



**İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ
BİRİMİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN İŞ MEMNUNİYETİYLE İLİŞKİSİ**

Yunus ALİTURAN

**DOKTORA TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

TEMMUZ 2024

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Yunus ALİTURAN

31.07.2024

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İŞ MEMNUNİYETİYLE İLİŞKİSİ

(Doktora Tezi)

Yunus ALİTURAN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2024

ÖZET

Bu çalışmada, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nde görevli sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ile iş memnuniyeti arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığının iş verimliliği ve memnuniyet üzerindeki etkilerini belirlemek ve bu bağlamda etkili müdahaleler önermektir. Çalışma, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir kesitsel anket tasarımı temel almaktadır. Araştırma, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlıkları Evde Sağlık Birimlerinde görev yapan 177 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara ait temel tanımlayıcı özellikler, ikinci bölümde çalışma yaşamı ile ilgili özellikler, üçüncü bölümde Maslach tükenmişlik ölçeği, dördüncü bölümde Beck depresyon ölçeği ve beşinci bölümde Çalışan Memnuniyeti ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, meslekteki süre, evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, mesleği isteyerek seçme, meslekten memnuniyet, mesleği yakınlarına önerme, haftalık çalışma saati, yurtdışına gitmeyi tercih etme, kronik hastalık varlığı, sağlık durumu, evde sağlık hizmetlerinde çalışmaktan memnuniyet ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet gibi bilgileri toplanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS 28 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, frekans analizi, bağımsız örneklem T-testi, Anova (tek yönlü varyans) analizi, Pearson korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi istatistiksel yöntemler uygulanmıştır. Bu çoklu regresyon analizinin bağımlı değişkeni iş memnuniyeti, bağımsız değişkenleri tükenmişlik, depresyon, tanımlayıcı bilgiler ve çalışma koşullarına ilişkin değişkenler yer almaktadır. Araştırma bulguları, katılımcıların tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çeşitli sosyo-demografik ve mesleki özelliklere göre farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Kadın sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ve depresyon düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bekar katılımcıların evlilere göre daha yüksek tükenmişlik ve depresyon düzeylerine sahip olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan katılımcıların tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleki özellikler açısından, hemşirelerin duygusal tükenme düzeylerinin sağlık teknikerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca, yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcıların tükenmişlik düzeylerinin, yönetici pozisyonunda çalışanlara göre daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Meslekteki çalışma süresi ve haftalık çalışma saatlerinin tükenmişlik ve depresyon üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırma, evde sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin iş memnuniyeti üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin azaltılması için sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinin artırılması, çalışma ortamının iyileştirilmesi ve çalışan memnuniyetini artıracak önlemlerin alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Bilim Kodu : 1007
Anahtar Kelimeler : Evde sağlık hizmetleri, Sağlık çalışanları, Tükenmişlik, Depresyon, İş memnuniyeti
Sayfa Adedi : 198
Danışman : Doç. Dr. Hakan TÜZÜN

ISTANBUL PROVINCIAL HEALTH DIRECTORATE HOME HEALTH SERVICES
UNIT RELATIONSHIP BETWEEN BURNOUT AND DEPRESSION LEVELS AND
JOB SATISFACTION AMONG HEALTH WORKERS

(Ph. D. Thesis)

Yunus ALİTURAN

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

July 2024

ABSTRACT

In this study, the relationship between burnout and depression levels and job satisfaction of healthcare professionals working in the Home Health Services Unit of Istanbul Provincial Health Directorate was examined. The aim of the study is to determine the effects of psychological health of healthcare workers on work productivity and satisfaction and to suggest effective interventions in this context. The study is based on a cross-sectional survey design using the Maslach Burnout Scale and Beck Depression Scale. The study was conducted on 177 healthcare workers in Istanbul. Data collection tools consist of four sections. In the first part, general information of the participants, in the second part Maslach Burnout Scale, in the third part Beck Depression Scale and in the fourth part Employee Satisfaction Scale were used. Information such as gender, age, marital status, occupation, time in the profession, time working in home health services, willingly choosing the profession, satisfaction with the profession, recommending the profession to relatives, weekly working hours, preference to go abroad, presence of chronic disease, health status, satisfaction with working in home health services and satisfaction with managers in home health services were collected. IBM SPSS 28 package program was used for data analysis. Statistical methods such as descriptive statistics, frequency analysis, independent sample T-test, Anova (one-way variance) analysis, Pearson correlation analysis and multiple regression analysis were applied. The findings of the study revealed that the burnout and depression levels of the participants differed according to various socio-demographic and occupational characteristics. It was found that female health care workers had higher levels of emotional exhaustion and depression than male health care workers, but this difference was not statistically significant. It was found that single participants had higher levels of burnout and depression than married participants and this difference was significant. It was determined that burnout and depression levels of participants with chronic diseases were significantly higher than those without chronic diseases. In terms of occupational characteristics, nurses were found to have higher levels of emotional exhaustion than health technicians. In addition, it was determined that the burnout levels of the participants who did not work in managerial positions were higher than those who worked in managerial positions, but this difference was not statistically significant. It was determined that working hours and weekly working hours in the profession did not have a significant effect on burnout and depression. This study shows that burnout and depression levels of health personnel working in home health services have significant effects on job satisfaction. It was concluded that in order to reduce depression and burnout levels, psychological support and counseling services for healthcare workers should be increased, the working environment should be improved and measures should be taken to increase employee satisfaction.

