer bir çok unsurla etkileşim halindedir. Sağlık çalışanlarının hayat kalitelerini arttırmak ve iş ortamlarını iyileştirmek için, yaşam ve iş tatminine etki eden önemli unsurlar belirlenip bu unsurların etkileşimleri incelenebilir ve elde edilen çıkarımlara göre gerekli iyileştirmeler yapılabilir. Sağlık sisteminin işlemesi için sağlık çalışanlarının yaşadıkları stresle başa çıkıp, işlerine devam etmesi gerekmektedir. Stresle başa çıkma yine birçok unsur ile etkileşim halindedir, bunlardan biri de psikolojik sağlamlıktır. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları, iş tatmini ve yaşam tatmini değişkenleri arasındaki nedensellik ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte ilgili değişkenlerin, sosyo-demografik özelliklere göre incelenmesi de araştırmanın bir diğer amacıdır.

Çalışmada, katılımcıların psikolojik sağlamlık puan ortalaması (3,35), ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen ilgili yazındaki çalışmaların, büyük çoğunluğunun Covid-19 pandemi esnasında yürütüldüğü dikkat çekmiştir. Ulusal ve uluslararası yazındaki çalışmalarda, mevcut araştırma ile benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Örneğin; Özdemir ve Adıgüzel'in (109), Siirt Devlet Hastanesi'nde görevli sağlık çalışanlarıyla, Karabacak ve Beydağ'ın (350), pandemi hastanesinde aktif olarak görevli hemşirelerle gerçekleştirdikleri çalışmalarda, katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Aydın ve Ersoy Özcan'nın (116), sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada, katılımcıların psikolojik sağlamlık puan ortalamaları (3,79) ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Benzer şekilde Bayat ve Polat Olca'nın (126), Covid-19

pandemisinde, hemşireler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Özçelik ve Öztuna'nın (125), Türkiye genelinde, Covid-19 pandemi sürecinde aktif olarak görev alan sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada da katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri (3,56) ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Marcolongo ve ark.'ı (351), pandemi döneminde yürüttükleri araştırmada, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. Rachel ve ark.'nın (352), Covid-19 pandemi esnasında, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarını inceledikleri derleme çalışması sonucunda, pandemide aktif olarak görev olan sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlıklarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada kullanılan stresle başa çıkma tarzları ölçeği, beş alt boyuttan oluşmaktadır ve ölçeğin tamamı için toplam bir puan hesaplanmamaktadır. Alt boyutlar için ayrı ayrı toplam puan hesaplaması yapılmaktadır. Her bir alt boyuttan alınan puan ise ilgili başa çıkma tarzının kullanım sıklığını göstermektedir. Bu araştırmada problem odaklı başa çıkma tarzları ortalamanın üzerinde, duygusal odaklı başa çıkma tarzları ise ortalamanın oldukça altında puanlar almıştır. Katılımcılar tarafından en çok başvurulmuş başa çıkma tarzları ise sırası ile sosyal desteğe başvurma (0,71), kendine güvenli yaklaşım (0,70) ve iyimser yaklaşım (0,61); en az başvurulmuş stresle başa çıkma tarzları ise çaresiz yaklaşım (0,31) ve boyun eğici yaklaşım (0,26) olmuştur. Ulusal yazında da mevcut çalışmayla benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin; Tel ve ark.'nın çalışmasında, hemşirelerin, en fazla kullandıkları başa çıkma tarzları kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama iken, en az kullandıkları başa çıkma tarzı boyun eğici yaklaşımdır. Sülemiş ve Dönmez'in (354), bir üniversite hastanesinde görevli kadın hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların en sık kullandıkları başa çıkma tarzları sırası ile sosyal desteğe başvurma, kendine güvenli yaklaşım ardından iyimser yaklaşım; en az kullandıkları başa çıkma tarzları ise boyun eğici yaklaşım ardından çaresiz yaklaşım olarak bulunmuştur. Yüksel ve ark.'nın (195), hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcılar, stresle başa çıkma tarzlarından en yüksek puanı sırası ile kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramadan; en düşük puanları ise çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdan almıştır. Bozkurt ve ark.'nın (165) hemşireler ile gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların etkili başa çıkma kategorisinde yer alan sorun odaklı başa çıkma, kendini kontrol etme, olumlu yaklaşım ve bilişsel destek arama yaklaşımlarını daha sık kullandıkları saptanmıştır. Nehir ve

Güngör'ün (185) çalışmasında benzer şekilde hemşirelerin stresle başa çıkmada en çok kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımlarını kullandıkları tespit edilmiştir. Sezer ve ark.'nın (187) pandemi döneminde yürüttükleri çalışmada, hemşirelerin problem odaklı başa çıkma tarzlarından ortalamanın üzerinde, duygu odaklı başa çıkma tarzlarından ise ortalamanın altında değerler aldıkları tespit edilmiştir. Bununla birlikte kendine güvenli yaklaşım, sosyal destek arama ve iyimser yaklaşım en sık kullanılan başa çıkma tarzları iken çaresiz yaklaşım en az kullanılan başa çıkma tarzı olmuştur. Uluslararası yazında da, mevcut çalışma ile benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin; Portekizli hemşirelerle yürütülen bir çalışmada katılımcıların, kendini kontrol etme, planlı problem çözme ve sosyal destek arama en sık başvurdukları başa çıkma tarzları olarak bulunmuştur (355). Bahsedilen bu başa çıkma tarzları ise etkili başa çıkma tarzları kategorisinde yer almaktadır. Benzer çalışmalarda da hemşirelerin etkili/olumlu/işlevsel başa çıkma tarzları puanlarının ortalamanın üzerinde olduğu ve daha sık kullanıldığı saptanmıştır (188, 189, 194). Ayrıca ilgili yazında Covid-19 pandemi esnasında, sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen çalışmalarda, stresle başa çıkmada dini inanç ve uygulamalarının da, güçlü bir başa çıkma stratejisi olarak bildirildiği görülmüştür (356-361). Önemli olaylarla başa çıkmak için kullanılan kaynaklar arasında din ve sosyal desteğin, uyum sağlayıcı başa çıkma stratejilerini temsil ettiği belirtilmektedir (362, 363).

Rose ve ark.'nın (364) çalışmasında, sağlık çalışanları, streslerini azaltmak için kişisel bir başa çıkma stratejisi olarak Covid-19 pandemisiyle olumlu bir tavırla yüzleşmek için kendilerini motive ettiklerini, aile ve arkadaş çevresiyle sohbet ederek destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Wong ve ark.'nın (365) yürüttüğü bir çalışmada, sağlık çalışanları en yaygın kullandığı başa çıkma stratejisini, kritik durumu kabullenme ve durumu olumlu bakış açısıyla değerlendirmek olduğunu bildirmiştir. Aynı şekilde Khalid ve ark.'da (366), işyerindeki olumlu tutumun, personel stresini azaltmada en büyük etkiye sahip strateji olduğunu tespit etmişlerdir. Bir başka çalışmada ise, Xu ve ark. (367), klinisyenlerin en çok kullandıkları stratejilerin; normal yaşamı sürdürmek, durum kontrolünü devam ettirerek çözüm düşünmek ve bilgi aramak olduğunu bildirmişlerdir. Sonuç olarak sağlık çalışanları özelinde stresle başa çıkma tarzları hakkında yapılmış çalışmalar incelendiğinde, araştırmamızda ulaşılan sonuca benzer şekilde problem odaklı başa çıkma tarzlarının ortalamanın üzerinde değerler aldığı, duygu odaklı başa çıkma tarzlarının ise ortalamanın altında değerler aldığı görülmektedir. İlgili yazında problem

odaklı/etkili/olumlu başa çıkma tarzları ya da stratejilerin stres ile negatif bir ilişkisi söz konusu iken, duygu odaklı/etkisiz/olumsuz başa çıkma tarzları ya da stratejilerin ise stres ile pozitif bir ilişkisinin olduğu görülmektedir (184, 185, 364, 368). Bu nedenle bu bulguların, sağlık çalışanları açısından olumlu bir sonuç olduğu söylenebilir.

Çalışmada, katılımcıların iş tatmin puan ortalaması (3,60), ortalama puanın üzerinde bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının iş tatmin puanlarına ilişkin ulusal yazında ulaşılan sonuçlar incelendiğinde, Leblebeci ve Mutlu (369) tarafından, Türkiye'nin 10 ayrı ilindeki devlet hastanelerinde görevli sağlık çalışanları ile yürütülen çalışmada, katılımcıların genel iş tatmin puan ortalaması (2,89), ortalama puanın altında bulunmuştur. Soysal ve ark.'nın (238), Kahramanmaraş'ta bir özel hastanede görevli sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların iş tatmin puan ortalamasının (3,26) orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çelik ve Kılıç (256), Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görevli hemşirler ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların iş tatmin düzeylerinin (3,15) orta düzeyde olduğunu saptamıştır. Neşe ve Gündoğan (370), Adıyaman İl Ambulans Servisi'nde sahada görev yapan hastane öncesi sağlık personeli ile yürüttükleri çalışmada, katılımcıların iş tatmin puanlarının (2,79) düşük çıktığını belirtmiştir. Nal ve Nal (371), Kastamonu ilinde bir kamu hastanesinde görevli sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların iş tatmin puan ortalamasının (2,86) düşük çıktığını ifade etmiştir. Öztürk ve ark. (372) tarafından, bir kamu hastanesinde görevli sağlık çalışanlarıyla yürütülen çalışmada, katılımcıların iş tatmin puan ortalaması (3,05) orta düzeyde bulunmuştur. Yukarıda bahsedilen, ulusal yazında yer alan Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde, çeşitli sağlık kurumlarında gerçekleştirilmiş araştırma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının iş tatmin puan ortalamalarının, çoğunlukta orta düzeye yakın değerlerde olduğu görülmektedir.

Bu çalışmadaki iş tatmini ölçeğini oluşturan ifadelerin betimsel istatistiklerine bakıldığında, en yüksek ortalama 3,51 değerinde “İşteki her günüm hiç bitmeyecekmiş gibi gelir” ifadesine, en düşük ortalama ise 2,62 değerinde “İşimin oldukça tatsız olduğunu düşünürüm” ifadesine aittir. Bu iki ifadenin de işle ilgili olumsuz bir tutum içerdiği görülmektedir. Buna göre sağlık çalışanlarının aslında işlerini tatsız bulmadıkları fakat işteki günlerini bitmek bilmez gibi hissettikleri anlaşılmaktadır. Bu sonuca, çalışma

ortamının zorlayıcı koşulları, araştırma verilerinin Covid-19 pandemisi devam ederken toplanmış olması sebebiyle ulaşılmış olabileceği düşünülmektedir.

Uluslararası yazında Türkiye dışındaki ülkelerde, sağlık çalışanları ile gerçekleştirilmiş çeşitli çalışmalarda iş tatmin puanlarına yönelik sonuçlar incelendiğinde, Mengistu ve Bali'nin (232), Etiyopya'nın Shoa bölgesindeki kamu hastanelerinde görevli sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %34,9'u işinden memnun olduğunu, %65,1'i ise işinden memnun olmadığını belirtmiştir. Kolo (373) tarafından, Nijerya'nın Kano kentinde üçüncü basamak bir hastanede görevli sağlık çalışanlarıyla yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %90,4'ü işinden memnun olduğunu, %9,6'sı ise işinden memnun olmadığını belirtmiştir. Ikram ve ark. (249) tarafından, hekimler ile yürütülen çalışmada, katılımcıların %4,3'ü işinden memnun olmadığını, %36,5'i orta düzeyde memnuniyet duyduğunu, %59,2'si ise yüksek düzeyde memnun olduğunu belirtmiştir. Uluslararası yazında yer alan çalışma sonuçlarında, sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeylerinin farklılaştığı dikkat çekmektedir. Bu sonuçlardaki farklılık bölgesel, kurumsal, yönetsel veya bireysel faktörlerden hatta veri toplanan zaman diliminden dahi kaynaklanabilir. Bu farklılığın kesin olarak tespiti için farklı çalışmalara gereksinim olduğu, kesin bir çıkarım yapmanın mümkün olmadığı açıktır.

Çalışmada, katılımcıların yaşam tatmin puan ortalaması (3,11), ortalamaya yakın bir değerde bulunmuştur. Ulusal ve uluslararası yazın incelendiğinde, Tekir ve ark.'nın (248), Manisa Soma Devlet Hastanesinde görevli sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, 7'li likert ölçek ile değerlendirilen yaşam tatmin puan ortalaması (3,21), ortalamanın altında bulunmuştur. Atasoy ve Turani'nin (293), bir kamu hastanesinde görevli hemşire ve ebeler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların yaşam tatmin puan ortalaması (3,03), ortalamanın altında bulunmuştur. Keten Edis ve Keten'in (294), Covid-19 pandemisinde aktif görev alan sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, 5'li likert ölçek ile değerlendirilen yaşam tatmin puan ortalaması (2,58), ortalamanın altında bir değer bulunmuştur. Karahan ve Şimşekli Bakırhan'nın (306), bir ilde kamuya ait sağlık kurumlarında görevli sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların yaşam tatmin puan ortalaması (2,62) ortalamanın altında düşük bir değer çıkmıştır. Uluslararası yazında Ghazwin ve ark.'nın (374), İranlı hemşirler ile yürüttükleri çalışmada, katılımcıların %45'i hayatından

memnun olmadığını belirtmiş olup yazarlar tarafından katılımcıların yaşam tatmin düzeyleri düşük olarak yorumlanmıştır. Sanso ve ark.'nın (375), kamu hastanelerinde görevli İspanyol hemşireler ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların yaşam tatminlerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Zborowska ve ark.'nın (376), Polonyalı hemşireler ile gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %37,8'i düşük, %25,5'i orta, %36,7'si ise yüksek düzeyde yaşamdan memnuniyet duyduğunu ifade etmiştir. Stefanowicz-Bielska ve ark. (297) tarafından yapılan çalışmada, çalışmaya katılım gösteren hemşirelerin %23'ü yaşamdan düşük düzeyde, %44,1'i orta düzeyde, %32,9'u ise yüksek düzeyde memnuniyet duyduğunu belirtmiştir. Zakeri ve ark.'nın (377) İranlı hemşireler ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %45,4'ü hayatından memnun ya da çok memnun olduklarını belirtmiştir. Bahsedilen çalışmalardan, Türkiye'deki sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilenlerde, katılımcıların yaşam tatmin puanlarının, çoğunlukta ortalamaya yakın ya da ortalamanın aşağısında değerler aldığı görülmektedir. Türkiye dışındaki ülkelerdeki sağlık çalışanlarıyla yürütülen çalışmalarda ise ulaşılan sonuçların farklılaştığı dikkat çekmektedir. Bu sonucun ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılaştığı söylenebilir.

Bu çalışmada katılımcılar, yaşam tatmini ölçeğinden en yüksek puanı 3,51 ile "Hayatımdan memnunum" ifadesinden, en düşük puanı ise 2,62 ile "Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim" ifadesinden almışlardır. Buna göre katılımcıların hayatlarından memnun olmakla birlikte fırsatları olsa yaşamlarında değişiklik yapmak konusunda istekli oldukları söylenebilir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, araştırma değişkenlerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek için yürütülen analizler neticesinde, cinsiyet açısından psikolojik sağlamlık, sosyal desteğe başvurma ve yaşam tatmininde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Çalışmada, erkeklerin psikolojik sağlamlık düzeyleri, kadınlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Bir başka ifadeyle, sıkıntı oluşturan herhangi bir durumda, kadınlara kıyasla erkekler daha az etkilenmekte olup rutin yaşantılarına ve sorumluluklarına daha kolay bir şekilde devam edebilmektedirler. Erkeklerin herhangi bir durum ya da olaya, daha az duygusal daha çok mantıksal yaklaşabilmelerinden dolayı bu sonuca ulaşıldığı söylenebilir. İlgili yazında, bu çalışmayla hem aynı hem de tam tersi sonuçlara ulaşan araştırmaların olduğu görülmektedir. Örneğin, benzer olarak Kaya ve

ark.'nın (117) sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, erkeklerin psikolojik sağamlık düzeyi, kadınlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Bununla beraber Ayar ve Karaman'nın (129) hemşirelerle, zdemir ve Adıgzelin'in (109) ve Angın'nın (113) sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmalarda, katılımcıların psikolojik sağamlık düzeylerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşmamakla birlikte erkeklerin psikolojik sağamlıklarının, kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Karakaş ve ark.'nın (378), sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmada da cinsiyete göre psikolojik sağamlık düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşmazken, kadınların aldıkları puanlar, erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Farklı olarak zelik ve ztuna'nın (125), Franjic ve ark.'nın (133) sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmalarda ise kadınların psikolojik sağamlık puanlarının, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik sağamlık puanlarının, cinsiyete göre karşılaştırılmasında, yazında birbirinden farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu nedenle bu hususta bir genelleme yapmak mümkün görünmemektedir.

Kadınların stresle başa çıkma tarzlarından, sosyal desteğe başvurma puanları, erkeklerden anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. İlgili yazında da, bu çalışma ile benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin; elmece ve Işıklar'ın (166) hemşireler, Evgin ve ark.'nın (192) stajyer hemşireler ile, zevik Subaşı ve ark.'nın (169) ise sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarda da, kadın sağlık çalışanların sosyal desteğe başvurma alt boyutundan aldıkları puanlar, erkek sağlık çalışanlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Buna göre stresli bir durumla karşılaşıldığında, kadınlar erkeklerden daha çok sosyal desteğe başvurma tarzını kullanmaktadırlar. Bu sonuç, erkek ve kadınların farklı yaratılışta olmasından kaynaklanmış olabilir. Kadınların daha duygusal yapıda olması sebebiyle stresli durumla başa çıkmak için durumu paylaşarak fikir danışmaya veya destek aramaya daha çok başvurdukları söylenebilir.

Kadınların yaşam tatmin puanları, erkeklerden anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu alışma ile benzer olarak Ketan Edis ve Ketan'nın (294), Covid-19 pandemi sürecinde aktif görev sağlık çalışanlarıyla, Karahan ve şimşekli Bakırhan'nın (306) kamu sağlık kurumlarında görevli sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdikleri araştırmalarda da kadınların yaşam tatmin düzeyleri, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Qin ve ark.'nın (308), hemşirler üzerinde

gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların, cinsiyetleri açısından yaşam tatmin düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte kadınlar erkeklerden daha yüksek puan almıştır. Bu çalışmada elde edilen sonuçtan farklı olarak, Tekir ve ark.'nın (248) sağlık çalışanlarıyla, Sönmez Benli ve Yıldırım'ın (295) hemşirlerle, Tosun ve Çerev'in (18) 112 acil sağlık hizmeti personeli ile gerçekleştirdikleri çalışmalarda, katılımcıların, yaşam tatmin düzeylerinde cinsiyete göre anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte erkeklerin puanları kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Yaşam tatmin puanlarının, cinsiyete göre karşılaştırılmasında yazında birbirinden farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu nedenle bu hususta bir genelleme yapmak mümkün görünmemektedir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre yapılan karşılaştırmalarda, psikolojik sağlık, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Katılımcılardan evli olanların psikolojik sağlık düzeyi, bekarlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanları özelinde ilgili yazın incelendiğinde, psikolojik sağlık düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılığa ulaşan çalışmaya rastlanmamıştır. Özdemir ve Adıgüzel'in (109) hemşirler ile, Franjic ve ark.'nın (133) sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmalarda, katılımcıların medeni durumlarına göre psikolojik sağlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık oluşmamasına rağmen evli katılımcıların, bekar katılımcılardan daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Buna karşılık Ayar ve Karaman'ın (129) hemşirler ile, Asi Karakaş ve ark.'nın (378) ise sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmalarda da medeni duruma göre, psikolojik sağlık düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşmamasına rağmen bekar katılımcıların, evli katılımcılardan daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. İlgili yazında sağlık çalışanlarında medeni duruma göre, psikolojik sağlık düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşan başka bir çalışmaya rastlanmadığından, çalışma sonucunun yazına katkı sağlayacağı söylenebilir. Evli olanların kendine güvenli yaklaşım düzeyi, bekarlardan daha yüksek iken, bekarların da boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım düzeyleri evlilerden daha yüksek çıkmıştır. Bir başka ifadeyle, evli olanların problem odaklı başa çıkma tarzlarından, bekar olanların ise duygu odaklı başa çıkma tarzlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Bu çalışmada ulaşılan sonuçla benzer olarak Bozkurt Öz ve ark.'nın (379) hemşirlerle gerçekleştirdiği çalışmada, evli katılımcıların problem odaklı başa çıkma

tarzları alt boyutlarından aldıkları puanlar, bekar katılımcıların aldıkları puanlardan istatistiksel olarak daha yüksek çıkmıştır. Benzer şekilde Özçevik Subaşı ve ark.'nın (169) sağlık çalışanlarıyla yürüttükleri çalışmada da, evli olanların kendine güvenli yaklaşım düzeyi, bekarlardan daha yüksek çıkmıştır. Öztürk ve Dalgıç'ın (380) sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmada, %79,1'lik bir oran ile evli katılımcıların kendine güvenli yaklaşım düzeyini daha sık kullandıkları bulgulanmıştır. Bu çalışmada ulaşılan sonuçtan farklı olarak Kelle Dikbaş ve Okanlı'nın (194) hemşirlerle yürüttüğü çalışmada ise, bekarların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım düzeyleri, evlilerden anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Bununla birlikte ilgili yazında stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarında, medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla sonuçlanmamış çalışmaların olduğu da görülmektedir (18). Yazında stresle başa çıkma tarzlarının medeni duruma göre değerlendirilmesinde, birbirinden farklı sonuçlara ulaşan araştırmaların olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu hususta bir genelleme yapmak doğru olmayacaktır.