Science Code : 1007

Key Words : Home health services, Healthcare workers, Burnout, Depression, Job Satisfaction

Page Number : 198

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Hakan Tüzün

TEŞEKKÜR

Bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana eğitim veren, yol gösteren, mesleki gelişimimde büyük katkıları olan başta tez danışmanım Doç. Dr. Hakan TÜZÜN olmak üzere, her zaman bizleri destekleyen değerli hocalarım; Prof. Dr. Seçil ÖZKAN, Prof. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Prof. Dr. Sefer AYCAN Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL, Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN, Dr. Öğr. Üyesi Cansu ÖZBAŞ, Dr. Öğr. Üyesi Sultan Pınar ÇETİNTEPE ve Dr. Öğr. Üyesi Volkan MEDENİ'ye sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Gazi Üniversitesi Etik komisyonuna, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Prof. Dr. Adviye Gülçin SAĞDIÇOĞLU CELEP ve Cengiz ÇATAL'a, İstanbul İl sağlık Müdürlüğüne Yöneticilerine ve Evde sağlık hizmetleri sunan sağlık çalışanları meslektaşlarıma Uzm. Yeliz LEBLEBİCİ'ye sağladıkları destekler ile araştırmamın gerçekleşmesini mümkün kılmışlardır sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca beni her zaman destekleyen Aileme, anlam katan Türkiye Cumhuriyeti Devletime, Arkadaşlarıma, çalışmamda destek olan Alb. Ercan BOZOĞLU'na teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Evde Sağlık Hizmetleri.....	7
2.1.1. Evde sağlık hizmetlerinin tanımı.....	7
2.1.2. Evde bakım hizmetleri kapsamı	8
2.1.3. Evde sağlık hizmetlerinin önemi	12
2.1.4. Evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi	13
2.1.5. Evde sağlık hizmetleri sağlayıcı türleri	15
2.1.6. Evde sağlık hizmetleri finansman kaynakları	16
2.1.7. Evde sağlık hizmetleri sunumunun düzenlenmesi ve çalışanların durumu	17
2.1.8. Evde sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması.....	18
2.1.9. Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi	20
2.1.10. Evde sağlık hizmetlerinin avantajları ve sınırlılıkları	22
2.1.11. Sağlık hizmeti sunumu açısından evde sağlık hizmetleri.....	24
2.1.12. Evde sağlık hizmet birimleri	27
2.2. Depresyon	29
2.2.1. Depresyonun tanımı ve önemi.....	29
2.2.2. Depresyon epidemiyolojisi.....	30

	Sayfa
2.2.3. Depresyonun nedenleri.....	31
2.2.4. Depresyon türleri.....	35
2.2.5. Depresyonun belirtileri.....	41
2.2.6. Depresyonun etiyolojisi.....	45
2.2.7. Biyolojik faktörler	45
2.3. Tükenmişlik	53
2.3.1. Tükenmişlik tanımı ve belirtileri.....	53
2.3.2. Tükenmişlik ile ilgili kuramsal açıklamalar	56
2.3.3. Tükenmişlik nedenleri	68
2.3.4. Tükenmişliğin sonuçları	79
2.3.5. Tükenmişlikle başa çıkma yolları.....	83
2.4. İş Memnuniyeti.....	85
2.4.1. İş memnuniyeti kavramı ve tanımı.....	85
2.4.2. İş memnuniyeti kavramının özelliği ve önemi	86
2.4.3. İş memnuniyeti ile ilgili faktörler.....	87
2.4.4. İş memnuniyetini açıklayan teoriler	99
2.4.5. İş memnuniyetinin önemi ve unsurları.....	102
3. GEREÇ VE YÖNTEM	105
3.1. Araştırmanın Kapsamı	105
3.2. Araştırma bölgesinin Tanıtımı	105
3.3. Araştırmanın Tipi.....	105
3.4. Evren ve Örneklem	105
3.5. Araştırmanın Etik İzni	106
3.6. Araştırmanın Uygulama Süresi.....	106
3.7. Araştırmanın Veri Kaynağı Uygulama şekli ve Toplama Araçları.....	107
3.7.1. Temel tanımlayıcı özellikler	107

	Sayfa
3.7.2. Çalışma yaşamı ile ilgili özellikler.....	107
3.7.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	107
3.7.4. Beck Depresyon Ölçeği.....	108
3.7.5. Çalışan Memnuniyeti Ölçeği.....	109
3.8. Veri Toplama Araçlarının Güvenirliliği ve Dağılım Özelliği.....	109
3.9. İstatistiksel Analiz Süreci.....	110
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları	111
4. BULGULAR	113
4.1. Katılımcılara Yönelik Tanımlayıcı Bulgular.....	113
4.1.1. Sosyo-demografik özellikler	113
4.1.2. Mesleki Özellikler	114
4.1.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine yönelik bulgular	115
4.1.4. Tükenmişlik ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırması	116
4.1.5. Tükenmişlik ile mesleki özelliklerin karşılaştırması.....	118
4.2. Beck Depresyon Ölçeğine Yönelik Bulgular.....	121
4.2.1. Depresyon ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırması	122
4.2.2. Depresyon ile mesleki özelliklerin karşılaştırması.....	123
4.3. Çalışan Memnuniyet Ölçeğine Yönelik Bulgular.....	124
4.3.1. Çalışan memnuniyet ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırması ..	125
4.3.2. Çalışan memnuniyet ile mesleki özelliklerin karşılaştırması	130
4.4. Tükenmişlik ve Depresyon ile Çalışan Memnuniyeti İlişkisi.....	135
4.5. Tükenmişlik ve Depresyonun Çalışan Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi.....	137
5. TARTIŞMA.....	139
5.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	139
5.2. Maslach Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler	140
5.3. Beck Depresyon Ölçeği Düzeyi ve İlişkili Faktörler.....	150