Evli katılımcıların iş tatmin puan ortalaması, bekar katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada ulaşılan sonuçla benzer olarak Yorulmaz ve ark.'nın (381) sağlık çalışanları ile, Leblebici ve Mutlu'nun (369) Türkiye'nin 10 ayrı ilindeki kamu hastanelerinde görevli sağlık çalışanları ile, Jathanna ve ark.'nın (382) bölge hastanelerinde görevli sağlık çalışanları ile yürüttükleri çalışmalarda da, evli katılımcıların bekar katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha yüksek iş tatmin düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Fakat bu çalışmaların aksine Işık ve ark.'nın (247) Türkiye genelinde 4396 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında ise, bekar katılımcıların evli katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha yüksek iş tatmin düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca ilgili yazında medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalarda, katılımcıların iş tatmin düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olmadığı araştırmalarda mevcuttur. Anlamlı farklılığın olmadığı bu çalışmaların bir kısmında, bekarlar evlilerden daha yüksek iş tatmin puan ortalamasına sahipken (234, 372), bir kısmında ise evlilerin bekarlardan daha yüksek iş tatmin puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (199, 383). Sağlık çalışanları özelinde iş tatmin düzeyinin medeni duruma göre karşılaştırılmasında, yazında birbirinden farklı sonuçlara ulaşmış araştırmaların olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, bu hususta bir genelleme yapmak doğru olmayacaktır.

Sağlık çalışanlarının yaşam tatmin düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılmasında, evli katılımcıların bekar katılımcılardan, anlamlı bir şekilde daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanları özelinde ilgili yazın incelendiğinde, bu çalışma dışında anlamlı farklılık tespit eden başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık çalışanları özelinde katılımcıların yaşam tatmin düzeyinde, medeni duruma göre anlamlı farklılıkların tespit edilmediği çalışmaların bir kısmında evlilerin yaşam tatmin puanları bekarlardan daha yüksek iken (18, 294, 295), bir kısmında ise bekarların yaşam tatmin puanları evlilerden daha yüksek bulunmuştur (248, 296). Sağlık çalışanı özelinde anlamlı farklılık tespit eden başka bir çalışmaya rastlanılmaması sebebiyle bu çalışma sonucunun yazına katkı sağlayacağı söylenebilir.

Çalışmada evli katılımcıların, psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iş tatmin ve yaşam tatmin düzeyleri, bekar katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum eşlerin psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden birbirlerine destek olması ile açıklanabilir. Ayrıca evli katılımcıların psikolojik sağlamlık ve kendine güvenli yaklaşım düzeylerinin daha yüksek olmasının, iş ve yaşam tatminine etki ettiği de söylenebilir.

Sağlık çalışanlarında yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmalarda, psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre, 51 yaş ve üzeri ardından 41-50 yaş aralığındaki katılımcılar, en yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahiptir. 18-25 yaş aralığındaki katılımcılar ise en düşük psikolojik sağlamlık düzeyine sahiptir. Anlamlı farklılıklar incelendiğinde, 51 yaş ve üzeri ile 41-50 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri, 18-25 ve 26-30 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Sağlık çalışanları özelinde ilgili yazın incelendiğinde, bu çalışma ile benzer sonuçlara ulaşan çalışmaların olduğu görülmektedir. Örneğin; Angın'ın (113) Covid-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanları ile yürüttüğü çalışmada, 41 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeyi, 18-30 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Özçelik ve Öztuna'nın (125) Covid-19 pandemisinde aktif görev alan sağlık çalışanları ile yürüttüğü çalışmada, 20-30 yaş aralığındaki katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyi, 41-50 yaş aralığındaki katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha düşük çıkmıştır. Marcolongo ve

ark.'nın (351) Covid-19 pandemi döneminde İtalyan sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada da en genç yaş grubunda, psikolojik sağlamlık düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiştir. İlgili yazındaki çalışmaların bir kısmında ise yaş grupları arasında psikolojik sağlamlık düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık oluşmamakla birlikte yaşça daha büyük olanların daha yüksek psikolojik sağlamlık puanına sahip olduğu görülmüştür (109, 113, 116, 129, 133). İlgili yazında, bu çalışmanın tam tersi bir sonuca ulaşan, herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buna göre mevcut çalışma, ilgili yazında yer alan sonuçları destekler niteliktedir. Yaşça daha büyük olanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olması, hem iş hem hayat tecrübesi olarak daha çok deneyime sahip olmaları ile açıklanabilir. Yaşça daha büyük olanların iş yaşantılarında ya da hayatlarında bir sıkıntı ile karşılaşmış ve onu atlattmış olmaları muhtemeldir. Psikolojik sağlamlık stresli ya da sıkıntılı durumlarda rutin yaşantıya devam edebilme, zorlu süreçlerde dahi olumlu uyum gösterebilme becerisidir. Yaşça daha büyük olanların sıkıntılı süreçlerin geçeceğini bilmeleri, bununla birlikte rutin sorumluluklara devam etme gerekliliğinin daha çok farkında olmaları, psikolojik sağlamlıklarının daha yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarından, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım alt boyutlarından aldıkları puanlarda, yaş grupları arasında anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Yaşça daha büyük sağlık çalışanlarının, her iki başa çıkma tarzından aldıkları puanlar, yaşça daha küçük sağlık çalışanlarına kıyasla anlamlı bir şekilde daha yüksektir. Bir başka ifade ile, sağlık çalışanlarının yaşları arttıkça problem odaklı başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım kullanımları artmaktadır. Yaşça daha büyük sağlık çalışanlarının, hem meslekte hem de hayatta daha uzun süredir var olması aslında daha çok stres, sıkıntı yaratıcı olaya, duruma şahit olması ya da yaşamış olması anlamına gelmektedir. Aynı zamanda bu durumların üstesinden gelmeye yardımcı olan yaklaşımların, davranışsal ve bilişsel çabaların neler olduğunu görmüş ve öğrenmiş olması da aynı şekilde daha muhtemeldir. Ayrıca çalışmada yaşça büyük olanların psikolojik sağlamlık düzeyleri de daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenlerle böyle bir sonuca ulaşıldığı söylenebilir. İlgili yazın incelendiğinde ise, bu çalışma ile benzer olarak Özçevik Subaşı ve ark.'nın (169), Türkiye'de görevli sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların yaşları arttıkça kendine güvenli yaklaşım paunlarının anlamlı bir şekilde arttığı tespit edilmiştir. 30 yaş ve üstü sağlık çalışanlarının kendine güvenli yaklaşım

düzeyi daha alt yaş gruplarından anlamlı bir şekilde daha yüksektir. İlgili yazında sağlık çalışanları özelinde, bu çalışma dışında iyimser yaklaşım alt boyutu ile ilgili anlamlı bir farklılık tespit eden başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buna göre iyimser yaklaşım tarzı açısından ulaşılan sonucun, yazına katkıda bulunacağı söylenebilir. Bununla birlikte Çankaya ve Çiftçi'nin (191) hemşirelerle, Sülemiş ve Dönmez'in (354) bir üniversite hastanesinde görevli kadın sağlık çalışanlarıyla, Okçuoğlu Tosun'nun (18) ise yönetici hemşirelerle yürüttükleri çalışmalarında ise katılımcıların stresle başa çıkma tarzlarına ilişkin puanlarında, yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmektedir.

Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre, öncelikle 51 yaş ve üzerindeki ardından 41-50 yaş aralığındaki sağlık çalışanları, en yüksek iş tatmin puanlarına sahipken, en düşük iş tatmini puanı ise 26-30 yaş aralığındaki katılımcılara aittir. Arıkan ve ark.'ı (384), iş yaşamına genç yaşta başlayan bireylerde iş tatmin düzeyinin erken yaşlarda yüksek olduğunu, orta yaşlara doğru iş tatmin düzeyinin düştüğünü, çalışma hayatının sonralarına doğru, yaş arttıkça ise iş tatmin düzeyinin tekrardan arttığını belirtmişlerdir. Mevcut çalışmaya göre en yüksek ve en düşük iş tatmin düzeylerine ilişkin bulguların, Arıkan ve ark.'nın ulaştığı sonucu destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Anlamlı farklılıklar incelendiğinde, 41-50 yaş aralığındaki katılımcıların, 18-25 ile 26-30 yaş aralığındaki katılımcılardan, 51 yaş ve üzerindeki katılımcıların ise 26-30 yaş aralığındaki katılımcılardan iş tatmin düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmada ayrıca yaşça daha büyük katılımcıların problem odaklı başa çıkma tarzları kullanımının da anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İşle ilgili stresi etkili bir şekilde yönetmeyi başaran yaşça daha büyük sağlık çalışanlarının, iş tatmin düzeylerinin de daha yüksek olduğu söylenebilir. Yaşça daha büyük sağlık çalışanlarının, kariyer hedeflerine ulaşmış olmaları da daha muhtemeldir. Belli bir kariyerde, konumda olmak kazanılan maaşa da etki edecektir. Sayılan bu unsurlar, iş tatmin düzeylerinin daha yüksek çıkmasında etkili olmuş olabilir. İlgili yazın incelendiğinde ise, bu çalışma ile benzer sonuçlara ulaşmış araştırmaların olduğu görülmüştür. Örneğin; Çelik ve Kılıç'ın (256) bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerle gerçekleştirdikleri çalışmada, 36 yaş ve üstü hemşireler en yüksek iş tatmin düzeyine sahipken, 24-29 yaş aralığındaki hemşireler en düşük iş tatmin düzeyine sahiptir. Ayrıca bu iki yaş grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Erşan ve ark. (385), Çelik ve Hisar (386), Karasu ve ark.'nın (387) da hemşirelerle yürüttükleri çalışmalarda yaş ilerledikçe bir önceki kuşağa kıyasla iş

tatmininin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Leblebici ve Mutlu (369) tarafından sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen çalışmada, 30 yaş ve altındaki katılımcıların iş tatmin düzeyleri, 31-35 yaş aralığı , 36-40 yaş aralığı ile 41 yaş ve üstü katılımcılardan anlamlı bir şekilde daha düşük çıkmıştır. Tekir ve ark.'nın (248) bir devlet hastanesinde görevli sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada, 40 yaş ve üzeri katılımcıların, diğer yaş gruplarındaki sağlık çalışanlarına kıyasla iş tatmin düzeylerinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öztürk ve ark.'nın (372), bir kamu hastanesinde görevli sağlık çalışanları ile yürüttükleri çalışmada, 18-25 yaş aralığındaki katılımcıların iş tatmin düzeyleri, 36-40 yaş aralığı ile 41 yaş ve üzerinde olan katılımcılardan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

İlgili yazında, bu çalışmadan farklı sonuçlara ulaşmış çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; Nal ve Nal (371) tarafından bir kamu hastanesindeki sağlık çalışanları ile yürütülen çalışmada, 36-50 yaş aralığındaki katılımcılar en yüksek iş tatmin düzeyine sahipken, 51-65 yaş aralığındaki katılımcılar en düşük iş tatmin düzeyine sahip olup bu iki grup arasındaki farkta istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Mengistu ve Bali (388) tarafından, Etiyopyalı kamu sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen çalışmada, 30 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının, 30 yaş altındaki sağlık çalışanlarından daha düşük iş tatmin düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Tu Quyen ve ark. da (233), Vietnamlı kamu sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında, yaş arttıkça iş tatmin düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Işık ve ark.nın (247), Türkiye genelinde sağlık çalışanları ile yürüttükleri çalışmada da, 30 yaş ve altındaki katılımcıların, 31-40 yaş aralığı ile 41 yaş ve üzeri katılımcılardan; 31-40 yaş aralığındaki katılımcıların ise 41 yaş ve üzerindeki katılımcılardan iş tatmin düzeyleri anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bir başka ifadeyle yaş arttıkça iş tatmin düzeyinin anlamlı bir şekilde azaldığını tespit etmişlerdir. İlgili yazında ayrıca, sağlık çalışanlarında iş tatmin düzeyinin yaşa göre karşılaştırılmasında, anlamlı farklılıklara ulaşmamış çalışmaların olduğu da tespit edilmiştir. (234, 322, 373, 389). Tüm bu sonuçlardan, sağlık çalışanları özelinde, iş tatmin düzeyinin yaşa göre incelendiği araştırmalarda, farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu nedenle, bu hususta bir genelleme yapmak doğru olmayacaktır.

En yüksek yaşam tatmin puanına 51 yaş ve üzeri ardından da 41-50 yaş aralığındaki sağlık çalışanları; en düşük yaşam tatmin paunına ise 26-30 yaş aralığındaki sağlık çalışanları sahiptir. 26-30 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının yaşam tatmin düzeyleri, 31-40 ve 41-50 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha

düşüktür. Çalışmada elde edilen sonuca göre, yaşça daha büyük sağlık çalışanlarının yaşam tatmin düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Daha ileri yaştaki sağlık çalışanlarının yaşamda maddi veya manevi isteklerine, hedeflerine ulaşmış olma ihtimali daha muhtemeldir. Ayrıca yaşam tecrübesinin getirdiği bilinçle her şeye daha olumlu bir bakış açısıyla yaklaşma da söz konusu olabilir. Bu gibi nedenlerle böyle bir sonuca ulaşıldığı söylenebilir. İlgili yazın incelendiğinde, bu çalışma ile benzer olarak Qin ve ark.'nın (308) Çin'in Güneybatı bölgesindeki hemşirler ile yürüttükleri çalışmada da 30 yaş ve altında olan hemşirelerin yaşam tatmin düzeyi, 31-39 yaş aralığı ile 40 yaş ve üzerinde olan hemşirelerden anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur. Fakat Yıldırım alp ve ark.'nın (296) Kocaeli ve Sakarya illerinde, hem özel hem de kamuda görevli hemşirlerle gerçekleştirdikleri çalışmada ise 26-32 yaş aralığındaki hemşirelerin, 33-40 yaş aralığı ile 41 yaş ve üzerindeki hemşirelerden anlamlı bir şekilde daha yüksek yaşam tatmin düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca ilgili yazında, sağlık çalışanlarının yaşam tatmin düzeylerinin yaşa göre değerlendirildiği fakat anlamlı farklılıkların tespit edilmediği çalışmaların olduğu da görülmektedir (18, 248, 294, 295). Buna göre, sağlık çalışanları özelinde yaşam tatmin düzeyinin yaşa göre karşılaştırılmasında, farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu nedenle, bu hususta bir genelleme yapmak doğru olmayacaktır.

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeylerine göre yapılan karşılaştırmalarda, araştırma değişkenlerinden kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve iş tatmin düzeylerinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Lisansüstü mezunları kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımda en düşük ortalamaya sahipken, boyun eğici yaklaşımda en yüksek ortalamaya sahiptir. Lise mezunları ise kendine güvenli yaklaşımda en yüksek ortalamaya, boyun eğici yaklaşımda ise en düşük ortalamaya sahiptir. Katılımcılardan lisansüstü mezunu olanların, lise ve önlisans mezunlarına kıyasla kendine güvenli yaklaşım puanı daha düşüktür. Katılımcılardan önlisans mezunu olanların, lisansüstü ve lisan mezunlarına kıyasla iyimser yaklaşım puanı daha yüksektir. Boyun eğici yaklaşım açısından ise lisansüstü mezunlarının puanı, lise ve lisans mezunlarından daha yüksektir. İlgili yazın incelendiğinde bu çalışmada elde edilen sonuçtan farklı olarak Bozkurt Öz ve ark.'nın (165) hemşirler ile yürüttükleri çalışmada, lisansüstü mezuniyete sahip olanların, problem odaklı ve duygusal destek arama puanları diğer gruplardan anlamlı bir şekilde daha

yüksek bulunmuştur. Çankaya ve Çiftçi'nin (191), Çelmeçe ve Işıklar'ın (166) hemşirelerle, Okçuoğlu Tosun'nun (390) ise yönetici hemşirelerle gerçekleştirdikleri çalışmalarda, katılımcıların eğitim düzeyine göre stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarının hiçbirinde anlamlı farklılıklara ulaşılmamıştır. Sağlık çalışanları özelinde, ilgili yazında bu çalışma ile benzer sonuca sahip herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu noktada çalışma sonuçlarının yazına katkıda bulunacağı söylenebilir. Çalışmada ulaşılan sonuca göre, lise mezunları, problem odaklı başa çıkma tarzlarından daha yüksek, duygu odaklı başa çıkma tarzlarından ise daha düşük puanlar almışlardır. Bu durum lise mezunu katılımcıların, meslek hayatına daha erken atılmış olmalarıyla açıklanabilir. Daha uzun süre meslek hayatında görev almak, o süreçte daha çok vaka ile karşılaşmak onlara tecrübe kazandırmış, sorunlarla başa çıkabilecek yaklaşımları kazanmalarına katkıda bulunmuş olabilir.

Katılımcıların yaşam tatmin puanlarına bakıldığında lise mezunlarının en yüksek puana, önlisans mezunlarının ise en düşük puana sahip olduğu görülmektedir. Lise mezunlarının yaşam tatmin düzeyleri, önlisans ve lisans mezunlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Lise mezunlarının çok daha erken yaşta iş hayatına atılmaları, kendi paralarını kazanmaları, diğerlerine kıyasla eğitime daha az emek harcamalarından dolayı beklentilerinin daha düşük olması gibi sebepler, sonucun bu şekilde çıkmasına neden olmuş olabilir. İlgili yazında, bu çalışmadan farklı olarak Atasoy ve Turani'nin (293) ebe ve hemşirler ile yürüttükleri çalışmada, lise mezunlarının lisansütü mezunlarına kıyasla yaşam tatmin düzeyleri anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur. Qin ve ark. da (308) hemşirler ile yürüttükleri çalışmada, katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça yaşam tatmin düzeylerinin arttığını, ayrıca lisansütü mezunların anlamlı olarak diğerlerinden daha yüksek yaşam tatmin düzeyine sahip olduğunu tespit etmişlerdir. Tekir ve ark.nın (248) bir devlet hastanesindeki sağlık çalışanları ile, Keten Edis ve Keten'in (294) pandemi döneminde aktif görev alan sağlık çalışanları ile, Tosun ve Çerev'in (18) 112 acil sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmalarda ise katılımcıların yaşam tatmin düzeyleri, eğitim düzeylerine göre, anlamlı bir şekilde farklılaşmamıştır. Sağlık çalışanları özelinde ilgili yazında, bu çalışma ile benzer sonuca sahip herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktada çalışma sonuçlarının yazına katkıda bulunacağı söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre yapılan karşılaştırmalarda, araştırma değişkenlerinden kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve iş tatmin düzeylerinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada meslek grupları hekim, hemşire ve diğerleri olmak üzere üç grupta incelenmiştir.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre, hekimler kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım alt boyutlarında en düşük ortalamaya sahipken, boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım alt boyutlarında en yüksek ortalamaya sahiptir. Meslek grupları arasındaki anlamlı farklılıklar incelendiğinde, hekimlerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım düzeyleri hemşire ve diğer meslek gruplarından daha düşüktür; boyun eğici ve çaresiz yaklaşım düzeyleri ise hemşire ve diğer meslek gruplarından daha yüksektir. Bu çalışma ile benzer olarak Özçevik Subaşı ve ark.'nın (169), Türkiye'de pandemi döneminde, sağlık çalışanları ile yürüttükleri çalışmada, hekimlerin çaresiz yaklaşım düzeylerinin, hemşirelerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma dışında, ilgili yazında, stresle başa çıkma tarzlarının meslek gruplarına göre incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktada, mevcut çalışma sonuçlarının yazına katkı sağlayacağı söylenebilir. Sağlık çalışanı olarak hekimler, bilgi asimetrisi kaynaklı hastalığın teşhisi, tedavisi ve bakımı noktasında hasta adına karar veren konumundadır. Bu nedenle, her bir bireyin sağlığı konusunda, daha fazla sorumluluk üstlendikleri söylenebilir. Diğer sağlık çalışanları ise hekim tarafından belirlenen tedavinin ve bakımın sağlanması noktasında hizmet sunmaktadır. Bir hastalığın tedavisinde, elbetteki tüm tetkiklerin, hasta bakımının ve diğer tüm destek hizmetlerin doğru ve etkili bir şekilde yerine getirilmesi çok önemlidir. Esasında sağlık hizmeti sunumu, bir ekip işidir. Fakat hekimlerin karar verici olarak her bir hasta adına üstlendikleri bu sorumluluk, diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha fazla stres yaşamasına yol açarak onları bu stresle başa çıkma konusunda savunmasız hale getirmiş ve yorulmalarına neden olmuş olabilir.

Çalışmada en düşük iş tatmin ortalamasına hekimler, en yüksek iş tatmin ortalamasına ise diğer sağlık çalışanları grubundakiler sahiptir. Anlamlı farklılıklar incelendiğinde, diğer sağlık çalışanlarının hem hemşireler hem de hekimlerden daha yüksek iş tatmin düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada ulaşılan bu sonucun yukarıda bahsedilen sebeple ilişkili olduğu söylenebilir. Hekimler alınan sorumluluk nedeniyle daha fazla stres yaşayarak çaresiz bir halde hissetmiş olabilirler. Nitekim duygu

odaklı başa çıkma tarzları, diğer meslek gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. İşteki bu stresin kontrol edilememesinin, iş tatmin düzeyini etkilediği söylenebilir.