Sayfa

5.4. Çalışan Memnuniyet Ölçeği Düzeyi ve İlişkili Faktörler	153
5.5. Tükenmişlik ve Depresyonun Çalışan Memnuniyeti Üzerindeki İlişkisi	155
6. SONUÇ	159
KAYNAKLAR.....	161
EKLER.....	183
EK-1. Anket	184
EK-2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	187
EK-3. Beck Depresyon Ölçeği.....	188
EK-4. Çalışan Memnuniyet Ölçeği.....	193
EK-5. Etik Komisyon İzni	195
EK-6. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzini	197
ÖZGEÇMİŞ	198

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği düzeyleri.....	108
Çizelge 3.2. Depresyon düzeyleri.....	109
Çizelge 3.3. Güvenirlilik ve dağılım özellikleri	110
Çizelge 4.1. Sosyo-demografik özellikler	113
Çizelge 4.2. Mesleki özelliklere yönelik tanımlayıcı analizler.....	114
Çizelge 4.3. Mesleki özellikler ortalamaları.....	115
Çizelge 4.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine yönelik tanımlayıcı bulgular.....	115
Çizelge 4.5. Sosyo-demografik özelliklere göre duygusal tükenme	116
Çizelge 4.6. Sosyo-demografik özelliklere göre duyarsızlaşma.....	117
Çizelge 4.7. Sosyo-demografik özelliklere göre kişisel başarı.....	117
Çizelge 4.8. Yaş ve algılanan sağlık durumu ile tükenmişlik ilişkisi.....	118
Çizelge 4.9. Mesleki özelliklere göre duygusal tükenme	119
Çizelge 4.10. Mesleki özelliklere göre duyarsızlaşma.....	119
Çizelge 4.11. Mesleki özelliklere göre kişisel başarı.....	120
Çizelge 4.12. Mesleki özellikler ile tükenmişlik ilişkisi.....	120
Çizelge 4.13. Beck Depresyon Ölçeğine yönelik tanımlayıcı bulgular	121
Çizelge 4.14. Sosyo-demografik özelliklere göre depresyon	122
Çizelge 4.15. Sosyo-demografik özellikler ile depresyon ilişkisi.....	123
Çizelge 4.16. Mesleki özelliklere göre depresyon	123
Çizelge 4.17. Mesleki özellikler ile depresyon ilişkisi	124
Çizelge 4.18. Çalışan Memnuniyeti Ölçeğine yönelik tanımlayıcı bulgular	124
Çizelge 4.19. Sosyo-demografik özelliklere göre çalışan memnuniyeti puanı.....	125
Çizelge 4.20. Sosyo-demografik özelliklere göre çalışan ortamından memnuniyeti puanı.....	126
Çizelge 4.21. Sosyo-demografik özelliklere göre aidiyet puanı	126

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.22. Sosyo-demografik özelliklere göre yenilik, değişim, kalite puanı	127
Çizelge 4.23. Sosyo-demografik özelliklere göre bireysel mesleki gelişim puanı	128
Çizelge 4.24. Sosyo-demografik özelliklere göre sosyal kültürel imkânlar puanı	128
Çizelge 4.25. Sosyo-demografik özellikler ile çalışan memnuniyeti ve alt boyutları ilişkisi.....	129
Çizelge 4.26. Mesleki özelliklere göre çalışan memnuniyeti puanı	130
Çizelge 4.27. Mesleki özelliklere göre çalışma ortamından memnuniyet puanı	131
Çizelge 4.28. Mesleki özelliklere göre aidiyet puanı.....	131
Çizelge 4.29. Mesleki özelliklere göre yenilik, değişim, kalite puanı	132
Çizelge 4.30. Mesleki özelliklere göre bireysel mesleki gelişim.....	132
Çizelge 4.31. Mesleki özelliklere göre sosyal kültürel imkânlar puanı	133
Çizelge 4.32. Mesleki özellikler ile çalışan memnuniyeti ve alt boyutları ilişkisi	134
Çizelge 4.33. Tükenmişlik ve depresyon ile çalışan memnuniyeti ilişkisi	136
Çizelge 4.34. Tükenmişlik ve depresyonun çalışan memnuniyeti etkisi	137

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar

Açıklamalar

DSÖ

Dünya Sağlık Örgütü

ESH

Evde Sağlık Hizmetleri

KHHB

Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), görevi toplumlarının sağlığını korumak ve geliştirmek olan, sağlık kurum veya kuruluşlarında istihdam edilen tüm ücretli çalışanları sağlık çalışanı olarak tanımlamaktadır.