İlgili yazın incelendiğinde ise, Yorulmaz ve ark.'nın bir üniversite hastanesinde görevli sağlık çalışanları ile yürüttükleri çalışmada, hekimlerin en yüksek iş tatmin düzeyine, hemşirelerin ise en düşük iş tatmin düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca sağlık memuru ve teknikerlerin iş tatmin puanı, hemşirelerden anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Küçükkendirici ve ark.'nın (391) Konya'da kamuda görevli sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada, teknik ve yardımcı hizmetlerde çalışanların iş tatmin düzeyleri, genel ve sağlık hizmetlerinde çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Diakos ve ark.'nın (392) pandemi sürecinde Yunanistanlı sağlık çalışanları ile yürüttükleri çalışmada, anlamlı bir şekilde paramediklerin, hekim ve hemşirelerden, hekimlerin ise hemşirelerden daha yüksek iş tatmin düzeylerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Galanis ve ark.'nın (235), sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada, anlamlı bir şekilde hemşirelerin iş tatmin düzeyinin, diğer sağlık çalışanlarından daha düşük olduğu bulunmuştur. Özaydın ve ark.'nın (199) bir üniversite hastanesinde görevli sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, hasta bakımında görev almayan, idari vb. işlerde görev alan sağlık çalışanlarının oluşturduğu “diğer” grupta yer alan sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeyi, hekim, hemşire ve teknisyenlerden daha yüksek çıkmıştır. Leblebici ve Mutlu'nun (369) sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, diğer kategorisinde yer alan sağlık çalışanlarının iş tatmin düzeyi sağlık teknisyenlerinden anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Işık ve ark.'nın (247) Türkiye genelinde sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada, hemşirelerin iş tatmin düzeyi, sağlık teknikerlerinden anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca anlamlı bir şekilde olmasa da hemşirelerin iş tatmin puanı hekimlerden de daha yüksek çıkmıştır. Abdullah ve ark.'nın (393) çalışmasında ise hekimlerin iş tatmin düzeyi diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca yazında sağlık çalışanlarının, iş tatmin düzeylerinin, meslek gruplarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı çalışmaların olduğu da görülmektedir (234, 372, 373). İlgili yazındaki tüm bu çalışmalara bakıldığında, öncelikle araştırmalardaki sağlık çalışanları gruplarının sınıflandırılmasında farklılıkların olduğu, standart bir sınıflandırmanın olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte çalışma sonuçlarının da birbirinden farklılaştığı, bu çalışmada elde edilen sonuçla hem benzerlik hem de farklılık gösteren

Çalışmaların olduğu görülmektedir. Bu nedenle iş tatmin düzeylerinin meslek gruplarına göre karşılaştırılmasında bir genelleme yapmak doğru olmayacaktır.

Sağlık alışanlarının çalıştıkları birime göre yapılan karşılaştırmalarda, araştırma değişkenlerinden kendine güvenli yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada, çalışma birimleri servis, poliklinik, yoğun bakım, acil ve diğer olmak üzere beş gruba ayrılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre, diğer birimlerde çalışanlar en yüksek, acilde çalışanlar ise en düşük kendine güvenli yaklaşım düzeyine sahiptir. Ayrıca diğer birimlerde çalışanların kendine güvenli yaklaşım düzeyi, serviste çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Hasta tedavisinde aktif görev almayan destek hizmeti sağlayan, hasta ile iletişimi daha az olan ya da yapılacak işlerin daha rutin ve belli olduğu birimlerde çalışanların, kendine güvenli yaklaşım düzeyi daha yüksek çıkmış olabilir. Aciller hasta hareketliğinin en yoğun olduğu ve 7/24 sağlık hizmet sunumunun sağlandığı birimlerdir. Ne zaman, hangi şiddette bir hastanın geleceği belirsizdir. Çok kritik hastalara tedavi vermek durumunda kalabilmektedirler. Ayrıca hasta yakınlarının stres seviyelerinin de daha yüksek olabileceği birimlerdir. Polikliniklerde ise gündüz mesai saatleri içerisinde, acildeki hasta profiline kıyasla daha iyi durumda hastalara hizmet sunulmaktadır. Sayılan bu unsurların araştırma sonucunun nedenleri olabileceği düşünülmektedir. İlgili yazın incelendiğinde, bu çalışma ile benzer olarak zevik Subaşı ve ark.'nın (169) sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, idari birimlerde görevli sağlık çalışanlarının, diğer tüm birimlerdeki sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek kendine güvenli yaklaşım düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. İlgili yazında, çalışılan birime göre, sağlık çalışanlarının stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu hususta, çalışma sonuçlarının yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre, acilde çalışanlar en düşük iş tatmin düzeyine sahipken, diğer birimlerde çalışanlar en yüksek iş tatmin düzeyine sahiptir. Yukarıda da bahsedildiği gibi acil birimleri kesintisiz sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştiği ve nöbet vardiya usulüne göre çalışılan birimlerdir. Acil alışanlarının, daha kritik hasta profili ile karşılaşma durumu vardır. Aynı zamanda durumu daha acil ve kritik hasta yakınlarının şiddetine uğrama ihtimalleri de ne yazıkki daha yüksektir. Sayılan bu unsurlar acil çalışanlarının iş tatmin düzeylerini etkiliyor olabilir. Çalışmada, diğer birimlerde görevli

sağlık çalışanlarının, acil, yoğun bakım, servis ve poliklinikte görevli sağlık çalışanlarından anlamlı bir şekilde daha yüksek iş tatmin düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada “diğer” birimde çalışanların çoğunluğu laboratuvar ve görüntüleme görevli teknisyen ve teknikerlerden oluşmaktadır. Bu bilgi göz önünde bulundurulursa, diğer birimlerde çalışanların hasta bakımı ve tedavisinde hasta ile iletişimi daha sınırlıdır. Hasta bakımı ve tedavisinde hekim ve hemşireler kadar aktif bir rol almamaktadırlar. Daha çok hekim tarafından istenilen tetkiklerin sağlanması noktasında hasta tedavisine katkı sağlamaktadırlar. Çalışma verilerinin Covid-19 pandemisi devam ederken toplandığı göz önünde bulundurulursa, diğer birimlerde çalışanların virüs bulaşma riski açısından kendilerini daha güvende hissettikleri için iş tatmin düzeyleri, acil, servis, poliklinik ve yoğun bakım birimlerinde çalışanlara göre daha yüksek bulunmuş olabilir.

İlgili yazın incelendiğinde, bu çalışma sonucu ile benzer olarak, Öztürk ve ark.’nın (372) sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, laboratuvar çalışanlarının iş tatmin düzeyi, poliklinik ve servis çalışanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yorulmaz ve ark.’nın (381), bir üniversite hastanesinde görevli sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, en yüksek iş tatmin düzeyi diğer birimlerde ve radyoloji biriminde çalışanlara ait olmakla birlikte, bu birimlerde çalışanların iş tatmin düzeyleri servislerde çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hassoy ve Özvurmaz’ın (234) bir devlet hastanesinde görevli sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada ise, sağlık çalışanlarının görev birimine göre iş tatmin düzeylerinde anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Bu iki örnek dışında, yazında sağlık çalışanlarının birim yerlerine göre, iş tatmin düzeylerinin incelendiği başka bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu hususta, çalışma bulgularının yazına katkı sağlayacağı söylenebilir.

Poliklinikte çalışanlar en yüksek yaşam tatmin düzeyine, acilde çalışanlar ise en düşük yaşam tatmin düzeyine sahiptir. Anlamlı farklılık ise servis ve diğer birimlerde çalışanlar arasında gerçekleşmiştir. Buna göre diğer birimlerde çalışanlar, servis çalışanlarından daha yüksek yaşam tatmin düzeyine sahiptir. İlgili yazın incelendiğinde, Atasoy ve Turani’nin (293) bir devlet hastanesinde görevli ebe ve hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada, poliklinikte görevli çalışanların yaşam tatmin düzeyi, serviste görevli olanlardan anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur. İlgili yazında, birime göre sağlık çalışanlarının yaşam tatmin düzeylerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya

rastlanmamıştır. Bu hususta, çalışma sonuçlarının yazına katkı sağlayacağı söylenebilir. Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre, acilde çalışanların stresle başa çıkma da en düşük problem odaklı yaklaşıma ve en düşük iş tatmin düzeyine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Stresle etkili başa çıkamamak ve iş tatmin düzeyinin düşük olması, yaşam tatmin düzeyini de etkilemiş olabilir. Bu nedenle yaşam tatmin düzeylerinin düşük çıkması da yukarıda bahsedilen aynı nedenlerle açıklanabilir.

Sağlık çalışanlarının görev yaptıkları hastanene türüne göre yapılan karşılaştırmalarda, araştırma değişkenlerinden psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Üniversite hastanesinde görevli sağlık çalışanları en düşük, özel hastanede görevli sağlık çalışanları ise en yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahiptir. Anlamlı farklılıklara göre üniversite hastanesi çalışanları, devlet ve özel hastane çalışanlarından daha düşük psikolojik sağlamlık düzeyine sahiptir.

Üniversite hastanesi sağlık çalışanlarının, problem odaklı başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım ile iyimser yaklaşımda en düşük, duygu odaklı başa çıkma tarzlarından boyun eğici ve çaresiz yaklaşımda ise en yüksek ortalamalara sahip olduğu bulunmuştur. Üniversite sağlık çalışanları, devlet ve özel hastane sağlık çalışanlarından daha düşük kendine güvenli yaklaşım düzeyine sahiptir. Buna karşılık üniversite sağlık çalışanlarının çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım düzeyi ise devlet hastanesi çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcılardan devlet hastanesinde çalışanlar en yüksek iş tatmin düzeyine, üniversite hastanesinde çalışanlar ise en düşük iş tatmin düzeyine sahiptir. Bununla birlikte devlet hastanesi çalışanlarının iş tatmin düzeyi anlamlı bir şekilde üniversite hastanesi çalışanlarından daha yüksek bulunmuştur.

Devlet hastanesinde görevli sağlık çalışanları en yüksek yaşam tatmini düzeyine, üniversite hastanesinde görevli sağlık çalışanları ise en düşük yaşam tatmini düzeyine sahiptir. Bununla birlikte devlet hastanesi çalışanlarının yaşam tatmin düzeyi, üniversite hastanesi çalışanlarından anlamlı olarak daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının görev yaptığı kuruma göre yapılan karşılaştırmalarda, araştırma değişkenlerinde ortaya çıkan bu sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde,

üniversite hastanesi çalışanlarının olumlu olarak değerlendirilen çıktılarından daha düşük, olumsuz olarak değerlendirilen çıktılarından ise daha yüksek puan aldığı dikkat çekmektedir. Üniversite hastaneleri, 3. basamak sağlık kuruluşları olup hem sağlık hizmet sunumunun sağlandığı hem de sağlık eğitiminin verildiği kurumlardır. Üniversite hastanesine başvuran hastalar daha komplike vakalar olabilmektedir. Ayrıca daha ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda da devlet hastanelerinden, üniversite hastanelerine sevk gerçekleşebilmektedir. Fakat üniversite hastanelerinde böyle bir durum söz konusu değildir. Üniversite hastane klinik yapılanmalarında, anabilim dalı başkanlığından asistanlığa doğru hiyerarşik bir düzen söz konusu olması sebebiyle, çalışırken tam bir otonomi söz konusu değildir. Bu çalışmada, üniversite hastanesindeki hekim grubunun büyük çoğunluğu uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerden oluşmaktadır. Asistan hekimlerin ise, nöbet sıklıkları, çalışma sürelerinin uzunluğu, ücret politikasındaki farklılıklar gibi, iş koşullarını daha zorlaştırıcı unsurlar söz konusudur. Sayılan tüm bu unsurların, çalışılan kuruma göre yapılan karşılaştırmada ulaşılan sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. İlgili yazın incelendiğinde ise, yürütülen çalışmaların genelde tek bir sağlık kurumunda gerçekleştirildiği görülmüştür. Bu çalışma dışında, ilgili yazında, sağlık çalışanlarının görev yaptığı kuruma göre, psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktada, çalışma sonuçlarının yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sağlık sektöründe toplam çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda, sağlık çalışanlarının, araştırma değişkenlerinden psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, iş tatmini ve yaşam tatmini düzeylerinde anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Çalışmada sektör çalışma süre aralıkları; 1-10, 11-20, 21-30, 31-40 yıl ile 41 yıl ve üzeri olarak kategorilendirilmiştir.

Sektörde 31-40 yıl arası çalışanlar en yüksek, 41 yıl ve üzeri çalışanlar ise en düşük psikolojik sağlamlık düzeyine sahiptir. Sektörde 1-10 yıl arası çalışanların, 11-20 ve 21-30 yıl arası çalışanlardan daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanları özelinde ilgili yazın incelendiğinde, sektördeki toplam çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda, katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür (125, 126, 129, 378). Bu hususta, çalışma sonucunun yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Esasında çalışmada yaşça daha büyük olanların daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olması gibi sektörde de daha uzun süredir çalışanların daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olması beklenebilirdi. Fakat öyle bir sonuca ulaşılmadı. Bunun nedeni olarak verilerin Covid-19 pandemisi devam ederken toplanmış olması, virüsün ileri yaştaki bireyler için daha büyük risk oluşturması sebebiyle böyle bir sonuca ulaşıldığı söylenebilir.

Sektörde 1-10 yıl arası çalışanlar en düşük, 31-40 yıl arası çalışanlar ise en yüksek kendine güvenli ve iyimser yaklaşım düzeyine sahiptir. Sektörde 1-10 yıl arası çalışanların kendine güvenli yaklaşım düzeyi 11-20, 21-30 ve 31-40 yıl arası çalışanlardan anlamlı olarak daha düşüktür. Sektörde 1-10 yıl arası çalışanların iyimser yaklaşım düzeyi ise 21-30 ve 31-40 yıl arası çalışanlardan anlamlı olarak daha düşüktür. Sektörde daha az süredir çalışanların, iş tecrübelerinin daha az olması bu sonucun nedeni olabilir. İlgili yazın incelendiğinde, bu çalışma ile benzer şekilde, Çelmece ve Işıklar'ın (166) hemşirler ile gerçekleştirdiği çalışmada, sektörde 11 yıl ve üzeri çalışanların aktif planlama ve dış yardım arama puanları, 6-10 yıl arası çalışanlardan daha yüksektir. Okçuoğlu Tosun'un (390) yönetici hemşirelerle gerçekleştirdiği çalışmada da, sektörde 21 yıl ve üzeri çalışanların kendine güvenli yaklaşım düzeyi, daha az süredir çalışanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Fakat bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Sülemiş ve Dönmez (354) bir üniversite hastanesinde görevli kadın hemşirler ile yürüttüğü çalışmada, sektörde 0-4 yıl arası çalışanların stres karşısında problem odaklı/aktif yöntem kullanma sıklığı, meslekte 5 yıl ve üzeri süre geçirenlere göre 2,05 kat daha fazla bulunmuştur. İlgili yazında farklı sonuçlara ulaşmış çalışmaların olması nedeniyle bu hususta bir genelleme yapmak doğru olmayacaktır.

Katılımcılardan sektörde 41 yıl ve üzeri çalışanlar en düşük iş tatmin düzeyine sahipken, 31-40 yıl arası çalışanlar ise en yüksek iş tatmin düzeyine sahiptir. Sektörde 1-10 yıl arası çalışanların iş tatmin düzeyi, 11-20, 21-30 ve 31-40 yıl arası çalışanlardan anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur. Sektörde diğerlerine göre daha uzun süre çalışmış olanlar, belli kariyer hedefine ulaşmış, kendilerini ispat etmiş olabilirler. Böylelikle, iş çevresinde ya da toplumda belli bir saygınlık kazanmış olmaları da muhtemeldir. Ayrıca konum olarak daha iyi bir yerde olmaları neticesinde alınan ücretlerin de daha iyi düzeyde olması beklenen bir durumdur. Bu sebeple meslekte daha uzun süre çalışanların iş tatmin düzeyi daha yüksek bulunmuş olabilir. İlgili yazın incelendiğinde, bu çalışmadan farklı olarak Yorulmaz ve ark.'nın (381) bir üniversite

hastanesinde görevli sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada, sektörde daha az süre çalışanların iş tatmin düzeyleri daha çok çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Eminoglu ve Duruk'un (394) bir devlet hastanesinde görevli hemşirler ile gerçekleştirdiği çalışmada, meslekte 1 yıldan az çalışanların, 1-5 ve 6-10 yıl arasında çalışanlara göre iş tatmin düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte sektörde toplam çalışma yılına göre iş tatmin düzeylerinin karşılaştırıldığı çeşitli çalışmalarda anlamlı farklılıklara ulaşılmadığı da görölmüştür (231, 234, 322, 373). Fakat yazında bu çalışma sonucu ile benzer çıktıya sahip bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu noktada, çalışma sonuçlarının yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada ulaşılan sonuçlara göre, sektörde 1-10 yıl arası çalışanlar en düşük yaşam tatmin düzeyine sahip olmakla birlikte, sektörde 11-20 ve 21-30 yıl arası çalışanlardan da anlamlı bir şekilde daha düşük yaşam tatmin düzeyine sahiptir. Sektörde daha yeni olanların işin kendisine ve iş çevresine adapte olma ve düzen kurma noktasında daha fazla çaba harcaması gerekmektedir. Diğer alışanlara göre kariyer ve kıdem konusunda da henüz başlangıç noktasında oldukları için hem meslekte tanınırlık, saygınlık hem de maddi açıdan daha dezavantajlı olmaları diğerlerine kıyasla yaşam tatmin puanlarının daha düşük olmasına sebep olmuş olabilir. Nitekim bu çalışmada, sektörde 1-10 yıl arası çalışanların, iş tatmin düzeyi de daha düşük bulunmuştur. İlgili yazın incelendiğinde, bu çalışma ile benzer olarak Karahan ve şimşekli Bakırhan (306) sağlık çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada, sektörde çalışma yılı arttıça katılımcıların yaşam tatmin düzeylerinin de arttığını tespit etmişlerdir. İlgili yazında ayrıca çalışanların toplam çalışma süresine göre, yaşam tatmin düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı çalışmalara da rastlanmıştır (248, 294, 295). Sağlık alışanlarının sektörde çalışma süresine göre yaşam tatmin düzeyinin incelendiği sınırlı sayıda çalışma olması sebebiyle, bu araştırma sonucunun yazına katkı sağlayacağı söylenebilir.

Çalışmanın temel amacı doğrultusunda psikolojik sağamlık, stresle başa çıkma tarzları ve yaşam tatmini arasındaki toplam, doğrudan ve dolaylı nedensellik ilişkilerini tespit etmeye yönelik kurulan kavramsal Model-1'in analizi neticesinde ulaşılan nihai bulgular şu şekildedir:

- Psikolojik sağamlık ve stresle başa çıkma tarzları birlikte, yaşam tatminin yaklaşık %20'lik kısmını açıklamaktadır. Stresle başa çıkma tarzlarından, iyimser

yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini arasındaki ilişkide anlamlı bir şekilde kısmi aracılık etmektedir.

- Psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,502$), iyimser yaklaşım ($\beta=0,463$) ve yaşam tatminini ($\beta=0,248$) anlamlı olarak pozitif yönde etkilerken; boyun eğici ($\beta=-0,303$) ve çaresiz yaklaşımı ($\beta=-0,499$) ise anlamlı olarak negatif yönde etkilemektedir.

- Stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli ($\beta=0,097$) ve iyimser ($\beta=0,134$) yaklaşım, yaşam tatminini anlamlı olarak pozitif yönde etkilerken; boyun eğici yaklaşım ($\beta=-0,103$) ise yaşam tatmini anlamlı fakat negatif yönde etkilemektedir.

- Kavramsal Model-1'e ilişkin toplam, doğrudan ve dolaylı etkilere bakıldığında; yaşam tatmini üzerinde psikolojik sağlamlığın %30,9, boyun eğici yaklaşımın %10,3, iyimser yaklaşımın %13,4 ve kendine güvenli yaklaşım ise %9,7'lik bir toplam etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. Psikolojik sağlamlığın yaşam tatmini üzerindeki %30,9'luk toplam etkisinin %24,8'i doğrudan, %14,2'si ise stresle başa çıkma tarzları kısmi aracılığıyla dolaylı bir şekilde meydana gelmiştir.

Çalışmanın temel amacı doğrultusunda psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları ve iş tatmini toplam, doğrudan ve dolaylı nedensellik ilişkilerini tespit etmeye yönelik kurulan kavramsal Model-2'nin analizi neticesinde ulaşılan nihai bulgular şu şekilde bulunmuştur:

- Psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzları birlikte, iş tatminin yaklaşık %20'lik kısmını açıklamaktadır. Stresle başa çıkma tarzlarından, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini ilişkisinde anlamlı bir şekilde tam aracılık sağlamaktadır.

- Psikolojik sağlamlık, kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,502$) ve iyimser yaklaşımı ($\beta=0,463$) anlamlı ve pozitif bir şekilde etkilerken; boyun eğici yaklaşım ($\beta=-0,303$) ve çaresiz yaklaşımı ise ($\beta=-0,499$) anlamlı fakat negatif bir şekilde etkilemektedir.

- Stresle başa çıkma tarzlarından, kendine güvenli yaklaşım ($\beta=0,143$), iyimser yaklaşım ($\beta=0,286$) ve sosyal desteğe başvurmanın ($\beta=0,089$) iş tatmini üzerindeki etkisi anlamlı ve pozitif iken, boyun eğici yaklaşımının ($\beta=-0,205$) iş tatmini üzerindeki etkisi anlamlı fakat negatiftir.

- Kavramsal Model-2'ye ilişkin toplam, doğrudan ve dolaylı etkilere bakıldığında; iş tatmini üzerinde psikolojik sağlamlığın %26,6, sosyal desteğe başvurma %8,9, boyun eğici yaklaşımın %20,5, iyimser yaklaşımın %28,6 ve kendine güvenli yaklaşımın %14,3 oranında toplam etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. Psikolojik sağlamlığın iş tatmini üzerindeki toplam etkisinin tamamının dolaylı bir şekilde olduğu tespit edilmiştir. Buna göre psikolojik sağlamlık stresle başa çıkma tarzları tam aracılığı ile iş tatminini dolaylı bir şekilde etkilemektedir.

Alanyazın doğrultusunda ve daha önceki çalışmalardan elde edilen istatistiki kanıtlar temel alınarak araştırmanın temel amacı çerçevesinde, öngörülen hipotezlerin, araştırma verilerinin analizi sonucunda, büyük ölçüde desteklendiği söylenebilir. Ulaşılan bu bulgular, esasında kavramsal çerçeve doğrultusunda öngörülebilir sonuçlardır. Bu nedenle analiz neticesinde ulaşılan sonuçların, büyük ölçüde desteklendiği söylenebilir. Aşağıda yer alan bu bölümün devamında, mevcut araştırma ve ilgili yazında yer alan diğer araştırma sonuçlarına yer verilmiştir. Bölüm sonunda ise araştırma sınırlılıkları da göz önünde bulundurularak, bir takım önerilerde bulunulmuştur.

Hem Kavramsal Model-1 hem de Kavramsal Model-2 kapsamında ulaşılan sonuçlara göre, psikolojik sağlamlığın kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım üzerinde anlamlı bir şekilde pozitif; boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım üzerinde ise anlamlı bir şekilde negatif bir etkisi vardır. Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlık düzeylerinin artması problem odaklı başa çıkma tarzlarının kullanımını artırırken, psikolojik sağlamlık düzeylerinin azalması ise duygu odaklı başa çıkma tarzlarının kullanımını artırmaktadır. Çalışmada ulaşılan sonuç, hem sağlık çalışanları hem de farklı örneklem gruplarıyla çalışılmış araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Örneğin; Hamurcu ve Öztürk'ün (395), hemşirelik ile rehberlik ve psikolojik danışmanlık bölümü öğrencileri ile gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların psikolojik sağlamlık ve başa çıkma tutumları ve bunlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışmada Carver (156) tarafından geliştirilen stresle başa çıkma tarzları ölçeği problem odaklı, duygu odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma tarzı olmak üzere üç alt boyutta incelenmiştir. Araştırmada psikolojik sağlamlığın, problem odaklı başa çıkmayla pozitif, işlevsel olmayan başa çıkmayla ise negatif korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Fullerton ve ark.'ı (344), lisans öğrencileri ile yürüttükleri çalışmada, psikolojik sağlamlığın sosyal desteğe başvurma üzerinde pozitif bir etkisinin olduğunu tespit etmiştir. Yeşilot ve ark.'nın (396),

bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde görevli hemşirlerle ile yürüttükleri çalışmada, Şahin ve Durak (153) tarafından Türkçe'ye uyarlanan stresle başa çıkma tarzları ölçeği beş alt boyutta değerlendirilmiştir. Çalışma bulgularına göre psikolojik sağlamlığın, kendine güvenli ve iyimser yaklaşımla anlamlı ve aynı yönlü, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımla ise anlamlı fakat ters yönlü bir korelasyona sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca psikolojik sağlamlığın kendine güvenli yaklaşım üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bilge ve Bilge (397), Türkiye'de Covid-19 pandemisi sosyal izolasyon sürecinde 18 yaş ve üstü, 1245 kişiden oluşan örneklem ile gerçekleştirdikleri çalışmada, Şahin ve Durak (153) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçek etkili ve etkisiz başa çıkma tarzları olmak üzere iki alt boyutta değerlendirilmiştir. Bu araştırma sonuçlarına göre psikolojik sağlamlık ile etkili başa çıkma arasında anlamlı ve pozitif, etkisiz başa çıkmayla ise anlamlı ve negatif korelasyon vardır. Ayrıca psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki nedensellik ilişkisinin incelendiği çalışmaların, daha çok belli hastalıktan muzdarip hasta gruplarıyla çalışıldığı dikkat çekmiştir. Bu araştırmalarda da psikolojik sağlamlılığın problem odaklı başa çıkma tarzlarını pozitif yönde, duygu odaklı başa çıkma tarzlarını ise negatif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (398-400).

Kavramsal Model-1 kapsamında ulaşılan sonuçlara göre, problem odaklı başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım yaşam tatmini pozitif, boyun eğici yaklaşım ise negatif bir şekilde etkilemektedir. İlgili yazında sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiş herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu hususta, çalışma bulgularının yazına katkı sağlayacağı söylenebilir. Farklı örneklem gruplarıyla yürütülmüş çalışmaların ise bu araştırmayla benzer sonuçlara ulaştığı görülmektedir. Örneğin; Srivastava ve Tang'ın (401), satış personelleri ile gerçekleştirdikleri çalışmada, Folkman ve Lazarus (332) tarafından geliştirilen stresle başa çıkma tarzları ölçeği problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma olarak iki alt boyutta incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre, yaşam tatmini ile problem odaklı başa çıkma arasında anlamlı ve pozitif; yaşam tatmini ile duygu odaklı başa çıkma arasında ise anlamlı ve negatif bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Cabras ve Mondo'nun (402), yaş ortalaması 23,2 olan 298 öğrenci ile gerçekleştirdikleri çalışmada, Endler ve Parker (157) tarafından geliştirilen başa çıkma ölçeği görev odaklı, duygu odaklı ve kaçınmacı yaklaşım olmak üzere üç alt boyutta incelenmiştir. Çalışma

bulgularına göre görev odaklı ve kaçınmacı yaklaşım yüksek yaşam tatmini ve artan iyimserlikle anlamlı bir ilişki gösterirken, duygu odaklı yaklaşım daha düşük yaşam tatmini ve daha az iyimser bir bakış açısıyla anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Xu ve ark.'ı (403), yaş ortalaması 16 olan 2357 kişi ile gerçekleştirdikleri çalışmada, Folkman ve Lazarus (332) tarafından geliştirilen stresle başa çıkma ölçeği, pozitif başa çıkma ve negatif başa çıkma şeklinde isimlendirilerek iki alt boyutta incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre, yaşam tatmini ile pozitif başa çıkma arasında anlamlı ve pozitif; yaşam tatmini ile negatif başa çıkma arasında ise anlamlı ve negatif korelasyon bulunmuştur.

Kavramsal Model-2 kapsamında ulaşılan sonuçlara göre, problem odaklı başa çıkma tarzlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma, iş tatminini anlamlı bir şekilde, pozitif yönde; duygu odaklı başa çıkma tarzlarından boyun eğici yaklaşım ise iş tatminini anlamlı bir şekilde negatif yönde etkilemektedir. İlgili yazında yer alan ulusal ve uluslararası araştırmalarda da bu çalışma ile benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin; Healy ve McKay (404), Avusturalyalı hemşirler ile yürüttükleri çalışmada, Folkman ve Lazarus (332) tarafından geliştirilen stresle başa çıkma tarzları ölçeğini, problem odaklı yaklaşım, duygu odaklı yaklaşım ve sosyal destek arama olarak üç alt boyutta incelemişlerdir. Çalışma sonucunda, iş tatmini ile başa çıkma tarzları arasındaki korelasyonlar anlamlı bulunmasa da, iş tatmini problem odaklı başa çıkma ve sosyal destek arama ile pozitif yönlü, duygu odaklı başa çıkma ile ise negatif yönlü bir ilişki göstermektedir. Welbourne ve ark.'nın (405), bir sağlık merkezindeki hemşirler ile yürüttükleri çalışmada, Carver (156) tarafından geliştirilen stresle başa çıkma ölçeği, probleme yönelik başa çıkma, kaçınmacı başa çıkma ve sosyal destek arama olmak üzere üç alt boyutta incelenmiştir. Yazında, problem çözme işlevsel başa çıkma tarzı, kaçınmacı yaklaşımı ise olumsuz başa çıkma tarzı olarak duygusal sıkıntının artmasıyla ilişkilendiren çalışmaların olduğu görülmüştür (406). Çalışmada, demografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları birlikte iş tatmininin %22'sini açıklamaktadır. Fakat iş tatminini anlamlı olarak açıklayan tek boyutun, probleme yönelik başa çıkma tarzı olduğu saptanmıştır. Probleme yönelik başa çıkma ise iş tatmini pozitif yönde etkilemektedir. Gölbaşı ve ark.'nın (407), Türkiye'de bir üniversite hastanesinde görevli hemşirler ile yürüttükleri çalışmada, Folkman ve Lazarus (332) tarafında geliştirilen Şahin ve Durak (153) tarafından kısaltılarak Türkçeye uyarlanan stresle başa çıkma ölçeği beş alt boyutta incelenmiştir. Araştırma bulgularına

göre, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzlarının iş tatmini ile arasında anlamlı ve pozitif korelasyonlar ortaya çıkmıştır. Çaresiz yaklaşım ile iş tatmini arasında ise anlamlı ve negatif korelasyon ortaya çıkmıştır. Aydın ve ark. (353) tarafından, Ankara il merkezindeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli 1801 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen çalışmada, Şahin ve Durak (153) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan stresle başa çıkma tarzları ölçeği, etkili başa çıkma ve etkisiz başa çıkma olarak iki alt boyutta incelenmiştir. Çalışma bulgularına göre iş tatmini ile etkili başa çıkma arasında anlamlı ve pozitif yönlü; etkisiz başa çıkma ile anlamsız ve negatif yönlü korelasyonlar ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanları özelinde incelenen bu çalışmaların neredeyse tamamının hemşireler ile yürütüldüğü dikkat çekmektedir. Bu noktada, bu çalışmanın tüm sağlık çalışanlarını kapsamasından dolayı, ulaşılan sonuçların yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, stresle başa çıkma tarzlarının iş ve yaşam tatmini üzerindeki etkisi genel olarak değerlendirildiğinde, problem odaklı başa çıkma tarzlarının pozitif bir şekilde etki ettiği, duygu odaklı başa çıkma tarzlarının ise negatif şekilde etki ettiği tespit edilmiştir. İlgili yazında yer alan çalışmalar da araştırma sonucunu destekler niteliktedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının iş ve yaşam tatmin düzeylerinin artırılması amacıyla, problem odaklı başa çıkma tarzlarının kazandırılmasına yönelik adımlar atılabilir. Alosaimi ve ark.'nın çalışmasında (193) stres yönetimi konusunda eğitim almak ile stresle etkili başa çıkma stratejilerinin sık kullanımı arasındaki pozitif ilişki tespit edilmiştir.

Kavramsal Model-1 kapsamında ulaşılan sonuçlara göre, psikolojik sağlıkla yaşam tatminini hem doğrudan hem de stresle başa çıkma tarzları kısmi aracılığıyla dolaylı olarak anlamlı bir şekilde pozitif yönde etkilemektedir. İlgili yazında, hem sağlık çalışanları hem de farklı sektör çalışanları ile yürütülen ulusal ve uluslararası pek çok çalışmada da, bu çalışma ile benzer bulgulara ulaşıldığı görülmektedir. Örneğin; Karatepe ve ark.'nın, hekim ve hemşireler ile, Labroque'nin (408) Covid-19 pandemi sürecinde Filipinli hemşireler ile, Karagöz ve ark.'nın (409) Covid-19 pandemisinde aktif görev alan, Türkiye'nin 36 ilinde görev alan sağlık çalışanları ile, Tümlü ve Reçepoğlu'nun (75) ise akademik personeller ile yürüttükleri çalışmalarda, katılımcıların psikolojik sağlıkla yaşam tatmin düzeylerinin, yaşam tatmin düzeylerini pozitif yönde etkilediği tespit edilmiştir. Uzun ve Tortumlu (410), Türkiye'de Covid-19 pandemi sürecinde aktif olarak görev alan sağlık çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, psikolojik sağlıkla yaşam tatmini

arasında pozitif yönlü, anlamlı düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca mesleki tükenmişlik ile yaşam tatmini arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolü olduğu saptanmıştır. Bir başka ifade ile psikolojik sağlamlığın artması, yaşam tatmini hem doğrudan artırmakta hem de mesleki tükenmişliğe karşı koruyucu bir faktör olarak yaşam tatminini olumlu yönde etkilemektedir. Fullerton ve ark.'nın (344), lisans öğrencileri ile yürüttükleri çalışmada, psikolojik sağlamlık, iyi oluş ve uyumu güçlü bir şekilde etkilemekte ve aynı yönlü bir ilişki göstermektedir. Ayrıca modele finansal faktörler, yaşam tarzlarına yönelik durumlar hesaba katıldıktan sonra da psikolojik sağlamlığın üniversite öğrencilerinin olumlu durumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bozdağ ve Ergün'ün sağlık çalışanları ile, Tras ve ark.'nın (411) ise öğretmen adayları ile yürüttükleri çalışmada ise psikolojik sağlamlık ile yaşam tatmini arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. İlgili yazında ayrıca çalışma sektöründe yer almayan, lise öğrencisi, üniversite öğrencisi, 65 yaş üstü yaşlı bireyler ya da KOAH hastası bireylerden oluşan örneklemeler ile yürütülen çalışma sonuçlarında da katılımcıların psikolojik sağlamlıklarının, yaşam tatmini düzeylerini önemli ölçüde, pozitif bir şekilde etkilediği saptanmıştır (412-415).

Kavramsal Model-2 kapsamında ulaşılan sonuçlara göre, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini arasında aynı yönlü, anlamlı bir korelasyon olduğu ve psikolojik sağlamlığın, iş tatmini hem doğrudan hem de stresle başa çıkma tarzlarının tam aracılığıyla dolaylı bir şekilde etkilediği tespit edilmiştir. İlgili yazında, hem sağlık çalışanları hem de farklı sektör çalışanları ile yürütülen pek çok çalışmada da, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini arasında pozitif bir ilişki ve nedensellik bağı olduğu tespit edilmiştir. Örneğin; Blando'nun (416), tam zamanlı bir işte çalışan Filipinli gençlerle, Mantas-Jimenez ve ark.'nın (417), İspanya'da hastane dışı acil tıp sisteminde çalışan sağlık çalışanları ile, Shahrabaki ve ark.'nın (114), İran'da Covid-19 pandemi sürecinde aktif olarak çalışan hemşireler ile, Onan ve ark.'nın (418), Mersinde finans ve lojistik sektöründe çalışanlarla, Çetin ve Basım'ın (40) ise banka çalışanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmalarda, psikolojik sağlamlığın, iş tatminini etkilediği ve bu iki değişkenin aynı yönlü bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre, katılımcıların daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olmaları iş tatmin düzeylerini artırmaktadır. Macit ve ark.'nın (419) sağlık çalışanları ile, Sarıgül ve Uğurluoğlu'nun, birinci basamakta görevli sağlık çalışanları ile, Zhang ve ark.'nın (420) köy doktorları ile, Hou ve ark.'nın (421) ise toplamda dokuz

hastanede görev yapan asistan doktorlar ile gerçekleştirdikleri çalışmalarda, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Meneghel ve ark.'nın (422), beyaz yakalılar üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, psikolojik sağlamlık ve iş tatmini arasında anlamlı, pozitif korelasyon tespit edilmiştir. Ayrıca psikolojik sağlamlığın iş tatmini aracılığı ile iş performansını etkilediği bulunmuştur. Polonyalı hemşire ve ebelerden oluşan örneklem ile gerçekleştirilen çalışmada, Piotrowski ve ark. (423), katılımcılara ait psikolojik sağlamlık, iş stresi, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki ve nedensellik bağlarını incelemişlerdir. Bu çalışma bulgularına göre, psikolojik sağlamlık ile iş tatmini arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmakla birlikte, psikolojik sağlamlık hem doğrudan hem de iş stresine etki ederek iş tatmini etkilemektedir. Psikolojik sağlamlığın yükselmesi, iş stresi algısının azalmasına ve iş tatmini düzeyinin yükselmesini sağlamaktadır. Albala-Genol ve ark.'nın (424), kamu çalışanları ile gerçekleştirdikleri çalışmada, algılanan adalet, psikolojik sağlamlık, iş tatmini ve iş gören performansı arasındaki ilişkiler ve nedensellik bağları araştırılmıştır. Çalışma bulgularına göre tüm değişkenler arasında anlamlı, pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir. Algılanan adalet, psikolojik sağlamlığı ve iş tatminini etkilemektedir. Ayrıca algılanan adalet algısı psikolojik sağlamlık aracılığı ile iş tatmini, iş tatmini aracılığı ile de iş gören performansını etkilemektedir. Kanbur ve ark. (425), havacılık sektöründe faaliyet gösteren bir işletmede görevli çalışanlar üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, psikolojik sağlamlığın iş tatminini hem doğrudan etkilediği hem de iş tatmini aracılığı ile örgütsel vatandaşlık davranışını etkilediği saptanmıştır. Buna göre, çalışanların psikolojik sağlamlık düzeylerinin artması iş tatminlerini artırmakta, çalışanlardaki iş tatmini artışı ise örgütsel vatandaşlık davranışının artırmasını sağlamaktadır.

Önerilen kavramsal modellerin analizi neticesinde, ulaşılan sonuçlara göre, psikolojik sağlamlığın, iş tatmini ve yaşam tatminine hem doğrudan hem de stresle başa çıkma tarzları aracılığıyla etki eden bir unsur olduğu ortaya çıkarılmıştır. Buna göre, daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyi, daha çok problem odaklı başa çıkma tarzı kullanımı, daha yüksek iş tatmin ve daha yüksek yaşam tatmin düzeyine işaret etmektedir. İlgili yazında yer alan çalışmalarda da bu çalışmayla benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Fakat yazın taramasında, araştırmada incelenen yapısal eşitlik modellerini bir arada inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda çalışma sonuçlarının,

yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmada ulaşılan sonuçların, örgütsel davranış, insan kaynakları yönetimi ve sağlık yönetimi alan yazını ve yöneticileri ile politika yapıcılar açısından önemli bir veri olduğu söylenebilir. Buna göre, sağlık çalışanlarının iş tatmin ve yaşam tatmin düzeylerinin artırılabilmesi için yüksek psikolojik sağlamlık düzeyi ve problem odaklı başa çıkma tarzları kullanımının önemli unsurlar olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında ulaşılan bulgular doğrultusunda, yazında yer alan diğer çalışmalarda göz önünde bulundurularak geliştirilen öneriler şu şekildedir:

Psikolojik sağlamlık ve stresle etkili bir şekilde başa çıkma, kazanılabilen ve geliştirilebilen özelliklerdir. Sağlık çalışanlarının, bu becerileri öğrenmesi, kazanması ya da geliştirmesi için birtakım adımlar atılabilir, önlemler alınabilir. Bunlar ise şu şekilde sayılabilir:

Akademik düzeyde;

- Psikolojik sağlamlık ve stresle etkili bir şekilde başa çıkma hakkında öğrencilerde farkındalık oluşturmak amacıyla psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma ve bu konularla ilişkili dersler, müfredat programlarına eklenebilir.
- Üniversiteler tarafından, Pozitif psikoloji'ye yönelik bir web sitesi oluşturulabilir. Bu web sitesinde, pozitif psikoloji kapsamındaki konular hakkında yazında yer alan çalışmalar derlenerek bir kütüphane oluşturulabilir. İlgili konular hakkında, öğrencilerde farkındalık oluşturacak videolar hazırlanarak eklenebilir. Konuyu daha dikkat çekici hale getirmek için pozitif psikoloji alanında uzman ve daha popüler kişilerin youtube vb. sosyal medyada yer alan bilgilendirici, eğitici videoları, ilgili web sayfasında toplanarak bir kütüphane oluşturulabilir.
- Üniversiteler tarafından, ilgili konularda konferans vermek üzere alanında uzman kişiler davet edilebilir.
- Psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkmaya ilişkin daha fazla tez, makale, kitap, kitap bölümü çalışmaları gerçekleştirilebilir.

Kurumsal düzeyde:

- Sağlık çalışanları için psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma konularında eğitimler düzenlenebilir. Yazında yer alan geçerliliği ve etkililiği kanıtlanmış çeşitli eğitim programlarından faydalanılabilir. Eğitim programları, online olarak, istenilen zamanda yararlanılabilecek şekilde de hazırlanabilir.
- Özellikle daha zorlayıcı koşulların olduğu zamanlarda, her bir sağlık kurumu bünyesinde, ilgili alanda uzman kurum personellerinin, yine aynı kurumda ki diğer meslektaşlarına destek sağlayabilecekleri, “psikolojik sağlamlık koçluğu” vb. isimlerle çeşitli birimler oluşturulabilir.
- Kurumsal düzeyde, il sağlık müdürlükleri ile iş birliği yapılarak, psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma konularında sağlık çalışanlarına yönelik konferans veya sempozyum düzenlenebilir.
- Sağlık sektöründe daha uzun süredir çalışanların, bu süre içinde karşılaştıkları stresli ya da tatsız sayılabilecek durumlarda başvurdukları ve fayda sağladıkları yaklaşımları, daha az kıdemli meslektaşlarına aktarabilecekleri atölyeler düzenlenebilir.
- İşe yeni başlayan sağlık çalışanlarına yönelik oryantasyon programı kapsamında, psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma eğitimi verilebilir.
- Özellikle krize cevap verme aşamasında, işe yeni başlayan sağlık çalışanları ile daha kıdemli sağlık çalışanlarının ortak çalışabilecekleri takımlar oluşturulabilir, böylelikle stres yönetiminde ekip içi destek sağlanabilir.
- Sağlık çalışanları arasında adaletli bir şekilde, birimlerdeki iş yükü yoğunluğuna göre personel görevlendirilmesi ve görev yeri değişimi yapılabilir.
- Birim yöneticileri tarafından, çalışma koşulları planlanırken, çalışanların iş-yaşam dengesini kurmasına yardımcı olacak durumlar göz önünde bulundurulabilir.

- Birim yöneticiliğine, olumlu liderlik özelliklerini taşıyan, meslektaşlar arasında yapıcı ilişkilerin kurulmasına özen gösteren, iletişim becerisi yüksek, adaletli, empati yeteneğine sahip çalışanların atanmasına özen gösterilebilir.