Evde sağlık hizmetleri, engelli bireyler, yaşlılar ve kronik rahatsızlıkları bulunan kişilerin yaşam kalitesini yükseltmeyi, bu bireylerin günlük yaşamlarını kolaylaştırmayı ve mümkün olan en iyi sağlık durumuna ulaşmalarını sağlamayı amaçlamaktadır (Altuntaş, Yılmaz, Güçlü ve Öngel, 2010). Bu hizmetler, bireyin kendi yaşam alanında, yani evinde veya günlük yaşamını sürdürdüğü çevrede, profesyonel sağlık çalışanları veya özel eğitim almış bakım personeli tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetlerin temelinde, hastaların, engellilerin veya yaşlıların, hastaneye ya da başka bir sağlık kuruluşuna gitmeksizin, kendi evlerinde kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi yatmaktadır (Güzel, 2018).

Evde sağlık hizmetleri, fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel ihtiyaçları kapsayacak şekilde geniş bir yelpazede destek sağlar. Bu hizmetler, sadece bireyin sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik değil, aynı zamanda aile üyelerinin üzerindeki yükü hafifletmeye ve evde bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmaya da odaklanmaktadır (Anker-Hansen ve diğerleri, 2018; Fıkar ve Hirsch, 2017). Evde sağlık hizmetlerinin bu çok boyutlu yapısı, hizmetlerin kalitesini ve etkinliğini sağlamak için sağlık çalışanlarının rolünü kritik hale getirmektedir. Sağlık çalışanları, evde sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden birini oluşturmaktadır. Bu çalışanlar, hastaların günlük bakım ihtiyaçlarını karşılamak, sağlık durumlarını izlemek ve gerektiğinde müdahale etmekle sorumludur. Ancak, bu hizmetlerin sunumu sırasında sağlık çalışanları, yoğun iş yükü, duygusal olarak zorlayıcı hasta bakım süreçleri ve çalışma koşullarının zorlukları gibi çeşitli stres faktörleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşama riskini artırmaktadır.

Tükenmişlik, özellikle insanlarla yüz yüze çalışmayı gerektiren mesleklerde yaygın olarak görülen bir durumdur. Maslach ve Jackson (1981) tarafından tanımlanan tükenmişlik sendromu, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissini azaltması olmak üzere üç boyutta ele alınmaktadır. Maslach Tükenmişlik Envanteri (MBI) bu alandaki en yaygın kullanılan ölçek araçlarından biridir. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik, iş verimliliğini

düşürmekte, hasta bakım kalitesini olumsuz etkilemekte ve çalışanların genel yaşam kalitesini azaltmaktadır. ABD’de yapılan bir çalışmada, tükenmişlik oranlarının sağlık çalışanları arasında genel nüfusa göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, tükenmişlik ile hasta bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemektedir (Shanafelt, T. D.2015). Sağlık çalışanlarında tükenmişliği etkileyen faktörler iş yükü ve çalışma saatleri, yoğun çalışma saatleri ve aşırı iş yükü sağlık çalışanlarının tükenmişliğini artıran en önemli faktörler arasında yer alır. Özellikle gece vardiyaları ve fazla mesai, fiziksel ve zihinsel yorgunluğa neden olabilir. Sağlık çalışanlarının duygusal yükü, hastaların acıları ve ölüm gibi duygusal olarak zorlayıcı durumlarla sık sık karşılaşır. Bu duygusal stres, zamanla tükenmişliğe yol açabilir. Yetersiz destek ve takdir, sağlık çalışanların yeterli desteği alamaması ve yaptıkları işin takdir edilmemesi, motivasyon kaybına ve tükenmişliğe neden olabilir. Bu durum, özellikle yönetim ve üst düzey yöneticiler tarafından destek eksikliği ile daha da kötüleşebilir. Sağlık çalışanlarının iş-yaşam dengesi kuramaması, tükenmişliğe katkıda bulunur. Uzun ve düzensiz çalışma saatleri, kişisel zamanın ve aile ile geçirilen zamanın azalmasına yol açar. Organizasyonel durumlarda hastane veya sağlık kuruluşlarının yönetim yapısı, iş yerindeki genel atmosfer ve organizasyonel politikalar, çalışanların tükenmişlik seviyelerini etkileyebilir. Hiyerarşik yapılar, bürokratik engeller ve yetersiz kaynaklar, stres ve tükenmişliğe yol açabilir (Dyrbye. L. N. 2017) Profesyonel kimlik ve beklentileri sağlık çalışanlarının kendi mesleklerine ilişkin yüksek beklentileri ve profesyonel kimlikleri, tükenmişlik riskini artırabilir. Mükemmelliyeçilik ve sürekli yüksek performans beklentisi, uzun vadede mental yorgunluğa yol açabilir. Kişisel yaşamda yaşanan stres faktörleri, tükenmişliği artırabilir. Ayrıca bireyin stresle başa çıkma becerileri, kişilik özellikleri ve psikolojik dayanıklılığı da tükenmişlik düzeyini etkileyebilir. Bu faktörlerin yanı sıra, her sağlık kuruluşunun kendine özgü koşulları ve çalışan profili, tükenmişlik düzeyini ve nedenlerini etkileyebilir. Tükenmişliği önlemeye yönelik stratejiler geliştirilirken bu faktörlerin dikkate alınması önerilmiştir (Shanafelt, T. D. 2016). Sağlık kuruluşlarının, çalışanlarının tükenmişliğini azaltmaya yönelik önlemler alması, hem çalışanların refahını hem de hasta bakım kalitesini artıracaktır.

Aynı şekilde, depresyon da sağlık çalışanları arasında yaygın olarak görülen bir diğer önemli sorundur (Kapan ve Yanıkkerem, 2016; Özlü ve ark.2021). Çin’de yapılan meta-analiz çalışmasında, sağlık çalışanları arasında depresyon ve anksiyetenin yaygın olduğu belirtilmiştir (Tao ve Zhang 2019; Moss, Good, Gozal, Kleinpell ve Sessler, 2016). Bu çalışmada, özellikle yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personelinin yüksek oranda

depresyon ve tükenmişlik sendromu yaşadığı vurgulanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bu çalışmada, hekimlerin genel nüfusa kıyasla daha yüksek oranda depresyon ve tükenmişlik yaşadığı araştırılmıştır Shanafelt, T. Dyrbye, L. (2012).

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, bu sorunlara yönelik stratejiler geliştirilmesi ve iş memnuniyetini artırıcı önlemlerin alınması, sağlık sektöründe karşılaşılan zorluklara etkin bir şekilde müdahale edilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu alanda yapılan araştırmalarda, sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyinin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Edis ve Keten, 2022; Atilla ve Karakaya, 2021). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerini etkileyen sosyo-demografik ve mesleki faktörleri belirlemektir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, meslekteki süre, evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, kronik hastalık varlığı ve sağlık durumu gibi değişkenlerin tükenmişlik ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi, bu konuda daha kapsamlı ve hedeflenmiş müdahalelerin geliştirilmesine olanak sağlayacaktır.

İş memnuniyeti, çalışanların tutum ve davranışlarını etkileyen, çalışma ortamının kritik bir bileşenidir (Rhoades ve Eisenberger, 2002). Bireylerin işlerine yönelik genel duygu ve tutumlarını içermekte, iş deneyimleriyle ilgili olumlu ve olumsuz duyguların bir karışımını temsil etmektedir (Liu ve diğerleri, 2015). İş memnuniyetinin yüksek olması, sadece çalışanların mutluluğu açısından değil, aynı zamanda iş yerindeki verimlilik ve etkinlik açısından da önemlidir. Çalışanların işlerinden tatmin olmaları, işyerinde daha az devamsızlık, düşük işten ayrılma oranları ve yüksek performans gibi olumlu sonuçlar doğurur (Judge, Thoresen, Bono ve Patton, 2001). İş memnuniyetinin önemi, çalışanların psikolojik ve fiziksel sağlığı üzerinde de belirgin bir etkiye sahiptir. İşlerinden memnun olan bireyler, daha düşük stres seviyelerine ve daha iyi genel sağlık durumlarına sahip olma eğilimindedirler (Faragher, Cass ve Cooper, 2005). Ayrıca, iş memnuniyeti, çalışanların iş yerindeki sosyal ilişkilerini ve genel yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Diener, 2000). Yapılan araştırmalar, iş tatmininin örgütsel vatandaşlık davranışı (ÖVD) ve iş performansı gibi çeşitli örgütsel sonuçlarla karmaşık bir şekilde bağlantılı olduğunu göstermiştir (Quratulain ve Khan, 2015)

İş memnuniyeti ile ilişkili faktörler çeşitli boyutlarda incelenebilmektedir. Fiziksel çalışma koşulları, iş memnuniyetini doğrudan etkileyen unsurların başında gelir. İyi donanımlı, temiz ve güvenli bir çalışma ortamı, çalışanların işlerini daha motive bir şekilde yapmalarını

sağlamaktadır. Herzberg (1968) tarafından ortaya konan iki faktör teorisi, iş memnuniyetini belirleyen unsurları hijyen faktörleri ve motivatörler olarak ikiye ayırmaktadır (Herzberg, 1968). Hijyen faktörleri arasında fiziksel çalışma koşulları, ücret, iş güvenliği ve iş arkadaşları ile ilişkiler yer alırken; motivatörler arasında işin kendisi, başarı duygusu, tanınma ve sorumluluk gibi unsurlar bulunur. Bu teoriye göre, hijyen faktörlerinin eksikliği iş memnuniyetsizliğine yol açarken, motivatörlerin varlığı iş tatminini artırmaktadır. Psikososyal ortam da iş memnuniyetinde kritik bir rol oynamaktadır. Destekleyici bir yönetim anlayışı, olumlu iş ilişkileri, etkin ekip çalışması ve iyi iletişim, çalışanların iş yerinde kendilerini değerli hissetmelerine katkıda bulunmaktadır (Karasek ve Theorell, 1990). Özellikle sağlık sektöründe, ekip çalışmasının ve iletişimin etkin olması, çalışanların iş tatminini doğrudan etkiler. Bir araştırmada, sağlık çalışanlarının iş yerinde yaşadıkları psikososyal destek düzeyinin, iş tatmini ve genel yaşam kalitesi ile güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (McNeese-Smith, 1996).