Ulusal düzeyde;

- Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı tarafından, Covid-19 pandemisinin yaşandığı süre içinde, sağlık çalışanları ve çocuklarına psikolojik destek sağlamak amacıyla, “Sağlık Personeli Ruhsal Destek Uygulaması” (RUHSAD) geliştirilmiştir. Bu uygulama ile sağlık çalışanları ve çocukları, randevu oluşturarak, alanında uzman hekimler tarafından 7/24 destek alabilmektedirler. Bu uygulamadan hizmet alan bireylerle görüşmeler yapılarak, uygulamanın etkiliği belirlenebilir, gerektiği takdirde iyileştirmeler yapılabilir. Sağlık çalışanlarının sürekli olarak faydalanabileceği bir uygulama haline getirilebilir.
- Sağlık çalışanları için uzaktan eğitim programları kapsamında psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma eğitimleri online bir şekilde zorunlu hale getirilebilir.
- Özellikle kaynak ihtiyacının daha çok hissedildiği kriz dönemlerinde, insan kaynağı, kişisel koruyucu ekipman, tıbbi malzeme gibi kaynakların akılcı yönetimine ilişkin planlamalar yapılabilir.

Yazında sosyal desteğin, psikolojik sağlamlığa olumlu etkisi pek çok çalışmada tespit edilmiştir. Özellikle Covid-19 pandemisinde büyük fedakarlık gösteren sağlık çalışanlarına duyulan minnet ve saygı, onlara hissettirilmelidir. Bu amaçla;

- Toplumun, sağlık çalışanlarına destek olması ve bunun önemini anlaması için öncelikle bilgilendirilmesi ve farkındalık geliştirmesi gerekmektedir. Bu hususta, psikolojik sağlamlığın ve sosyal desteğin psikolojik sağlamlığa olumlu etkisinin yer aldığı kamu spotları hazırlanabilir. Bu kamu spotları sosyal pazarlama aracılığıyla, çeşitli sosyal medya platformlarında, televizyonda paylaşılabılır.
- Günümüzde sosyal medya araçları hem bireyler hem de kurumlar tarafından oldukça yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Sosyal medya araçları, bilgi ve fikirlerin paylaşılmasında daha fazla etkileşim sağlamaktadır. Sağlık çalışanlarına destek olmak için de sosyal medya araçlarından faydalanılabilir. Örneğin; belli kriz dönemlerinde Instagram, Twitter, Facebook vb. sosyal medya araçlarından, sağlık çalışanlarına sosyal destek mesajları atılarak sosyal destek kampanyası başlatılabilir. Böylelikle, yaptıkları işin çok kıymetli olduğu ve değerli oldukları hissettirilebilir. Hatta bu adım sağlık bakanlığı sosyal medya hesabından başlatılabilir.
- Sağlık kurumları tarafından, sağlık çalışanlarının aileleri ile iletişime geçerek, “onlarla gurur duydukları, iyi ki oldukları, minnet duydukları vb.” olumlu mesaj içeren destek videoları hazırlanarak çalışanlara bir sürpriz hazırlanabilir.
- Covid-19 pandemisinde, sağlık çalışanlarına destek için, günün belli bir saatinde ışıklar kapatılarak sağlık çalışanları için alkış tutulmuş ve fedakarlıkları için bir destek sağlanmıştı. Bunun gibi örnekler çoğaltılabilir. Sosyal medya aracılığıyla sağlık çalışanlarının önlem ikazlarına uyulduğunu gösteren paylaşımlar yapılabilir. Böylelikle hem doğru davranışın diğer bireyler tarafından kazanılması adına etkileşim sağlanmış hem de sağlık çalışanlarına moral sağlanmış olacaktır.

Gelecekte yapılacak çalışmalara öneriler;

- Her araştırmada olduğu gibi bu araştırmanın da bir takım sınırlılıkları mevcuttur. Çalışma yalnızca Edirne il merkezindeki hastanelerde görevli sağlık çalışanları ile yürütülmüştür. Bu nedenle gelecekte yapılacak çalışmalarda daha geniş örneklemelerde, birinci basamakta görevli sağlık çalışanları da dâhil edilerek yapılacak araştırmalarla sağlık çalışanları açısından daha da genellenebilir sonuçlara ulaşılabilir. Bu çalışma kesitsel ve nicel özellikte bir araştırmadır. Bu nedenle aynı çalışma değişkenleri farklı ölçekler kullanılarak ya da farklı dönemlerde tekrarlanarak karşılaştırmalı sonuçlara ulaşılabilir. İlgili yazında özellikle stresle başa çıkma tarzları ile ilgili olarak çeşitli ölçeklerin olduğu dikkat çekmiştir. Ayrıca bu çalışmada elde edilen sonuçların nedenlerini irdelenecek nicel ve nitel karma çalışmaların yapılması da yararlı olacak ve ilgili yazına katkı sağlayacaktır.

- Bu çalışma sonucunda psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzlarının önemi ortaya konmuş olsa da, iş tatmininin yaklaşık %24'ü ve yaşam tatmininin yaklaşık %20'si psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzları ile açıklanmıştır. Çalışanların iş tatmini ve yaşam tatminine bununla birlikte çalışanların psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzlarına da etki edecek farklı açıklayıcı değişkenlerle yeni çalışmalar yapılmasının yazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma tarzlarının öneminin ortaya konması adına farklı iş kollarındaki örgüt çalışanları ile de çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Uncategorized References

1. Cranwell Ward J, Abbey A, Cranwell Ward J, Abbey A. The most stressful jobs. *Org Stress*. 2005;63-71.
2. Caponnetto P, Platania S, Maglia M, Morando M, Gruttadauria SV, Auditore R, et al. Health occupation and job satisfaction: The impact of psychological capital in the management of clinical psychological stressors of healthcare workers in the Covid-19 era. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:6134. doi:10.3390/ijerph19106134.
3. Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the psychological impact of covid-19 among healthcare workers: A meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:9096. doi:10.3390/ijerph17239096.
4. Rink LC, Oyesanya TO, Adair KC, Humphreys JC, Silva SG, Sexton JB. Stressors among healthcare workers: A summative content analysis. *Glob Qual Nurs Res*. 2023;10:23333936231161127-. doi:10.1177/23333936231161127.
5. Organization WH. Stress [Cited Date: Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>].
6. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLI J*. 2017;16:1057.
7. Amirkhan JH, Landa I, Huff S. Seeking signs of stress overload: Symptoms and behaviors. *Int J Stress Manag*. 2018;25:301-11. doi:10.1037/str0000066.
8. Pearlin LI. Stress and Mental Health: A Conceptual Overview. Editor: Horwitz AV, Scheid TL. *A Handbook for The Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*. 1 ed. UK: Cambridge University Press.; 1999.
9. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12:652-66.
10. Salam A. Job stress and job satisfaction among health care professionals. *Qatar Foundation Annual Research Conference Proceedings*. 2016. HBKU Press Qatar. p.HBOP2571. doi:
11. Wang Z, Xie L, Liang Z, Fan J, Fan L, Deng J, et al. Perceived stress and humanistic care ability among Chinese healthcare workers: The chain mediating role of social support and life satisfaction. *Front Psychol*. 2022;13:1029265-. doi:10.3389/fpsyg.2022.1029265.
12. Xu X, Chen L, Yuan Y, Xu M, Tian X, Lu F, et al. Perceived stress and life satisfaction among chinese clinical nursing teachers: A moderated mediation model of burnout and emotion regulation. *Front Psychiatry*. 2021;12:548339-. doi:10.3389/fpsyg.2021.548339.
13. Martins V, Serrão C, Teixeira A, Castro L, Duarte I. The mediating role of life satisfaction in the relationship between depression, anxiety, stress and burnout among Portuguese nurses during COVID-19 pandemic. *BMC Nurs*. 2022;21:188-. doi:10.1186/s12912-022-00958-3.

14. Happock R. Job Satisfaction. 1 ed. New York: Harper; 1935.
15. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*. 2000;15:122-8.
16. Oh Y-I, Kim H, Kim K. Factors affecting Korean physician job satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:2714.
17. Oishi S, Diener E, Suh E, Lucas RE. Value as a moderator in subjective well-being. *J Pers*. 1999;67:157-84. doi:10.1111/1467-6494.00051.
18. Tosun S, Cerev G. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ücret tatmin düzeyi ile yaşam memnuniyeti algılarının beyin göçü niyetine etkisi üzerine bir araştırma. *Gümüşhane Üni Sağ Bil Der*. 2023;12:46-57. doi:10.37989/gumussagbil.1138478.
19. Masten AS, Best KM, Garmezy M. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol*. 1990;2:425-44. doi:10.1017/S0954579400005812.
20. Folkman S. Stress, coping, and hope. *Psycho Oncol*. 2010;19:901-8. doi:10.1002/pon.1836.
21. Seligman MEP. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. Editor: Snyder CR, Lopez SJ. *Handbook of Positive Psychology*. ed.: Oxford University Press New York, NY; 2002. p.3-7.
22. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Am Psychol*. 2000;55:5-14. doi:10.1037//0003-066x.55.1.5.
23. Luthans F. The need for and meaning of positive organizational behavior. *J Organ Behav*. 2002;23:695-706. doi:10.1002/job.165.
24. Schaufeli W, Salanova M. Work engagement: Managing social and ethical issues in organizations. *Res Soc Issues Manag*. 2007;5.
25. Demir R, Türk F. Pozitif psikoloji: Tarihe, temel kavramlar, terapötik süreç, eleştiriler ve katkılar. *Humanistic Pers*. 2020;2:108-25.
26. Luthans F, Avey JB, Avolio BJ, Norman SM, Combs GM. Psychological capital development: toward a micro-intervention. *J Organ Behav*. 2006;27:387-93. doi:10.1002/job.373.
27. Peterson C. The future of optimism. *Am Psychol*. 2000;55:44-55. doi:10.1037//0003-066x.55.1.44.
28. Lee Duckworth A, Steen TA, Seligman MEP. Positive psychology in clinical practice. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:629-51. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144154.
29. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84:365-76. doi:10.1037//0022-3514.84.2.365.
30. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. *Psychological Capital*. 1 ed.: Oxford University Press; 2006 2006/09/21.

31. Cameron KS, Dutton JE, Quinn R. An introduction to positive organizational scholarship. *POS*. 2003;3:2-21.
32. Luthans F, Youssef CM. Human, social, and now positive psychological capital management. *Organ Dynamics*. 2004;33:143-60. doi:10.1016/j.orgdyn.2004.01.003.
33. Child J, McGrath RG. Organizations unfettered: Organizational form in an information-intensive economy. *Acad Manage J*. 2001;44:1135-48. doi:10.5465/3069393.
34. Guthrie J. The management, measurement and the reporting of intellectual capital. *J Intel Capital*. 2001;2:27-41. doi:10.1108/14691930110380473.
35. Avey JB, Luthans F, Mhatre KH. A call for longitudinal research in positive organizational behavior. *J Organ Behav*. 2008;29:705-11. doi:10.1002/job.517.
36. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*. 2002;13:249-75. doi:10.1207/s15327965pli1304_01.
37. Bandura A. Social foundations of thought and action. 1 ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
38. Seligman ME. Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life. 1 ed.: Vintage; 2006.
39. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol*. 2001;56:227-38. doi:10.1037//0003-066x.56.3.227.
40. Çetin F, Basım HN. Psikolojik dayanıklılığın iş tatmini ve örgütsel bağlılık tutumlarındaki rolü. *J Ind Relat Human Resour*. 2011;13.
41. Gizir C. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Turkish Psychol Counsel Guidan J*. 2007;3:113-28.
42. Altundağ Y. Anne-babası boşanmış ergenlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinde yordayıcı değişkenler olarak yaşam doyumu ve yalnızlık. Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2013.
43. Vella S-L, Pai N. A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Arch Med Health Sci*. 2019;7:233. doi:10.4103/amhs.amhs_119_19.
44. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. 1987;57:316-31. doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x.
45. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71:543-62. doi:10.1111/1467-8624.00164.
46. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depres Anxiety*. 2003;18:76-82. doi:10.1002/da.10113.
47. Bonanno GA. Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004;59:20-8. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20.

48. Lee HH, Cranford JA. Does resilience moderate the associations between parental problem drinking and adolescents' internalizing and externalizing behaviours? A study of Korean Adolescents. *Drug Alcohol Depen.* 2008;96:213-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.03.007.
49. Leipold B, Greve W. Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *Eur Psychologist.* 2009;14:40-50. doi:10.1027/1016-9040.14.1.40.
50. GIMP. GNU Image Manipulation Program. 2022.
51. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience. *Eur Psychologist.* 2013;18:12-23. doi:10.1027/1016-9040/a000124.
52. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol.* 2000;12:857-85. doi:10.1017/s0954579400004156.
53. Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry.* 1993;56:127-36. doi:10.1080/00332747.1993.11024627.
54. Kanner AD, Coyne JC, Schaefer C, Lazarus RS. Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *J Behav Medc.* 1981;4:1-39. doi:10.1007/bf00844845.
55. Bouteyre E, Maurel M, Bernaud JL. Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: the role of coping and social support. *Stress Health.* 2006;23:93-9. doi:10.1002/smi.1125.
56. D'Angelo B, Wierzbicki M. Relations of daily hassles with both anxious and depressed mood in students. *Psychol Rep.* 2003;92:416-8. doi:10.2466/pr0.2003.92.2.416.
57. Leys C, Arnal C, Wollast R, Rolin H, Kotsou I, Fossion P. Perspectives on resilience: Personality trait or skill? *Eur J Trauma Dissoc.* 2020;4:100074. doi:10.1016/j.ejtd.2018.07.002.
58. Masten AS, Obradović J. Competence and resilience in development. *Ann New York Acad Sci.* 2006;1094:13-27. doi:10.1196/annals.1376.003.
59. Luthar SS. Resilience in Development: A Synthesis of Research Across Five Decades. Editor: Cicchetti D, Cohen DJ. *Developmental Psychopathology.* 1 ed.: Wiley; 2015. p.739-95.
60. Ungar M, Liebenberg L. Assessing resilience across cultures using mixed methods: Construction of the child and youth resilience measure. *J Mix Methods Res.* 2011;5:126-49. doi:10.1177/1558689811400607.
61. Ahern NR, Ark P, Byers J. Resilience and coping strategies in adolescents. *Pediatr Care.* 2008;20:32-6. doi:10.7748/paed2008.12.20.10.32.c6903.
62. Riolli L, Savicki V, Cepani A. Resilience in the face of catastrophe: Optimism, personality, and coping in the kosovo crisis. *J App Soc Psychol.* 2002;32:1604-27. doi:10.1111/j.1559-1816.2002.tb02765.x.
63. McCrae RR, Costa PT, Jr. Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol.* 1997;52:509-16. doi:10.1037//0003-066x.52.5.509.

64. Davey M, Eaker DG, Walters LH. Resilience processes in adolescents: Personality profiles, self-worth, and coping. *J Adol Res.* 2003;18:347-62. doi:10.1177/0743558403018004002.
65. Oshio A, Taku K, Hirano M, Saeed G. Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences.* 2018;127:54-60. doi:10.1016/j.paid.2018.01.048.
66. Curtis WJ, Cicchetti D. Emotion and resilience: A multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and nonmaltreated children. *Dev Psychopathol.* 2007;19:811-40. doi:10.1017/s0954579407000405.
67. Werner EE. Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Dev Psychopathol.* 1993;5:503-15. doi:10.1017/s095457940000612x.
68. Van Kessel G. The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nurs.* 2013;34:122-7. doi:10.1016/j.gerinurse.2012.12.011.
69. Siebert A. Developing a highly resilient, change proficient work force Resiliency Center; [Cited Date: 17/03/2024]. Available from: <https://resiliencycenter.com/developing-a-highly-resilient-change-proficient-work-force/>.
70. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes.* 2011;9:8-. doi:10.1186/1477-7525-9-8.
71. Connor KM, Zhang W. Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS Spectrums.* 2006;11:5-12. doi:10.1017/s1092852900025797.
72. Waite PJ, Richardson GE. Determining the efficacy of resiliency training in the work site. *J Allied Health.* 2004;33:178-83.
73. Luthans F, Vogelgesang GR, Lester PB. Developing the psychological capital of resiliency. *Human Res Dev Rev.* 2006;5:25-44. doi:10.1177/1534484305285335.
74. Rutter M. Resilience in the face of adversity. *BJPsych.* 1985;147:598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598.
75. Tümlü GÜ, Receptoğlu E. Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *YükÖğr Bil Der.* 2013:205-13.
76. Werner EE. High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *Am J Orthopsychiatry.* 1989;59:72-81. doi:10.1111/j.1939-0025.1989.tb01636.x.
77. Southwick SM, Charney DS. Resilience. 1 ed.: Cambridge University Press; 2012 2012/07/23.
78. Meredith LS, Sherbourne CD, Gaillot SJ, Hansell L, Ritschard HV, Parker AM, et al. Promoting psychological resilience in the US military. *Rand Health Q.* 2011;1.
79. Earvolino-Ramirez M. Resilience: A concept analysis. *Nurs Forum.* 2007;42:73-82. doi:10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x.

80. Tedeschi R, Calhoun L. *Trauma Transformation: Growing in The Aftermath of Suffering*. 1 ed.: SAGE Publications, Inc.; 1995.
81. White B, Driver S, Warren A-M. Considering resilience in the rehabilitation of people with traumatic disabilities. *Rehabil Psychol*. 2008;53:9-17. doi:10.1037/0090-5550.53.1.9.
82. Rice V, Liu B. Personal resilience and coping with implications for work. Part I: A review. *Work*. 2016;54:325-33. doi:10.3233/wor-162300.
83. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. 1 ed.: Routledge; 2014.
84. Mancini AD, Bonanno GA. Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual differences model. *J Pers*. 2009;77:1805-32. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x.
85. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping*. 1 ed. New York: Springer; 1984.
86. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980;21:219. doi:10.2307/2136617.
87. Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. 1966.
88. Sharkansky EJ, King DW, King LA, Wolfe J, Erickson DJ, Stokes LR. Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *J Abnorm Psychol*. 2000;109:188-97. doi:10.1037//0021-843x.109.2.188.
89. Moos RH, Schaefer JA. *Coping resources and processes: Current concepts and measures*. 1993.
90. Glennie EJ. *Coping and Resilience*. Editor: Rosen J. *Noncognitive Skills in The Classroom: New Perspectives on Educational Research*. 1 ed. USA: RTI Press; 2010. p.169-94.
91. Horesh N, Rolnick T, Iancu I, Dannon P, Lepkifker E, Apter A, et al. Coping styles and suicide risk. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93:489-93. doi:10.1111/j.1600-0447.1996.tb10682.x.
92. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The development of coping. *Annu Rev Psychol*. 2007;58:119-44. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705.
93. Van Vliet KJ. Shame and resilience in adulthood: A grounded theory study. *J Couns Psychol*. 2008;55:233-45. doi:10.1037/0022-0167.55.2.233.
94. Booth JW, Neill JT. Coping strategies and the development of psychological resilience. *JOEE*. 2017;20:47-54. doi:10.1007/bf03401002.
95. Lee JH, Seo M, Lee M, Park SY, Lee JH, Lee SM. Profiles of coping strategies in resilient adolescents. *Psychol Rep*. 2016;120:49-69. doi:10.1177/0033294116677947.
96. Werner EE, Bierman JM, French F. *The children of Kauai Honolulu*. University of Hawaii; 1971.
97. Wright MOD, Masten AS, Narayan AJ. Resilience Processes In Development: Four Waves Of Research On Positive Adaptation In The Context Of Adversity. Editor: *Handbook of Resilience In Children*. 1 ed.: Springer; 2012. p.15-37.

98. Mizuno Y, Wartelsteiner F, Frajo-Apor B. Resilience research in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29:218-23. doi:10.1097/ycp.0000000000000248.
99. Luthans F, Avolio BJ, Avey JB, Norman SM. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Pers Psychol*. 2007;60:541-72. doi:10.1111/j.1744-6570.2007.00083.x.
100. APA. Dictionary of Psychology. 1 ed.: American Psychological Association; 2008.
101. APA. Building your resilience APA; [Cited Date: 15/09/2023]. Available from: <https://www.apa.org/topics/resilience/building-your-resilience>.
102. McDonald G, Jackson D, Wilkes L, Vickers MH. A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurs Educ Today*. 2012;32:378-84. doi:10.1016/j.nedt.2011.04.012.
103. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *Am J Crit Care*. 2014;23:e97-e105. doi:10.4037/ajcc2014747.
104. Chesak SS, Bhagra A, Cutshall S, Ingram A, Benoit R, Medina-Inojosa JR, et al. Authentic connections groups: A pilot test of an intervention aimed at enhancing resilience among nurse leader mothers. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020;17:39-48. doi:10.1111/wvn.12420.
105. Rosen B, Preisman M, Read H, Chaukos D, Greenberg RA, Jeffs L, et al. Resilience coaching for healthcare workers: Experiences of receiving collegial support during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry*. 2022;75:83-7. doi:10.1016/j.genhosppsych.2022.02.003.
106. DeTore NR, Sylvia L, Park ER, Burke A, Levison JH, Shannon A, et al. Promoting resilience in healthcare workers during the COVID-19 pandemic with a brief online intervention. *J Psychiatr Res*. 2022;146:228-33. doi:10.1016/j.jpsychires.2021.11.011.
107. Curtin M, Richards HL, Fortune DG. Resilience among health care workers while working during a pandemic: A systematic review and meta synthesis of qualitative studies. *Clin Psychol Rev*. 2022;95:102173-. doi:10.1016/j.cpr.2022.102173.
108. Kim M, Windsor C. Resilience and work-life balance in first-line nurse manager. *Asian Nurs Res*. 2015;9:21-7. doi:10.1016/j.anr.2014.09.003.
109. Özdemir N, Adıgüzel V. Sağlık çalışanlarında sosyal zekâ, benlik saygısı ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemş Der*. 2021;12:18-28.
110. Türkmen İ, Doğan HY. The effect of emotional intelligence on resilience: A research on emergency health services personnel. *İnönü Üni Sağ Hiz MYO Der*. 2021;9:1066-83. doi:10.33715/inonusaglik.912296.
111. Hughes V, Cologer S, Swoboda S, Rushton C. Strengthening internal resources to promote resilience among prelicensure nursing students. *J Prof Nurs*. 2021;37:777-83. doi:10.1016/j.profnurs.2021.05.008.