Ücret ve yan haklar, iş memnuniyetini belirleyen önemli faktörlerdendir. Sağlık çalışanlarının aldıkları maaşlar ve sunduğu yan haklar (örneğin sigorta, ikramiye, tatil), iş tatminini doğrudan etkiler. Tatmin edici bir ücret politikası, çalışanların motivasyonunu ve işlerine bağlılığını güçlendirir (Locke, 1976). Araştırmalar, adil ve rekabetçi bir ücret sisteminin, çalışan memnuniyeti ve iş performansı üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir (Heneman ve Judge, 2000). Aşırı iş yükü ve uzun çalışma saatleri ise iş memnuniyetini olumsuz etkileyen unsurlar arasındadır. Dengeli bir iş yükü ve uygun çalışma saatleri, sağlık çalışanlarının stres ve tükenmişlik düzeylerini azaltarak memnuniyeti artırır (Maslach ve Jackson, 1981). Özellikle sağlık sektöründe, yoğun iş temposu ve uzun nöbet saatleri, çalışanların iş tatminini düşüren önemli faktörlerdir. Bu bağlamda, iş yükünün adil bir şekilde dağıtılması ve çalışanlara yeterli dinlenme sürelerinin tanınması, iş tatmininin artırılmasında kritik öneme sahiptir (Schaufeli, Bakker ve Van Rhenen, 2009). Eğitim ve kariyer gelişim imkânları da iş memnuniyeti açısından büyük öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının mesleki eğitim olanaklarına erişimi, kariyer gelişim fırsatları ve sürekli öğrenme imkânları, onların iş tatminini yükseltir. Çalışanların kendilerini geliştirme ve kariyerlerinde ilerleme fırsatları bulmaları, memnuniyetlerini artırır (Noe, 1996). Bu bağlamda, sağlık kuruluşlarının, çalışanlarına sürekli eğitim ve profesyonel gelişim fırsatları sunmaları, hem çalışan memnuniyetini hem de hizmet kalitesini artırır. İş güvencesi, çalışanların işten çıkarılma korkusu yaşamadan çalışabilmelerini sağlar ve bu da iş memnuniyeti üzerinde olumlu bir etki oluşturur. Etkili ve destekleyici bir yönetim ve liderlik

tarzı, çalışanların iş memnuniyetini artırmada önemli bir rol oynar. Açık iletişim, çalışanların görüşlerine değer verilmesi ve katılımcı bir yönetim anlayışı, memnuniyeti olumlu yönde etkiler (Bass, 1990). İşin anlamı ve değeri de iş memnuniyeti açısından önemlidir. Sağlık çalışanları için işlerinin anlamlı ve değerli olduğunu hissetmeleri, iş tatminini artıran kritik bir faktördür. Hasta bakımında sağlanan başarılar ve hastalardan gelen olumlu geri bildirimler, işin anlamını pekiştirir (Hackman ve Oldham, 1976). Sonuç olarak, iş memnuniyeti, çok boyutlu ve çeşitli faktörlerin etkisi altında olan karmaşık bir kavramdır. Fiziksel koşullar, psikososyal ortam, ücret ve yan haklar, iş yükü, eğitim ve kariyer gelişim imkânları, iş güvencesi, yönetim tarzı ve işin anlamı gibi unsurlar, sağlık çalışanlarının iş memnuniyetini doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen önemli faktörlerdir. Sağlık kuruluşlarının bu faktörlere dikkat ederek, çalışan memnuniyetini artırmaya yönelik stratejiler geliştirmesi, hem çalışanların refahını hem de hasta bakım kalitesini olumlu yönde etkiler.

Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Evde Sağlık Hizmet Birimleri (ESHB) Sunum Yönetmeliğine göre: Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimlerdir. Öncelikli olarak uzman hekim konsültasyonu, fizyoterapi gibi Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından verilmesi mümkün olmayan hizmetlerin sunumuyla mükelleftir. Koordinasyon Merkezinin planlaması doğrultusunda Toplum Sağlığı Merkezlerini destekler. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitilmiş hekim/uzman hekim, yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşturulur. Yaşlı bakım teknikeri/evde hasta bakım teknikeri olmadığı hallerde bir yardımcı sağlık personeli ekibe dâhil edilir. İhtiyaç halinde psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen ve benzeri destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. Hastanın ihtiyacına göre ekibe uzman hekim ya da hekimler dâhil edilir. Hastane rollerinin belirlendiği gruplamaya göre A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde ESH' birimi kurulur.

Belirlenen amaçlar doğrultusunda sağlık sektöründe, evde sağlık hizmetlerinde çalışan personellerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin iş memnuniyeti düzeylerini ilişkisinin nasıl etkilediğini belirlemek hedeflenmiştir. Tükenmişlik ve depresyon etkenlerin ortadan kaldırılmasının sağlık çalışanların depresyon ve tükenmişlik düzeyini düşürerek memnuniyetinin arttırılması evde sağlık hizmetinin iyileştirilmesinde fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca evde sağlık hizmetlerinde çalışanların Tükenmişlik, Depresyon ve iş Memnuniyeti Düzeylerinin, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, görev ünvanı,

meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi gibi demografik değişkenler açısından gösterdiği farklılıklarında tespit edilerek hizmet ve sağlık personeli planlamalarında iyileştirme, yol gösterici olarak literatüre katkı sağlaması da amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Sağlık Hizmetleri