112. Ojo AO, Fawehinmi O, Yusliza MY. Examining the predictors of resilience and work engagement during the covid-19 pandemic. *Sustainability*. 2021;13:2902. doi:10.3390/su13052902.
113. Angin Y. Covid-19 pandemi sürecinden geçerken sağlık çalışanlarında dini başa çıkma ve psikolojik sağlamlık ilişkisi üzerine bir araştırma. *Cumhuriyet İla Der*. 2021;25:331-45. doi:10.18505/cuid.884399.
114. Shahrabaki PM, Abolghaseminejad P, Lari LA, Zeidabadinejad S, Dehghan M. The relationship between nurses' psychological resilience and job satisfaction during the COVID-19 pandemic: a descriptive-analytical cross-sectional study in Iran. *BMC Nurs*. 2023;22:137-. doi:10.1186/s12912-023-01310-z.
115. Temel Ş, Güzel Ş. Sağlık Çalışanlarının Aşırı İş Yükünün Çalışma Yaşam Kalitesine ve Psikolojik Sağlamlığına Etkisi.
116. Aydın A, Ersoy BÖ. Covid-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında belirsizliğe tahammülsüzlük, ruminatif düşünme biçimi ve psikolojik sağlamlık düzeyleri. *Cukurova Med J*. 2021;46:1191-200. doi:10.17826/cumj.925771.
117. Kaya H, Civan AK, Saykal SG, Büyükoğlu N, Yüksel RN, Göka E. Evaluation of anxiety, burnout and psychological resilience levels of healthcare workers in the COVID-19 pandemic. *Acibadem Üni Sag Bil Der*. 2022;13. doi:10.31067/acusaglik.983582.
118. Karabulak H, Kaya F. The relationship between psychological resilience and stress perception in nurses in Turkey during the covid-19 pandemic. *J Nurs Res*. 2021;29:e175. doi:10.1097/jnr.0000000000000454.
119. Kalaitzaki A, Rovithis M. Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in healthcare workers during the first COVID-19 lockdown in Greece: The role of resilience and coping strategies. *Psychiatriki*. 2021. doi:10.22365/jpsych.2021.001.
120. Hong Y, Lee J, Lee HJ, Kim K, Cho I-K, Ahn MH, et al. Resilience and work-related stress may affect depressive symptoms in nursing professionals during the covid-19 pandemic era. *Psychiatry Investig*. 2021;18:357-63. doi:10.30773/pi.2021.0019.
121. Emirza S, Yılmaz Kozcu G. Protecting healthcare workers' mental health against COVID-19-related stress: The effects of stress mindset and psychological resilience. *Nurs Health Sci*. 2023;25:216-30. doi:10.1111/nhs.13018.
122. Okun O, Arun K. The relationship between physicians' ingroup favoritism to patients and workplace violence: regulatory role of physicians' psychological resilience. *Int J Workplace Health Manag*. 2023;16:238-55. doi:10.1108/ijwhm-01-2023-0010.
123. Lin Y-Y, Lee Y-H, Chang S-C, Lee D-C, Lu K-Y, Hung Y-M, et al. Individual resilience, intention to stay, and work frustration among postgraduate two-year programme nurses. *Collegian*. 2019;26:435-40. doi:10.1016/j.colegn.2018.12.001.
124. Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience. *Acad Medc*. 2013;88:301-3. doi:10.1097/acm.0b013e318280cff0.
125. Özcelik Kaynak K, Öztuna B. The effect of the COVID-19 pandemic on the perceived stress levels and psychological resilience of healthcare professionals. *J Health Sci Medc*. 2023;6:208-14. doi:10.32322/jhsm.1203958.

126. Bayat D, Polat Olca S. Covid 19 pandemisinin hemşirelerin psikolojik sağlamlık anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *Health Care Acad J.* 2023;10:146-54. doi:10.52880/sagakaderg.1201781.
127. Barzilay R, Moore TM, Greenberg DM, DiDomenico GE, Brown LA, White LK, et al. Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Transl Psychiatry.* 2020;10:291-. doi:10.1038/s41398-020-00982-4.
128. Awano N, Oyama N, Akiyama K, Inomata M, Kuse N, Tone M, et al. Anxiety, depression, and resilience of healthcare workers in japan during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Intern Med.* 2020;59:2693-9. doi:10.2169/internalmedicine.5694-20.
129. Ayar D, Karaman MA. Hemşirelerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile yaşam dengeleri arasındaki ilişki. *Gevher Nesibe J Med Health Sci.* 2022;7:99-110.
130. Seçer İ, Ulaş S, Karaman-Özlü Z. The effect of the fear of covid-19 on healthcare professionals' psychological adjustment skills: Mediating role of experiential avoidance and psychological resilience. *Front Psychol.* 2020;11:561536-. doi:10.3389/fpsyg.2020.561536.
131. Lin H, Li Z, Yan M. Burn-out, emotional labour and psychological resilience among gastroenterology nurses during COVID-19: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2022;12:e064909-e. doi:10.1136/bmjopen-2022-064909.
132. Çavuşoğlu BC, Kaya Y. Koronavirüs (COVID-19) pandemisinde sağlık çalışanlarının kaygı düzeyleri, baş etme becerileri ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki. *YOBÜ Sağ Bil Fak Der.* 2022;3:160-76.
133. Franjić D, Franjić I, Babić D, Grgić S, Spahalić M. Association of resilience with quality of life and self-esteem in healthcare workers of covid-19 hospital. *Zdrav Glasnik.* 2021;13-22. doi:10.47960/2303-8616.2021.14.13.
134. Labrague LJ, de Los Santos JAA. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Appl Nurs Res.* 2021;61:151476-. doi:10.1016/j.apnr.2021.151476.
135. Sukut O, Sahin-Bayindir G, Ayhan-Balik CH, Albal E. Professional quality of life and psychological resilience among psychiatric nurses. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;58:330-8. doi:10.1111/ppc.12791.
136. Karacaoğlu K, Köktaş G. Psikolojik dayanıklılık ve psikolojik İyi olma ilişkisinde iyimserliğin aracı rolü: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *İş İnsan Der.* 2016;3:119. doi:10.18394/iid.20391.
137. Çiçek H, Öztürk F. The mediating role of self-compassion in the effect of resilience on employee performance. *Ahi Evran Üni Sos Bil Ens Der.* 2023;9:363-81. doi:10.31592/aeusbed.1230105.
138. Liu X, Ju X, Liu X. The relationship between resilience and intent to stay among Chinese nurses to support Wuhan in managing COVID-19: The serial mediation effect of post-traumatic growth and perceived professional benefits. *Nurs Open.* 2021;8:2866-76. doi:10.1002/nop2.874.
139. Fleuren BPI, Poesen LT, Gifford RE, Zijlstra FRH, Ruwaard D, van de Baan FC, et al. We're not gonna fall: Depressive complaints, personal resilience, team social

climate, and worries about infections among hospital workers during a pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:4701. doi:10.3390/ijerph18094701.

140. Zhang X, Jiang X, Ni P, Li H, Li C, Zhou Q, et al. Association between resilience and burnout of front-line nurses at the peak of the COVID-19 pandemic: Positive and negative affect as mediators in Wuhan. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30:939-54. doi:10.1111/inm.12847.

141. Kızılkaya S, Tekin PS. İş yükünün psikolojik sağlamlık üzerine etkisinde işe bağlı duygusal tükenmişliğin aracı rolü. *Hacettepe Health Sci J*. 10:677-94.

142. Yan J, Wu C, He C, Lin Y, He S, Du Y, et al. The social support, psychological resilience and quality of life of nurses in infectious disease departments in China: A mediated model. *Journal of Nursing Management*. 2022;30:4503-13. doi:10.1111/jonm.13889.

143. Hou T, Zhang T, Cai W, Song X, Chen A, Deng G, et al. Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *PLoS One*. 2020;15:e0233831-e. doi:10.1371/journal.pone.0233831.

144. Oxford. Oxford English Dictionary. Oxford: Oxford University Press; 1998.

145. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. 1 ed. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1987.

146. Brantley PJ, Thomason BT. Stress and Stress Management. Editor: Goreczny AJ. *Handbook of Health and Rehabilitation Psychology*. 1 ed. USA: Springer; 1995. p.275-89.

147. Selye H. The stress syndrome. *Am Nurse J*. 1965;65:97-9. doi:10.1097/00000446-196503000-00034.

148. Cannon WB. Stresses and strains of homeostasis. *Am J Med Sci*. 1935;189:13-4. doi:10.1097/00000441-193501000-00001.

149. Cox T. Stress, coping and problem solving. *Work Stress*. 1987;1:5-14.

150. Kagan A. Epidemiology, disease and emotion. *Emotions: Their Parameters and Measurement* 1975.

151. Lazarus RS, Launier R. Stress-Related Transactions Between Person and Environment. Editor: Perspectives in Interactional Psychology. 1 ed.: Springer; 1978. p.287-327.

152. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull*. 2001;127:87-127. doi:10.1037/0033-2909.127.1.87.

153. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği. *Türk Psikol Der*. 1995;10:56-73.

154. Ward RN, Brady AJ, Jazdzewski R, Yalch MM. Stress, Resilience, and Coping. Editor: Emotion, Well-Being, and Resilience. 1 ed.: Apple Academic Press; 2021. p.3-14.

155. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav*. 1978;2-21.

156. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56:267.
157. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58:844-54. doi:10.1037/0022-3514.58.5.844.
158. Schwarzer R, Taubert S. Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. Editor: Frydenberg E. *Beyond coping: meeting goals, visions and challenges.* ed. London: Oxford University Press; 2002. p.19-35.
159. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol.* 1993;44:1-22. doi:10.1146/annurev.ps.44.020193.000245.
160. Dyb G, Jensen TK, Nygaard E, Ekeberg Ø, Diseths TH, Wentzel-Larsen T, et al. Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *BJPsych.* 2014;204:361-7.
161. Sayed S, Iacoviello BM, Charney DS. Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17:1-7.
162. Linzer M, Poplau S, Babbott S, Collins T, Guzman-Corrales L, Menk J, et al. Worklife and wellness in academic general internal medicine: results from a national survey. *J Gen Intern Med.* 2016;31:1004-10.
163. Linzer M, Stillman M, Brown R, Taylor S, Nankivil N, Poplau S, et al. Preliminary report: US physician stress during the early days of the COVID-19 pandemic. *Mayo Clinic Proc.* 2021;5:127-36.
164. Önder G, Aybas M, Önder E. Determining the precedence order of the factors influencing nurses' stress level using multi criteria decision making techniques. *Optimum J Econ Manag Sci.* 2014;1. doi:10.17541/oeybd.93303.
165. Bozkurt Öz C, Batmaz M, Gezgin Yazıcı H. Work stresses of nurses working in a training and research hospital and ways of coping with stress: A cross-sectional study. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2022;14:507-14. doi:10.5336/nurses.2021-84915.
166. Çelmeçe N, Işıklar A. Hemşirelerin stresle başa çıkma davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemş Araş Der.* 2016;7.
167. Kane PP. Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian J Occup Environ Med.* 2009;13:28-32. doi:10.4103/0019-5278.50721.
168. Moustaka E, Constantinidis TC. Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Sci J.* 2010;4:210-6.
169. Özçevik Subaşı D, Akça Sümengen A, Şimşek E, Ocakçı AF. Healthcare workers' anxieties and coping strategies during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Perspect Psychiatr Care.* 2021;57:1820-8. doi:10.1111/ppc.12755.
170. Magnavita N, Tripepi G, Di Prinzio RR. Symptoms in health care workers during the covid-19 epidemic. A cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:5218. doi:10.3390/ijerph17145218.
171. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz S-A, Ellis L, et al. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health.* 2021;21:104-. doi:10.1186/s12889-020-10070-3.

172. Missouridou E. Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to patient's trauma. *J Trauma Nurs.* 2017;24:110-5. doi:10.1097/jtn.0000000000000274.
173. Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;66:1-8. doi:10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007.
174. Wang S, Xie L, Xu Y, Yu S, Yao B, Xiang D. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occup Med.* 2020;70:364-9. doi:10.1093/occmed/kqaa074.
175. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3:e203976-e. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
176. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management.* 2020;28:1002-9. doi:10.1111/jonm.13014.
177. Selamu M, Thornicroft G, Fekadu A, Hanlon C. Conceptualisation of job-related wellbeing, stress and burnout among healthcare workers in rural Ethiopia: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:412-. doi:10.1186/s12913-017-2370-5.
178. Shirey MR, Ebright PR, McDaniel AM. Sleepless in America. *JONA.* 2008;38:125-31. doi:10.1097/01.nna.0000310722.35666.73.
179. Söyler S. Examining the relationship between job stress and job satisfaction that health workers are exposed to: a meta-analysis study. *Online Turk Sag Bil Der.* 2018;3:190-205. doi:10.26453/otjhs.407771.
180. Deng J, Guo Y, Ma T, Yang T, Tian X. How job stress influences job performance among Chinese healthcare workers: a cross-sectional study. *Environ Health Prev Med.* 2019;24:2-. doi:10.1186/s12199-018-0758-4.
181. Merkusi S, Aini Q. Research on job stress and nurse performance. *JMMR.* 2020;9. doi:10.18196/jmmr.92126.
182. Taşkın F, Dilek R. Örgütsel güven ve örgütsel bağlılık üzerine bir alan araştırması. *Org Yön Bil Der.* 2010;2:37-46.
183. Lawton MP. The varieties of wellbeing. *Exp Aging Res.* 1983;9:65-72.
184. Lu D-M, Sun N, Hong S, Fan Y-y, Kong F-y, Li Q-j. Occupational stress and coping strategies among emergency department nurses of China. *Arch Psychiatr Nurs.* 2015;29:208-12. doi:10.1016/j.apnu.2014.11.006.
185. Nehir S, Güngör N. Hemşirelerin psikososyal sorunlarının ve stresle başa çıkma tarzlarının İncelenmesi. *Celal Bayar Üni Sağ Bil Ens Der.* 2019;6:174-81. doi:10.34087/cbusbed.548466.
186. Eckenrode J. *The Social Context of Coping: Introduction and Overview.* 1 ed. USA: Springer 1991. p.1-12.
187. Sezer TA, Öztürk Eyimaya A, Yurdakul Z. Investigation of the relationship between compassion fatigue levels and coping styles of pediatric nurses during the

pandemic process: A cross-sectional study. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2023;15:308-18. doi:10.5336/nurses.2022-91345.

188. Fariz S, Kadakal A, Fariz G. Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında travma sonrası büyümenin stresle başa çıkma ve algılanan sosyal destek açısından yordanması. *Balıkesir Health Sci J.* 2021;10:292-301. doi:10.53424/balikesirsbd.947458.

189. Sayan İ, Zeyneloğlu S, Malatyali İ. Covid-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının stresle başa çıkma tarzlarının örgütsel bağlılık düzeylerine etkisi. *Disiplinlerarası Yeni Araş Der.* 2023;3:7-15. doi:10.56723/dyad.1140025.

190. Babore A, Lombardi L, Viceconti ML, Pignataro S, Marino V, Crudele M, et al. Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Res.* 2020;293:113366-. doi:10.1016/j.psychres.2020.113366.

191. Çankaya M, Çiftçi GE. Hemşirelerin stresle başa çıkma tarzlarında duygusal zekanın etkisi: Çorum İlinde bir uygulama. *Anadolu Üni Sos Bil Der.* 2019;19:391-414. doi:10.18037/ausbd.566879.

192. Evgin D, Çalışkan Z, Caner N. Sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin klinik uygulama öncesi kaygı düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları. *SDÜ Sağ Bil Der.* 2017. doi:10.22312/sdusbed.280540.

193. Alosaimi FD, Alawad HS, Alamri AK, Saeed AI, Aljuaydi KA, Alotaibi AS, et al. Stress and coping among consultant physicians working in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 2018;38:214-24. doi:10.5144/0256-4947.2018.214.

194. Kelle Dikbaş Ş, Okanlı A. Relationship between secondary traumatic stress and styles of coping with stress in nurses. *Sağ Bil Üni Hemş Der.* 2022;4:7-14. doi:10.48071/sbuhemsirelik.1055982.

195. Yüksel A, Akbulut T, Yılmaz EB. Hemşirelerde stresle baş etme ve tıbbi hataya eğilim düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağ Akad Der.* 2019;6:288-94.

196. Nazlı İ, Aktaş H. Örgütsel maneviyat ve psikolojik sermayenin duygusal emek ve stresle başa çıkma üzerindeki etkisi: İstanbul'da sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *Akdeniz Üni İİBF Der.* 2023;75-96. doi:10.25294/aiiibfd.1162754.

197. Cai W, Lian B, Song X, Hou T, Deng G, Li H. A cross-sectional study on mental health among health care workers during the outbreak of Corona Virus Disease 2019. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102111-. doi:10.1016/j.ajp.2020.102111.

198. Şengül MC. Örgüt çalışanlarının kişilik, İş tatmini ve örgütsel bağlılıkları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2008.

199. Özaydın MM, Özdemir Ö. Çalışanların bireysel özelliklerinin iş tatmini üzerindeki etkileri: Bir kamu bankası örneği. *İşletme Araş Der.* 2014;6:251-81.

200. Smith PC, Kendall LM, Hulin CL. The Measurement of Satisfaction Inwork and Retirement. . 1 ed. Chicago: Rand McNally; 1969.

201. Taylor FW. The Principles of Scientific Management. 1 ed. New York: NuVision Publications, LLC; 1911.

202. Mayo E. The Human Problems of An Industrial Civilization. 1 ed. London: Routledge; 2004.

203. Wickström G, Bendix T. The "Hawthorne effect": What did the original Hawthorne studies actually show? *Scand J Work Environ Health*. 2000;363-7.
204. McCarney R, Warner J, Iliffe S, van Haselen R, Griffin M, Fisher P. The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:30-. doi:10.1186/1471-2288-7-30.
205. Bingöl D. *Personel Yönetimi ve Beşeri İlişkiler*. 1 ed. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Basım Evi; 1990.
206. Eren E. *Yönetim ve Organizasyon*. 1 ed. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım; 1993.
207. Sabuncuoğlu Z, Tüz M. *Örgütsel Psikoloji*. 1 ed. Bursa: Alfa Aktüel; 2005.
208. Nguyen A, Taylor J, Bradley S. Relative pay and job satisfaction: some new evidence. *Development and Policies Research* 2003.
209. Okpara JO. The impact of salary differential on managerial job satisfaction: A study of the gender gap and its implications for management education and practice in a developing economy. *J Busin Dev Nat*. 2004;8:65-92.
210. Mishra PK. Job Satisfaction. *IOSR-JHSS*. 2013;14:45-54. doi:10.9790/1959-1454554.
211. Akinci Z. Turizm sektöründe işgören iş tatminini etkileyen faktörler: Beş yıldızlı konaklama işletmelerinde bir uygulama. *Akdeniz Üni İİBF Der*. 2002;2.
212. Köroğlu E. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Temel Kavramlar, Temel Yaklaşımlar*. 1 ed. Ankara: HYB Basım Yayın; 2009.
213. Hackman JR, Oldham GR. Development of the job diagnostic survey. *J App Psychol*. 1975;60:159-70. doi:10.1037/h0076546.
214. Judge TA, Thoresen CJ, Bono JE, Patton GK. The job satisfaction–job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychol Bull*. 2001;127:376-407. doi:10.1037/0033-2909.127.3.376.
215. Smith BN, Montagno RV, Kuzmenko TN. Transformational and servant leadership: Content and contextual comparisons. *J Leadersh Organ Stud*. 2004;10:80-91. doi:10.1177/107179190401000406.
216. Sun H. *İşdoymu üzerine bir araştırma, uzmanlık tezi*. Ankara: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Banknot Matbaası Genel Müdürlüğü; 2002.
217. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. *The Motivation to Work*. 1 ed. New York: John Wiley & Sons.; 1959 2017/07/28.
218. Adams JS. Towards an understanding of inequity. *J Abnorm Soc Psychol*. 1963;67:422-36. doi:10.1037/h0040968.
219. Zhu YQ. Why and how knowledge sharing matters for R&D engineers. *R&D Manag*. 2017;47:212-22.
220. Spector PE. Measurement of human service staff satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *Am J Commun Psychol*. 1985;13:693-713. doi:10.1007/bf00929796.

221. Coetzee M, Stoltz E. Employees' satisfaction with retention factors: Exploring the role of career adaptability. *J Vocat Behav.* 2015;89:83-91. doi:10.1016/j.jvb.2015.04.012.
222. Halter M, Boiko O, Pelone F, Beighton C, Harris R, Gale J, et al. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2017;17:1-20.
223. Radford K, Meissner E. Job satisfaction and intention to stay within community and residential aged care employees. *Australas J Ageing.* 2017;36. doi:10.1111/ajag.12416.
224. Bilgin S, Baysal HY, Hendekçi A. Hastanede çalışan sağlık personelinin iş sağlığı ve güvenliğine yönelik görüşleri ile iş doyumlarının belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum.* 2019;29:43-9.
225. Liu W, Zhao S, Shi L, Zhang Z, Liu X, Li L, et al. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2018;8:e019525.
226. Allan BA, Dexter C, Kinsey R, Parker S. Meaningful work and mental health: Job satisfaction as a moderator. *J Ment Health.* 2018;27:38-44.
227. Lu H, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2019;94:21-31. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011.
228. Uysal İ. Acil sağlık çalışanları için mesleki kaygı ölçeği'nin geliştirilmesi. *Tıp Eğitimi Dünyası.* 2020;19:102-15.
229. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002;288:1987-93.
230. Katz A. Pilot project to enhance physician-patient communication. *Canadian Fam Physician.* 1999;45:218.
231. Günday F, Taş A, Abacigil F, Arslantaş H. Factors affecting job satisfaction and quality of work life in nurses: A cross-sectional study. *Adnan Menderes Üni Sağ Bil Fak Der.* 2022;6:216-32. doi:10.46237/amusbfd.918747.
232. Mulugeta MM. Factors associated to job satisfaction among healthcare workers at public hospitals of west shoa zone, oromia regional state, ethiopia: A cross sectional study. *Science Journal of Public Health.* 2015;3:161. doi:10.11648/j.sjph.20150302.12.
233. Quyen BTT, Lan VTH, Minh HV. Job satisfaction of healthcare workers in Vietnam: A multilevel study. *Int J Healthcare Manag.* 2021;14:1091-7.
234. Hassoy D, Özvurmaz S. Bir devlet hastanesindeki sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve etkileyen faktörler. *Aydin Adnan Menderes University;* 2019.
235. Galanis P, Moisoglou I, Katsiroumpa A, Vrakka I, Siskou O, Konstantakopoulou O, et al. Increased job burnout and reduced job satisfaction for nurses compared to other healthcare workers after the COVID-19 pandemic. *Nurs Rep.* 2023;13:1090-100. doi:10.21203/rs.3.rs-3177171/v1.
236. Huang S-S, Chen C-Y, Kau K, Tsai J-M, Tsay S-L. Key determinates of job satisfaction for acute care nurse practitioners in Taiwan. *BMC Nurs.* 2023;22:6.

237. Spence Laschinger H, Almost J, Purdy N, Kim J. Predictors of Nurse Managers' Health in Canadian Restructured Healthcare Settings. *Nursing Leadership*. 2004;17:88-105. doi:10.12927/cjnl.2004.17020.
238. Soysal A, Öke P, Yağar F, Tunç M. Örgütsel iletişim ve iş tatmini düzeylerinin incelenmesi: bir özel hastane örneği. *Selçuk Üni Sos Bil Ens Der*. 2017;243-53.
239. Türe Yılmaz A, Kök Eren H, Yildirim A. The effect of trust in the nurses on person-organization fit. *Afyon Kocatepe Üni Sos Bil Der*. 2019;21:1205-15. doi:10.32709/akusosbil.512015.
240. Akyurt N, Alparslan AM, Oktar ÖF. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA LİDERLİK TARZLARI-İŞ TATMİNİ-ÖRGÜTSEL BAĞLILIK MODELİ. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2015;6:50-61.
241. Kim MH, Yi YJ. Impact of leader-member-exchange and team-member-exchange on nurses' job satisfaction and turnover intention. *Int Nurs Rev*. 2018;66:242-9. doi:10.1111/inr.12491.
242. Labrague LJ, Nwafor CE, Tsaras K. Influence of toxic and transformational leadership practices on nurses' job satisfaction, job stress, absenteeism and turnover intention: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*. 2020;28:1104-13. doi:10.1111/jonm.13053.
243. McKenna J, Jeske D. Ethical leadership and decision authority effects on nurses' engagement, exhaustion, and turnover intention. *J Adv Nurs*. 2020;77:198-206. doi:10.1111/jan.14591.
244. Stagnitti K, Schoo A, Reid C, Dunbar J. Retention of allied health professionals in the south-west of Victoria. *Australian J Rural Health*. 2005;13:364-5. doi:10.1111/j.1440-1584.2005.00732.x.
245. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management*. 2013;23:346-58. doi:10.1111/jonm.12138.
246. Shim J, Park D-I. The influence of gender equity in nursing education programs on nurse job satisfaction. *Healthcare*. 2023;11:1318. doi:10.3390/healthcare11091318.
247. Isik O, Ugurluoglu O, Mollahaliloglu S, Kosdak M, Taskaya S. Sağlık çalışanlarının iş doyum ve motivasyonlarının kuruma bağlılıklarına etkisi: Türkiye örneği. *TAF Preven Med Bull*. 2016;15:9-18.
248. Tekir Ö, Çevik C, Arik S, Çetin G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyum düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üni Tıp Fak Der*. 2016;18:51-. doi:10.24938/kutfd.252677.
249. Burney IA, Al Sabei SD, Al-Rawajfah O, Labrague LJ, AbuAlrub R. Determinants of physicians' job satisfaction: A national multi-centre study from the Sultanate of Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2023;23:198-205. doi:10.18295/squmj.8.2022.050.
250. Gregoriou I, Papastavrou E, Charalambous A, Economidou E, Soteriades ES, Merkouris A. Organisational commitment, job satisfaction and intention to leave among physicians in the public health sector of Cyprus: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2023;13:e067527-e. doi:10.1136/bmjopen-2022-067527.

251. Sypniewska BA. Evaluation of factors influencing job satisfaction. *Contem Econ*. 2014;8:57-72. doi:10.5709/ce.1897-9254.131.
252. Barili E, Bertoli P, Grembi V, Rattini V. Job satisfaction among healthcare workers in the aftermath of the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2022;17:e0275334-e. doi:10.1371/journal.pone.0275334.
253. Stoddard JJ, Hargraves JL, Reed M, Vratil A. Managed care, professional autonomy, and income: effects on physician career satisfaction. *J Gen Intern Med*. 2001;16:675-84. doi:10.1111/j.1525-1497.2001.01206.x.
254. Kao AC, Jager AJ, Koenig BA, Moller AC, Tutty MA, Williams GC, et al. Physician perception of pay fairness and its association with work satisfaction, intent to leave practice, and personal health. *J Gen Intern Med*. 2018;33:812-7. doi:10.1007/s11606-017-4303-8.
255. Grainger C, Harries E, Ingrams G. New deal shifts may increase house officers' stress. *BMJ Clin Res*. 1995;311:952-3. doi:10.1136/bmj.311.7010.952c.
256. Çelik Y, Kiliç İ. Hemşirelerde iş doyumu, mesleki tükenmişlik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler. *Kocatepe Tıp Der*. 2019;20:230-8. doi:10.18229/kocatepetip.444706.
257. Aloisio LD, Baumbusch J, Estabrooks CA, Bostrom AM, Chamberlain S, Cummings GG, et al. Factors affecting job satisfaction in long-term care unit managers, directors of care and facility administrators: A secondary analysis. *Journal of Nursing Management*. 2019;27:1764-72. doi:10.1111/jonm.12871.
258. Kath LM, Stichler JF, Ehrhart MG. Moderators of the negative outcomes of nurse manager stress. *JONA*. 2012;42:215-21. doi:10.1097/nna.0b013e31824ccd25.
259. Kath LM, Stichler JF, Ehrhart MG, Schultze TA. Predictors and outcomes of nurse leader job stress experienced by AWHONN members. *JOGN Nurs*. 2013;42:E12-E25. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01430.x.
260. McGilton K, Hall L, Boscart V, Brown M. Effects of director of care support on job stress and job satisfaction among long-term care nurse supervisors. *Nursing Leadership*. 2007;20:52-66. doi:10.12927/cjnl.2007.19288.
261. Eyitmiş A, Yildirim A. Sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesinin covid-19'a bağlı hastalık kaygısı, iş stresi ve iş tatmini çerçevesinde İncelenmesi: Alternatif model analizleri. *SDÜ Vizyoner Dergisi*. 2022;13:714-30. doi:10.21076/vizyoner.1011440.
262. Ge J, He J, Liu Y, Zhang J, Pan J, Zhang X, et al. Effects of effort-reward imbalance, job satisfaction, and work engagement on self-rated health among healthcare workers. *BMC Public Health*. 2021;21:1-10. doi:10.21203/rs.3.rs-48112/v3.
263. Yang C, Yang L, Wu D. The influence of grit on nurse job satisfaction: Mediating effects of perceived stress and moderating effects of optimism. *Front Psychol*. 2023;13:1094031-. doi:10.3389/fpsyg.2022.1094031.
264. Penconek T, Tate K, Bernardes A, Lee S, Micaroni SPM, Balsanelli AP, et al. Determinants of nurse manager job satisfaction: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2021;118:103906. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103906.
265. Hasebrook J, Hecke J, Volkert T, Singer M, Hinkelmann J, Michalak L, et al. Individual perspectives and mental maps of working conditions and intention to stay of

- physicians in academic medicine. *Front Psychol.* 2023;14:1106501-. doi:10.3389/fpsyg.2023.1106501.
266. Horatius. *The Odes of Horace*. 1 ed. Farrar Straus Giroux: Greece; 1997.
267. Shaw GB. *The Complete Plays of George Bernard Shaw (1893-1921)*. 1 ed. Oxford: Oxford City Press; 2012.
268. Kanuni SS. *Muhibbi Divanı*. 1 ed. İstanbul: El Yazması; 1520-1566.
269. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Geronto.* 1961;16:134-43. doi:10.1093/geronj/16.2.134.
270. Andrews FM, Withey SB. *Americans' well being: Specific life concerns*. Editor: Andrews FM, Withey SB. *Social indicators of well being: Americans' perceptions of life quality*. 1 ed. Boston: Springer US; 1976. p.249-81.
271. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Soc Indic Res.* 1978;5:475-92. doi:10.1007/bf00352944.
272. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Asses.* 1985;49:71-5. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13.
273. Veenhoven R. Inequality in happiness: inequality in countries compared across countries. 12th World Congress of Sociology, Madrid, Spain. 1990. doi:
274. Sumner LW. *Welfare, Happiness, and Ethics*. 1 ed. London: Oxford University Press; 1996.
275. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull.* 1999;125:276-302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276.
276. Cribb K. Life satisfaction, and who has it. *Psychol Adjust.* 2000.
277. Diener E, Oishi S, Lucas RE. *Subjective Well-Being: The Science of Happiness and Life Satisfaction*. Editor: Lopez A, Shane J, Snyder CR. *The Oxford Handbook of Positive Psychology*. 1 ed.: Oxford University Press; 2009. p.186-94.
278. Wilson WR. Correlates of avowed happiness. *Psychol Bull.* 1967;67:294.
279. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984;95:542-75. doi:10.1037/0033-2909.95.3.542.
280. Schwarz N, Clore GL. Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *J Pers Soc Psychol.* 1983;45:513.
281. Fordyce MW. Development of a program to increase personal happiness. *J Couns Psychol.* 1977;24:511.
282. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleriyle ilişkisi. *Klin Psik.* 2001;4:113-8. .
283. Chekola MG. *The Concept of Happiness*. 1 ed. Michigan: University of Michigan; 1974.
284. Zajonc RB. Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *Am Psychol.* 1980;35:151.
285. Erdogan B, Bauer TN, Truxillo DM, Mansfield LR. Whistle while you work. *J Manag.* 2012;38:1038-83. doi:10.1177/0149206311429379.

286. Headey B, Veenhoven R, Wearing A. Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Soc Indic Res.* 1991;24:81-100. doi:10.1007/bf00292652.
287. Steel P, Schmidt J, Shultz J. Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychol Bull.* 2008;134:138-61. doi:10.1037/0033-2909.134.1.138.
288. Diener E. Traits can be powerful, but are not enough: Lessons from subjective well-being. *J Res Pers.* 1996;30:389-99. doi:10.1006/jrpe.1996.0027.
289. Heller D, Watson D, Ilies R. The dynamic process of life satisfaction. *J Pers.* 2006;74:1421-50. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00415.x.
290. Pavot W, Diener E. The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *J Posit Psychol.* 2008;3:137-52. doi:10.1080/17439760701756946.
291. Wu C-H. Enhancing quality of life by shifting importance perception among life domains. *J Happ Stud.* 2007;10:37-47. doi:10.1007/s10902-007-9060-7.
292. Csikszentmihalyi M, Figurski TJ. Self-awareness and aversive experience in everyday life. *J Pers.* 1982;50:15-9.
293. Atasoy İ, Turan Z. Investigation of the relationship between midwives' and nurses' emotional labor and life satisfaction. *Mersin Üni Tıp Fak Lokman Hekim Tıp Tar Der.* 2019;9:357-66. doi:10.31020/mutftd.587725.
294. Edis EK, Keten M. COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, iş tatmini ve yaşam doyumu. *Kırıkkale Üni Tıp Fak Der.* 2022;24:331-42.
295. Benli SS, Yıldırım A. Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üni Sağ Bil Der.* 2017;6:167-79.
296. Yıldırım S, Öner M, Yenihan B. Hemşirelerin iş-aile çatışması ve yaşam tatmini düzeyleri: demografik özellikler açısından bir değerlendirme. *SEYAD.* 2014;2.
297. Stefanowicz-Bielska A, Słomion M, Rapala M. Life satisfaction of nurses during the covid-19 pandemic in Poland. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:16789. doi:10.3390/ijerph192416789.
298. Şen S, Yurt S. Türkiye'den İngiltere'ye göç eden sağlık çalışanlarının göç nedenleri ve yaşam doyumlarının belirlenmesi. 2023.
299. Bernales-Turpo D, Quispe-Velasquez R, Flores-Ticona D, Saintila J, Ruiz Mamani PG, Huancahuire-Vega S, et al. Burnout, professional self-efficacy, and life satisfaction as predictors of job performance in health care workers: The mediating role of work engagement. *J Prim Care Community Health.* 2022;13:21501319221101845-. doi:10.1177/21501319221101845.
300. Werdecker L, Esch T. Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PLoS One.* 2021;16:e0253447-e. doi:10.1371/journal.pone.0253447.
301. Uzun K, Tortumlu M. Investigation of the mediator role of hope and resilience in the effect of occupational burnout on healthcare workers' life satisfaction. *Humanitas.* 2022;10:350-77. doi:10.20304/humanitas.1095389.

302. Serinikli N. Serial multiple mediation of organizational cynicism and life satisfaction in the relationship between job autonomy and job performance in health employee. *J Busin Res Turk*. 2020;12:1693-711. doi:10.20491/isarder.2020.938.
303. Benzo RP, Kirsch JL, Nelson C. Compassion, mindfulness, and the happiness of healthcare workers. *Explore*. 2017;13:201-6. doi:10.1016/j.explore.2017.02.001.
304. Hunsaker WD. Spiritual leadership and job burnout: Mediating effects of employee well-being and life satisfaction. *Manag Sci Lett*. 2019;12:57-68. doi:10.5267/j.msl.2019.4.016.
305. Ercan S, Unal B, Yasar S, Ciftci E, Delibas D. Workplace violence frequency and relationship of violence with life quality, life satisfaction and job satisfaction in healthcare professionals in psychiatry clinics in Konya province. *Med Sci Int Med J*. 2021;10:427. doi:10.5455/medscience.2021.02.053.
306. Karahan TF, Şimşekli Bakırhan D, Öztürk K. Sağlık çalışanlarında toplulukçu yeterlilik düzeyleri ile yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Adıyaman Üni Sos Bil Ens Der*. 2022;0:785-816. doi:10.14520/adyusbd.1169864.
307. Mercanlioğlu AÇ. The mediating role of perceived organizational support and organizational cynicism in the impact of life satisfaction on job performance. *J Busin Res Turk*. 2021;13:844-57. doi:10.20491/isarder.2021.1169.
308. Qin Y, Liu J, Wu D. The impact of emotional intelligence on life satisfaction among Chinese nurses: A chain mediating model. *Front Psychol*. 2023;14:1125465-. doi:10.3389/fpsyg.2023.1125465.
309. Gull N, Song Z, Shi R, Asghar M, Rafique MA, Liu Y. Paternalistic leadership, polychronicity, and life satisfaction of nurses: The role of work-family conflict and family-work conflict in public sector hospitals. *Front Psychol*. 2021;12:648332-. doi:10.3389/fpsyg.2021.648332.
310. Son HS, Kim K, Cho I-K, Lee J, Choi JM, Kil KH, et al. Healthcare workers' resilience mediates the influence of organizational commitment and anxiety response to viral epidemic on their quality of life in the covid-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2022;12:735016-. doi:10.3389/fpsyt.2021.735016.
311. Alrashidi N, Alreshidi MS, Dator WL, Maestrado R, Villareal S, Buta J, et al. The mediating role of spiritual intelligence on well-being and life satisfaction among nurses in the context of the covid-19 pandemic: A path analysis. *Behav Sci*. 2022;12:515. doi:10.3390/bs12120515.
312. Sarkawi MN, Jaafar AR, Shamsuddin J, Rahim NFA, Syofyan E. Influence of growth need strength on the relationship between overall life satisfaction and job satisfaction for medical service quality and delivery. *Int J Sup Chain Mgt Vol*. 2019;8:1026.
313. Hussein N, Tahir NKM. Job satisfaction, job involvement and life satisfaction among nurses in malaysia. *MJBE*. 2019.
314. Dogan A, Deniz M, Odabaş H, Özyeşil Z, Özgirgin N. Job and life satisfaction of the medical staff in rehabilitation centers. *Turkish J Physical Med Rehab*. 2012;58.

315. Otaghi M, Azadi A, Sayehmiri K, Nikeghbal N. Relationship between mental health, life satisfaction, and job satisfaction of nurses. *Romanian J Milit Medc.* 2023;126:185-91.
316. Głaz S. The relationship between meaning in life, life satisfaction and job satisfaction with religious experience in the life of polish nurses. *J Relig Health.* 2022;1-22. doi:10.1007/s10943-022-01589-3.
317. Üstgörül S, Popescu C. What is the mediating role of communication skills and sexual satisfaction between job and life satisfaction of healthcare employees? *Behav Sci.* 2023;13:368. doi:10.3390/bs13050368.
318. Mafini C, Dlodlo N. The relationship between extrinsic motivation, job satisfaction and life satisfaction amongst employees in a public organisation. *J Ind Psychol.* 2014;40. doi:10.4102/sajip.v40i1.1166.
319. Pan C-J, Liu H-C, Liang S-Y, Liu C-Y, Wu W-W, Cheng S-F. Resilience and coping strategies influencing the quality of life in patients with brain tumor. *Clin Nurs Res.* 2017;28:107-24. doi:10.1177/1054773817714562.
320. Gazete R. Yataklı tedavi kurumları İşletme yönetmeliği (Sayı: 17927). *Resmi Gazete* 1983. p. 19830113-17927.
321. Halawani L, Halawani M, Beyari G. Job satisfaction among Saudi healthcare workers and its impact on the quality of health services. *J Fam Med Primary Care.* 2021;10:1873. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_2236_20.
322. Güdük Ö, Vural A, Güdük Ö. COVID-19 salgını döneminde sağlık çalışanlarının İş doyumu. *Gümüşhane Üni Sağ Bil Der.* 2022;11:54-62. doi:10.37989/gumussagbil.888358.
323. Huffman EM, Athanasiadis DI, Anton NE, Haskett LA, Doster DL, Stefanidis D, et al. How resilient is your team? Exploring healthcare providers' well-being during the COVID-19 pandemic. *Am J Surg.* 2021;221:277-84. doi:10.1016/j.amjsurg.2020.09.005.
324. Dyer JG, McGuinness TM. Resilience: Analysis of the concept. *Arch Psychiatr Nurs.* 1996;10:276-82. doi:10.1016/s0883-9417(96)80036-7.
325. Garcia-Dia MJ, DiNapoli JM, Garcia-Ona L, Jakubowski R, O'Flaherty D. Concept analysis: Resilience. *Arch Psychiatr Nurs.* 2013;27:264-70. doi:10.1016/j.apnu.2013.07.003.
326. Lenzo V, Quattropani MC, Musetti A, Zenesini C, Freda MF, Lemmo D, et al. Resilience contributes to low emotional impact of the COVID-19 outbreak among the general population in Italy. *Front Psychol.* 2020;11:576485.
327. Keener TA, Hall K, Wang K, Hulsey T, Piamjariyakul U. Relationship of quality of life, resilience, and associated factors among nursing faculty during COVID-19. *Nurs Educator.* 2021;46:17-22.
328. Arslan G. Mediating role of the self-esteem and resilience in the association between social exclusion and life satisfaction among adolescents. *Personality and Individual Differences.* 2019;151:109514. doi:10.1016/j.paid.2019.109514.
329. Labrague LJ. Resilience as a mediator in the relationship between stress-associated with the Covid-19 pandemic, life satisfaction, and psychological well-being in

- student nurses: A cross-sectional study. *Nurse Educ Pract.* 2021;56:103182-. doi:10.1016/j.nepr.2021.103182.
330. Kılınç G, Yıldız E, Kavak F. The relationship between psychological resilience and life satisfaction in copd patients. *J Psychiatr Nurs.* 2019. doi:10.14744/phd.2019.60362.
331. Kong F, Wang X, Hu S, Liu J. Neural correlates of psychological resilience and their relation to life satisfaction in a sample of healthy young adults. *Neuro Image.* 2015;123:165-72. doi:10.1016/j.neuroimage.2015.08.020.
332. Folkman S, Lazarus RS. Ways of coping questionnaire. 1988.
333. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Medc.* 2008;15:194-200.
334. Doğan T. Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *J Happiness Wellbeing.* 2015;3:93-102.
335. Brayfield AH, Rothe HF. An index of job satisfaction. *J App Psychol.* 1951;35:307.
336. Judge TA, Locke EA, Durham CC, Kluger AN. Dispositional effects on job and life satisfaction: the role of core evaluations. *J App Psychol.* 1998;83:17.
337. Keser A, Bilir KBÖ. İş tatmini ölçeğinin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Kırklareli Üni Sos Bil Der.* 2019;3:229-39.
338. Köker S. Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyumu düzeyinin karşılaştırılması. *Sosyal Bilimler Enstitüsü;* 1991.
339. Dağlı A, Baysal N. Yaşam doyumu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *E Sos Bil Der.* 2016;15.
340. Bekmezci M, Mert İS. Yaşam tatmini ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Toros Üni İİSBF Sos Bil Der.* 2018;5:166-77.
341. Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, E. Y. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı. 1 ed. Sakarya: Sakarya Yayıncılık; 2012.
342. Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 1 ed. Ankara: Asil Yayın Dağıtım; 2010.
343. Karagöz Y. SPSS-AMOS-META Uygulamalı İstatistiksel Analizler. 1 ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2019.
344. Fullerton DJ, Zhang LM, Kleitman S. An integrative process model of resilience in an academic context: Resilience resources, coping strategies, and positive adaptation. *PLoS One.* 2021;16:e0246000-e. doi:10.1371/journal.pone.0246000.
345. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Market Res.* 1981;18:39-50.
346. Wang Z, Wang N. Knowledge sharing, innovation and firm performance. *Expert Syst Appl.* 2012;39:8899-908.
347. Razali NM, Wah YB. Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *JOSMA.* 2011;2:21-33.