2.1.1. Evde sağlık hizmetlerinin tanımı

Evde sağlık hizmetleri rehabilitasyon gereksinimi duyan hastalar, engelli bireyler, yaşlılar ve kronik rahatsızlıkları bulunan kişilerin yaşam kalitesini yükseltmeyi, bu bireylerin günlük yaşamlarını kolaylaştırmayı ve mümkün olan en iyi sağlık durumuna ulaşmalarını sağlamayı amaçlamaktadır (Altuntaş, Yılmaz, Güçlü ve Öngel, 2010). Bu hizmetler; bireyin kendi yaşam alanında, yani evinde veya günlük yaşamını sürdürdüğü çevrede, profesyonel sağlık çalışanları veya özel eğitim almış bakım personeli tarafından sunulmaktadır. Bu hizmetlerin temelinde, hastaların, engellilerin veya yaşlıların, hastaneye ya da başka bir sağlık kuruluşuna gitmeksizin, kendi evlerinde kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi yatmaktadır (Güzel, 2018). Bu çerçevede, evde sağlık hizmetleri; fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel ihtiyaçları kapsayacak şekilde geniş bir yelpazede destek sağlar. Bu hizmetler sadece bireyin sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik değil, aynı zamanda aile üyelerinin üzerindeki yükü hafifletmeye ve evde bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmaya da odaklanmaktadır (Anker-Hansen ve diğerleri, 2018; Fikar ve Hirsch, 2017).

Kavramsal olarak evde sağlık hizmetleri, ulusal politikalara ve sosyal hizmetlerin yapılandırılmasına bağlı olarak ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bu terim, literatürde çeşitli biçimlerde ele alınmaktadır; bazı kaynaklarda "daimi bakım", diğerlerinde "toplum bazında uzun süreli bakım" veya "evde uzun süreli bakım" olarak ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenen ve "Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu" tarafından hazırlanan "Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu"nda, "uzun süreli bakım" ve "evde uzun süreli bakım" arasında önemli bir ayrım yapılmakta ve her iki kavram da detaylı bir şekilde incelenmektedir (WHO, 2000).

Evde bakım hizmetleri, mevcut sağlık ve sosyal hizmet yapılarına entegre edilmiş bir şekilde ele alınmalıdır. Bu yaklaşımda, bireyler kendi alışkın oldukları yaşam alanlarından ayrılmaksızın, ev ortamında bakım hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Bu hizmetler, geleneksel olarak aile, akraba, arkadaş ve komşular gibi yakın çevre tarafından ya da profesyonel sağlık çalışanları ve uzman bakım kadroları tarafından sunulmaktadır (Krick ve

diğerleri, 2019; WHO, 2000). Günümüzde, bir zamanlar zorunluluk veya tercih nedeniyle kullanılan huzurevleri ve benzeri bakım evleri, evde sağlık hizmetlerinin sunduğu avantajlar nedeniyle tercih edilmemektedir.

Evde sağlık hizmetleri, sağlık harcamalarında önemli ölçüde ekonomik tasarruf sağlamakta, aynı zamanda bireylerin toplumsal açıdan değerlerini koruyarak yaşam çevrelerinden koparılmadan hizmet alabilmelerine olanak tanımaktadır. Bu hizmet modeli, hastaneler gibi kurumsal sağlık ortamlarının aksine, daha kaliteli, güvenli, hızlı ve etkin bir bakım imkânı sunmaktadır. Evde sağlık hizmetleri sayesinde, hasta ile birebir ilgilenme ve gerektiğinde hızlı müdahale olanakları artmakta, bu da sağlık sorunlarının daha çabuk tespit edilmesi ve tedavi süreçlerine hızla başlanması gibi önemli faydalar sağlamaktadır (Chen ve diğerleri, 2017; Takahashi ve diğerleri, 2016). Sonuç olarak, evde uzun süreli bakım, bireylerin yaşam kalitesini artırırken aynı zamanda toplum sağlığı ve ekonomisi üzerinde de olumlu etkiler yapmaktadır. Bu hizmet modeli, modern sağlık politikaları ve sosyal hizmetler içinde merkezi bir role sahip olmalıdır. Böylece, evde sağlık hizmetleri, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlık yönetimi açısından vazgeçilmez bir unsur haline gelmektedir.

2.1.2. Evde bakım hizmetleri kapsamı

Evde bakım hizmetlerinin kapsamı, ulusal ve uluslararası düzeyde standartlaşmış bir model olmaksızın, ülkeden ülkeye değişkenlik gösteren bir yapıdadır. Her ülke, kendi kaynakları, demografik özellikleri, sosyo-kültürel yapısı ve sağlık politikaları doğrultusunda farklı hizmet modelleri geliştirmiştir. Evde bakım hizmetleri, genellikle kronik hastalıkları olan bireyler, yaşlılar, engelliler ve rehabilitasyon gereksinimi duyan hastalar gibi çeşitli ihtiyaç gruplarına yönelik olarak tasarlanmaktadır (WHO, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yayımlanan "Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım" raporunda, evde bakım hizmetlerinin önemi, gerekliliği ve kapsamı detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Raporda, bu hizmetlerin bireylerin kendi evlerinde kaliteli bir yaşam sürdürebilmeleri için elzem olduğu vurgulanmaktadır. Evde bakım, hastaların tanıdık bir ortamda, aileleri ve sevdikleri yanında, bireysel ihtiyaçlarına uygun sağlık hizmetleri alabilmelerini sağlar (WHO, 2000). Evde bakım hizmetleri, tıbbi bakım, kişisel bakım ve destek hizmetleri gibi geniş bir yelpazede sunulmaktadır. Tıbbi bakım; yara bakımı, ilaç yönetimi, fizik tedavi gibi hizmetleri içerirken, kişisel bakım; günlük yaşam aktivitelerinde

bireylere destek olma, kişisel hijyen, beslenme ve mobilite desteği gibi hizmetleri kapsar. Ayrıca, psikososyal destek ve ev işleri gibi destek hizmetleri de evde bakımın önemli bir parçasıdır (Genet, Boerma ve Kroneman, 2011).