348. Seçer İ. SPSS ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi. 1 ed. Ankara: Anı Yayıncılık; 2017.
349. Bayram N. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş AMOS Uygulamaları. 1 ed. Bursa: Ezgi Kitapevi; 2010.
350. Karabacak Z, Beydağ KD. Pandemi hastanelerinde çalışan hemşirelerin psikolojik sağlamlık düzeyi ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum. 2022;32:145-51.
351. Marcolongo F, Ottaviani M, Romano P, Bonassi S, Garramone A, Infarinato F, et al. The role of resilience and coping among Italian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Med Lavoro. 2021;112:496.
352. Baskin RG, Bartlett R. Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review. Journal of Nursing Management. 2021;29:2329-42. doi:10.1111/jonm.13395.
353. Aydın GÖ, Çatav EK, Ercan S, Kara H, Yalçın S, Aksoy M. Birinci basamak sağlık çalışanlarında tükenmişlik, İş doyumu ve stresle başa çıkma. Sağlıkın Başk Der. 2011;20:4-11.
354. Sülemiş İ, Dönmez L. Coping strategies with stress among female staff at a university hospital. Akdeniz Med J. 2017;3. doi:10.17954/amj.2017.69.
355. Laranjeira CA. The effects of perceived stress and ways of coping in a sample of Portuguese health workers. J Clin Nurs. 2011;21:1755-62. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03948.x.
356. Nopa I, Siregar PP. Islamic religious coping strategy for healthcare worker in covid-19 pandemic: A literature review. Int J Islam Complement Medc. 2021;2:81-90. doi:10.55116/ijim.v1i1.23.
357. Inocian EP, Cruz JP, Saeed Alshehry A, Alshamlani Y, Ignacio EH, Tumala RB. Professional quality of life and caring behaviours among clinical nurses during the COVID-19 pandemic. J Clin Nurs. 2021;10.1111/jocn.15937. doi:10.1111/jocn.15937.
358. Karakose T, Malkoc N. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on medical doctors in Turkey. Soc Behav Pers. 2021;49:1-10. doi:10.2224/sbp.9890.
359. Chui PL, Chong MC, Abdullah KL, Ramoo V, Tang LY, Lee WL, et al. The COVID-19 global pandemic and its impact on the mental health of nurses in Malaysia. Healthcare. 2021;9:1259. doi:10.3390/healthcare9101259.
360. Rathnayake S, Dasanayake D, Maithreepala SD, Ekanayake R, Basnayake PL. Nurses' perspectives of taking care of patients with Coronavirus disease 2019: A phenomenological study. PLoS One. 2021;16:e0257064-e. doi:10.1371/journal.pone.0257064.
361. Kim SC, Quiban C, Sloan C, Montejano A. Predictors of poor mental health among nurses during COVID-19 pandemic. Nurs Open. 2021;8:900-7. doi:10.1002/nop2.697.
362. Imperatori C, Bersani FS, Massullo C, Carbone GA, Salvati A, Mazzi G, et al. Neurophysiological correlates of religious coping to stress: a preliminary EEG power spectra investigation. Neurosci Lett. 2020;728:134956. doi:10.1016/j.neulet.2020.134956.

363. Martínez JP, Méndez I, Ruiz-Esteban C, Fernández-Sogorb A, García-Fernández JM. Profiles of burnout, coping strategies and depressive symptomatology. *Front Psychol.* 2020;11:591-. doi:10.3389/fpsyg.2020.00591.
364. Rose S, Hartnett J, Pillai S. Healthcare worker's emotions, perceived stressors and coping mechanisms during the COVID-19 pandemic. *PLoS One.* 2021;16:e0254252-e. doi:10.1371/journal.pone.0254252.
365. Wong TW, Yau JKY, Chan CLW, Kwong RSY, Ho SMY, Lau CC, et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med.* 2005;12:13-8. doi:10.1097/00063110-200502000-00005.
366. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clin Med Res.* 2016;14:7-14. doi:10.3121/cmr.2016.1303.
367. Xu H, Johnston ANB, Greenslade JH, Wallis M, Elder E, Abraham L, et al. Stressors and coping strategies of emergency department nurses and doctors: A cross-sectional study. *Australas Emerg Care.* 2019;22:180-6. doi:10.1016/j.auec.2018.10.005.
368. Taft TH, Keefer L, Keswani RN. Friends, alcohol, and a higher power. *J Clin Gastroenterol.* 2011;45:e76-e81. doi:10.1097/mcg.0b013e318207f3e3.
369. Leblebici Ö, Mutlu S. Türkiye'de kamu sağlık çalışanlarının iş doyumlarının sağlıkta dönüşüm programı bağlamında incelenmesi. *Hemş Araş Geliş Der.* 2014;16:48-63.
370. Neşe A, Gündoğan R. The effects of occupational anxiety level on the job satisfaction of pre-hospital emergency medical service professionals: An example of the province of adiyaman. *Hast Önc Der.* 2023;7:289-301. doi:10.54409/hod.1142419.
371. Nal M, Nal B. Sağlık çalışanlarının iş doyumları düzeylerinin İncelenmesi bir kamu hastanesi örneği. *Ordu Üni Sos Bil Araş Der.* 2018;8:131-40.
372. Çelik G, Öztürk Z, Örs E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumları ilişkisi: Bir kamu hastanesi örneği. *Uluslararası Sağ Yönet Strate Araş Der.* 2020;6:328-49.
373. Kolo E. Job satisfaction among healthcare workers in a tertiary center in kano, Northwestern Nigeria. *Nigerian J Basic Clinic Sci.* 2018;15:87. doi:10.4103/njbcs.njbcs_31_17.
374. Ghazwin MY, Kaviani M, Ahmadloo M, Jarchi A, Javadi SG, Latifi S, et al. The association between life satisfaction and the extent of depression, anxiety and stress among Iranian nurses: a multicenter survey. *Iranian J Psychiatry.* 2016;11:120.
375. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Tomás-Salvá M, Vidal-Blanco G. Predicting professional quality of life and life satisfaction in spanish nurses: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:4366. doi:10.3390/ijerph17124366.
376. Zborowska A, Gurowiec PJ, Młynarska A, Uchmanowicz I. Factors affecting occupational burnout among nurses including job satisfaction, life satisfaction, and life orientation: A cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag.* 2021;14:1761-77. doi:10.2147/PRBM.S325325.
377. Zakeri MA, Hossini Rafsanjanipoor SM, Zakeri M, Dehghan M. The relationship between frontline nurses' psychosocial status, satisfaction with life and resilience during

the prevalence of COVID-19 disease. Nurs Open. 2021;8:1829-39. doi:10.1002/nop2.832.

378. Asi Karakaş S, Erçel Ş, Ersöğütçü F. Investigation of the relationship between post-traumatic growth and psychological resilience of health personnel in the filiation team during the covid-19 pandemic process: Descriptive research. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2023;15:219-27. doi:10.5336/nurses.2022-88146.

379. Bozkurt Öz C, Batmaz M, Gezin Yazici H. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin algılanan İş stresi ve stresle başa çıkma yolları: Kesitsel çalışma. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2022;14.

380. Öztürk C, Dalgıç H. Koronavirüs sürecinde demografik özellikler açısından stresle başa çıkma tarzları: Bitlis devlet hastanesi sağlık meslek mensupları. JOEEP. 2021;6:205-12.

381. Yorulmaz M, Kırac R, Yılmazsoy B. Sağlık çalışanları demografik özelliklerinin işdoymu üzerine etkisi. 2 Uluslararası 12 Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Bodrum. 2018. doi:

382. Jathanna NR, Kaur P, Raveendra RK. Awareness perception and acceptability of EMR among nurses of a tertiary care hospital in India. 3rd Annual Global Healthcare Conference (GHC 2014). Global Science & Technology Forum (GSTF). 2014. doi: 10.5176/2251-3833_ghc14.28.

383. Eraydın C, Kardaş Kin Ö, Andık S, Türk U. Investigation of job satisfaction of nurses. Sağ Hemş Yönet Der. 2021. doi:10.5222/shyd.2021.83702.

384. Arikan F, Köksal CD, Gökçe Çd. Work-related stress, burnout, and job satisfaction of dialysis nurses in association with perceived relations with professional contacts. Dialysis Transplan. 2007;36:182-91. doi:10.1002/dat.20119.

385. Erşan EE, Yıldırım G, Doğan O, Doğan S. Sağlık çalışanlarının iş doymu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. Anadolu Psik Der. 2013;14:115-21.

386. Çelik S, Hisar F. The influence of the professionalism behaviour of nurses working in health institutions on job satisfaction. Int J Nurs Prac. 2012;18:180-7. doi:10.1111/j.1440-172x.2012.02019.x.

387. Karasu F, Aylaz R. X ve Y kuşağı: Hemşirelerin meslek dayanışması ile iş doymu arasındaki ilişki. Sağ Bil Meslek Der. 2017. doi:10.17681/hsp.296974.

388. Mengistu MM, Bali AG. Factors associated to job satisfaction among healthcare workers at public hospitals of west Shoa zone, Oromia regional state, Ethiopia: a cross sectional study. Science journal of public health. 2015;3:161-7.

389. Günday F, Taş A, Abacıgil F, Arslantaş H. Hemşirelerde iş doymu ve iş yaşamı kalitesini etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. Adnan Menderes Üni Sağ Bil Fak Der. 2022;6:216-32.

390. Tosun NO. Yönetici hemşirelerin duygusal zekâ becerileri ve stresle başa çıkma davranışlarının İncelenmesi. İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2015.

391. Batı S, Küçükkendirci H, Gök T, Güler YR. Sağlık çalışanlarında iş doymu düzeyinin belirlenmesi. Sağ Perf Kalite Der. 2017;13:37-66.

392. Diakos GE, Koupidis S, Dounias G. Measurement of job satisfaction among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Med Int.* 2022;3:2-. doi:10.3892/mi.2022.62.
393. Abdullah MM, Uli J, Parasuraman B. Job satisfaction among secondary school teachers. *J Kemanusiaan.* 2009;13.
394. Eminoglu A, Duruk N. Evaluation of the effect of the Covid 19 pandemic on nurses' burnout and job satisfaction. *Sağ Prof Araş Der.* 2023;5:113-23. doi:10.57224/jhpr.1223165.
395. Hamurcu H, Küçük GÖ. Hemşirelik, rehberlik ve psikolojik danışmanlık bölümü öğrencilerinin psikolojik sağlamlık ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi. *Sağ Bil Der.* 2023. doi:10.34108/eujhs.1119023.
396. Bozdoğan Yeşilot S, İnel Manav A, Dünder Y, Kiliç N, Ateş D, Özler S. Coping styles, psychological resilience and mental health status of nurses working in the regional mental health and illness hospital. *Adnan Menderes Üni Sağ Bil Fak Der.* 2021;5:275-87. doi:10.46237/amusbfd.770861.
397. Bilge Y, Bilge Y. Koronavirüs salgını ve sosyal izolasyonun psikolojik semptomlar üzerindeki etkilerinin psikolojik sağlamlık ve stresle baş etme tarzları açısından incelenmesi. *Klin Psik Der.* 2020;23.
398. Liang S-Y, Liu H-C, Lu Y-Y, Wu S-F, Chien C-H, Tsay S-L. The influence of resilience on the coping strategies in patients with primary brain tumors. *Asian Nurs Res.* 2020;14:50-5. doi:10.1016/j.anr.2020.01.005.
399. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Álvarez-Fuentes E, Iraurgi I. Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. *PLoS One.* 2021;16:e0252075-e. doi:10.1371/journal.pone.0252075.
400. Alonso-Tapia J, Rodríguez-Rey R, Garrido-Hernansaiz H, Ruiz M, Nieto C. Coping, personality and resilience: Prediction of subjective resilience from coping strategies and protective personality factors. *Behav Psychology.* 2019.
401. Srivastava RV, Tang T. Coping intelligence theory: coping strategies, satisfaction and sales commission. *J Busin Ind Market.* 2018;33:610-24. doi:10.1108/jbim-03-2017-0072.
402. Cabras C, Mondo M. Coping strategies, optimism, and life satisfaction among first-year university students in Italy: gender and age differences. *Higher Educ.* 2017;75:643-54. doi:10.1007/s10734-017-0161-x.
403. Xu L, Liu R-D, Ding Y, Mou X, Wang J, Liu Y. The mediation effect of coping style on the relations between personality and life satisfaction in chinese adolescents. *Front Psychol.* 2017;8:1076-. doi:10.3389/fpsyg.2017.01076.
404. Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs.* 2000;31:681-8. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01323.x.
405. Welbourne JL, Eggerth D, Hartley TA, Andrew ME, Sanchez F. Coping strategies in the workplace: Relationships with attributional style and job satisfaction. *J Vocat Behav.* 2007;70:312-25. doi:10.1016/j.jvb.2006.10.006.

406. Caricati L, Foà C, Fruggeri L, Tonarelli A. COPE-NVI-25: validazione italiana della versione ridotta della Coping Orientation to the Problems Experienced (COPE-NVI). *Psicol Salute*. 2015;123-40. doi:10.3280/pds2015-002007.
407. Golbasi Z, Kelleci M, Dogan S. Relationships between coping strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: Cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2008;45:1800-6. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.06.009.
408. Labrague LJ. Pandemic fatigue and clinical nurses' mental health, sleep quality and job contentment during the covid-19 pandemic: The mediating role of resilience. *Journal of Nursing Management*. 2021;29:1992-2001.
409. Karagöz Y, Durak İ, Mutlu HT. Psychological resilience and life satisfaction of healthcare professionals in turkey: The mediating role of fear of covid. *Türk Psikol Danış Reh Der*. 2021;11:403-17. doi:10.17066/tpdrd.1001724.
410. Uzun K, Tortumlu M. Mesleki tükenmişliğin sağlık çalışanlarının yaşam doyumu üzerindeki etkisinde psikolojik sağlamlığın ve umudun aracı rolünün İncelenmesi. *Humanitas*. 2022;10.
411. Tras Z, Kabakci B, Bilge B. Investigation of the psychological resilience of teacher candidates in terms of sense of humor and life satisfaction. *Res Pedagogy*. 2021;11:251-63. doi:10.5937/istrped2101251t.
412. Al-Abyadh MHA, Azim H. Psychological resilience and its relationship with life satisfaction and academic self-efficacy among university students in light of the Coronavirus (COVID-19). *Ilkogretim Online*. 2020;19:351-65.
413. Tecson KM, Wilkinson LR, Smith B, Ko JM. Association between psychological resilience and subjective well-being in older adults living with chronic illness. *Proc Bayl Univ Med Cent*. 2019;32:520-4. doi:10.1080/08998280.2019.1625660.
414. Rani R, Midha P. Does resilience enhance life satisfaction among teenagers? *IOSR-JHSS*. 2014;19:16-9. doi:10.9790/0837-19671619.
415. Gundogan S. The mediator role of the fear of COVID-19 in the relationship between psychological resilience and life satisfaction. *Curr Psychol*. 2021;40:6291-9. doi:10.1007/s12144-021-01525-w.
416. Blando MKV. Are you satisfied with your job?: The mediating effects of resilience to meaningfulness and job satisfaction. De La Salle University Manila 2019.
417. Mantas Jiménez S, Lluch Canut MT, Roldán Merino J, ReigGarcia G, Juvinyà Canal D. Resilience and job satisfaction among out-of-hospital emergency medical service professionals: A cross-sectional multi centric study. *Journal of Nursing Management*. 2022;30:2084-92. doi:10.1111/jonm.13645.
418. Onan G, Turhan M, Helvacı İ. The relationships between psychological resilience, employee resilience, organizational resilience, and job satisfaction: A study on the service sector. *J Busin Res Turk*. 2021;4:3278-92. doi:10.20491/isarder.2021.1322.
419. Macit M, Karaman M, Ceren MA. The relationship between psychological capital and job satisfaction: An application in health employees. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üni Sos Bil Der*. 2020;17:380-404. doi:10.33437/ksusbd.561842.

420. Zhang X, Bian L, Bai X, Kong D, Liu L, Chen Q, et al. The influence of job satisfaction, resilience and work engagement on turnover intention among village doctors in China: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:283. doi:10.1186/s12913-020-05154-0.
421. Hou J, He Y, Zhao X, Thai J, Fan M, Feng Y, et al. The effects of job satisfaction and psychological resilience on job performance among residents of the standardized residency training: a nationwide study in China. *Psychol Health Med.* 2020;25:1106-18. doi:10.1080/13548506.2019.1709652.
422. Meneghel I, Borgogni L, Miraglia M, Salanova M, Martínez IM. From social context and resilience to performance through job satisfaction: A multilevel study over time. *Human Relat.* 2016;69:2047-67. doi:10.1177/0018726716631808.
423. Piotrowski A, Sygit-Kowalkowska E, Boe O, Rawat S. Resilience, occupational stress, job satisfaction, and intention to leave the organization among nurses and midwives during the covid-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:6826. doi:10.3390/ijerph19116826.
424. Albalá-Genol J, Díaz-Fúnez PA, Mañas-Rodríguez MÁ. Resilience and job satisfaction: Effect of moderated mediation on the influence of interpersonal justice on the performance of public servants. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20:2957. doi:10.3390/ijerph20042957.
425. Kanbur E, Kanbur A, Özdemir B. Psikolojik dayanıklılık ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkide İş doyumunun aracılık rolü: Havacılık sektöründe bir araştırma. *İş İnsan Der.* 2017. doi:10.18394/iid.321941.

EKLER

EK 1: Katılımcılara Uygulanan Anket.....	II
---	-----------



EK 1: Katılımcılara Uygulanan Anket

PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI, İŞ VE YAŞAM TATMİNİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sayın Katılımcı;

Bu araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarında psikolojik sağlamlık, stresle başa çıkma tarzları, iş ve yaşam tatmini değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Vereceğiniz cevaplar bilimsel çalışma dışında kesinlikle başka bir amaç için kullanılmayacaktır.

Anketi doldurmak için ayıracağınız süre ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

BÖLÜM 1: SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız : (Lütfen belirtiniz).
2. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek
3. Eğitim Durumunuz (Lütfen en son bitirdiğiniz tek bir eğitim dalını işaretleyiniz):
() Lise () İki Yıllık Yüksekokul (Önlisans)
() Dört Yıllık Yüksekokul / Fakülte () Yüksek lisans ya da Doktora
4. Medeni Durumunuz : () Evli () Bekar
5. Hastanedeki göreviniz:
() Hekim () Hemşire () Diğer
6. Hangi birimde görev yapmaktasınız?
() Servis () Poliklinik () Diğer.....
() Acil () Yoğun Bakım
7. Sağlık sektöründe toplam çalışma süreniz (yıl olarak): Lütfen belirtiniz.

BÖLÜM 2: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Açıklama: Lütfen sizin için işte sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesine göre işaretleme yapınız. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse, %0'ın altındaki kutu içine, çok uygun ise %100'ün altındaki kutu içerisine işaretleme yapınız.

Maddeler	Sizi ne kadar tanımlıyor. Size ne kadar uygun.			
	%0	%30	%70	%100
Bir Sıkıntım Olduğunda ...				
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.				
8. Olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				

13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.				
20. Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.				
25. “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönden değiştiğimi, olgunlaştığımı hissederim.				
27. Benim suçum ne diye düşünürüm.				
28. “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

BÖLÜM 3: PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda zor durumlarda gösterilen davranışlardan bazıları sıralanmıştır. Eğer bu davranış sizi tam olarak ifade ediyorsa “Tamamen Katılıyorum” seçeneğini sizin için

hiç uygun değilse “Hiç Katılmıyorum” seçeneğini veya kendinizi yakın hissettiğiniz diğer “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” seçeneklerinden birini seçiniz.

Maddeler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi hızla toparlayabilirim.	1	2	3	4	5
2.Stresli olayları atlatmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
3.Stresli bir olaydan sonra kendime gelmem uzun sürmez.	1	2	3	4	5
4.Kötü bir şey olduğunda kendimi toplamak benim için zordur.	1	2	3	4	5
5.Zor zamanları genelde az sorun ile aşarım.	1	2	3	4	5
6.Hayatımdaki aksiliklerin etkisinden kurtulmak uzun zamanımı alır.	1	2	3	4	5

BÖLÜM 4: İŞ TATMİNİ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda çalışanların işleri hakkında hissettikleri bazı ifadeler listelenmiştir. Eğer bu ifade size tam olarak uygunsa “Tamamen Katılıyorum” seçeneğini sizin için hiç uygun değilse “Hiç Katılmıyorum” seçeneğini veya kendinizi yakın hissettiğiniz diğer “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” seçeneklerinden birini seçiniz.

Maddeler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Şuan ki işimden oldukça memnunum.	1	2	3	4	5
2.Çoğu zaman işime karşı hevesliyimdir.	1	2	3	4	5
3.İşteki her günüm hiç bitmeyecekmiş gibi gelir.	1	2	3	4	5
4.İşimi eğlenceli bulurum.	1	2	3	4	5
5.İşimin oldukça tatsız olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5

BÖLÜM 5: YAŞAM TATMİNİ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda bireylerin hayatları hakkında hissettikleri bazı ifadeler listelenmiştir. Eğer bu ifade size tam olarak uygunsa “Tamamen Katılıyorum” seçeneğini sizin için hiç uygun değilse “Hiç Katılmıyorum” seçeneğini veya kendinizi yakın hissettiğiniz diğer “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum” seçeneklerinden birini seçiniz.

Maddeler	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Hayatım birçok yönüyle ideallerime yakındır.	1	2	3	4	5
2.Hayat koşullarım mükemmeldir.	1	2	3	4	5
3.Hayatımdan memnunum.	1	2	3	4	5
4.Şimdiye kadar hayatımda istediğim önemli şeyleri elde edebildim.	1	2	3	4	5
5.Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ



BENZERLİK RAPORU

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, STRESLE
BAŞA ÇIKMA TARZLARI, İŞ VE YAŞAM TATMİNİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 11	% 9	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