Bu hizmetlerin kapsamı, bulaşıcı hastalıkların yönetimi, kronik rahatsızlıkların kontrolü, akut dönem tedavileri, doğum sonrası bakım ve palyatif bakım gibi geniş bir spektrumu içermektedir. Özellikle kronik hastalığı olan yaşlı bireyler, sürekli sağlık izlemi ve bakımı gerektiren durumlar için evde bakım hizmetleri hayati bir rol oynamaktadır (Shepperd ve diğerleri, 2017). Son yıllarda, teknolojinin ilerlemesi ile birlikte, evde sağlık hizmetlerinde de önemli gelişmeler yaşanmıştır. Tele-tıp ve mobil sağlık uygulamaları sayesinde, uzaktan sağlık danışmanlığı ve izleme hizmetleri, evde bakımın bir parçası haline gelmiştir. Bu yenilikler, hizmetlerin erişilebilirliğini artırmakta ve daha geniş bir hastalık yelpazesinde etkin yönetim sağlamaktadır (Kroneman ve diğerleri, 2016).

Evde bakım hizmetleri, sunulan hizmetler açısından üç temel kategoriye ayrılmaktadır ve bu kategoriler, hizmetlerin içeriği ve sürekliliği ile ilgili farklı ihtiyaç ve beklentileri karşılamak üzere düzenlenmektedir. İlk olarak, evde bakım hizmetleri tıbbi destekle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda bireylerin sosyal ihtiyaçlarını da kapsayacak şekilde geniş bir spektruma sahiptir. Bu hizmetler, bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını destekleyerek yaşam kalitelerini artırmayı hedeflemektedir. Bu çerçevede sunulan hizmetler, rutin sağlık kontrolleri, ilaç yönetimi, yara bakımı, fiziksel terapi gibi tıbbi işlemlerin yanı sıra, ruhsal destek, sosyal etkileşim, hizmetlerini de içermektedir (Cerrah ve diğerleri, 2024).

İkinci olarak, evde bakım hizmetlerinin sürekliliği, sunum şekline göre iki farklı kategori altında incelenmektedir: kısa süreli ve uzun süreli bakım. Kısa süreli bakım hizmetleri, genellikle hastaneden yeni taburcu olmuş hastalar için tasarlanmış olup, yaklaşık 30 gün süreyle sınırlıdır. Bu dönem boyunca, tıbbi takip ve rehabilitasyon hizmetleri ağırlıklı olarak sunulmaktadır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri daha geniş bir yelpazede tıbbi ve sosyal destek hizmetleri sunmaktadır ve altı ay veya daha uzun sürelerde devam eden bakım ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Bu tür hizmetler, genellikle kronik durumları olan bireyler için uygundur ve sosyal etkileşim ile psikolojik destek hizmetleri baskın bir rol oynamaktadır (Ağcasulu, 2021).

Üçüncü olarak, evde bakım hizmetleri kaynak açısından iki farklı şekilde sağlanabilmektedir. Bunlar profesyonel sağlık çalışanları tarafından yürütülen resmi (formal) bakım ve aile bireyleri ya da yakın çevre tarafından üstlenilen resmi olmayan (informal) bakım. Resmi bakım hizmetleri, lisanslı sağlık profesyonelleri tarafından verilmekte olup, bu hizmetler genellikle sağlık kuruluşları veya özel sağlık firmaları tarafından organize edilmektedir (Ağcasulu, 2021). Bu tür bir bakım, medikal gereksinimlerin profesyonelce yönetilmesini sağlar ve genellikle daha kompleks tıbbi durumlar için tercih edilmektedir. Resmi olmayan bakım ise genellikle hastanın kişisel ilişkileri çerçevesinde, sevdikleri tarafından sağlanmakta olup, bu bakım türü özellikle hasta bireyin moral ve motivasyonunu yüksek tutma açısından büyük önem taşımaktadır. Her iki bakım türü de, bireyin sağlık durumuna ve spesifik ihtiyaçlarına göre şekillendirilmekte ve uygulanmaktadır (Kaplan, 2023).

Profesyonel sağlık çalışanları tarafından yürütülen resmi evde bakım hizmetleri (formal care), bireylerin sağlık ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik olarak geniş bir hizmet yelpazesi sunmaktadır. Bu hizmetler aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır:

- **Hemşirelik Hizmetleri:** Evde bakım alan bireylere, uzman hemşireler tarafından düzenli ziyaretler gerçekleştirilmekte ve çeşitli hemşirelik uygulamaları sunulmaktadır. Bu hizmetler, bireyin sağlık durumunun takibi ve gerekli tıbbi müdahalelerin ev ortamında yapılmasını kapsamaktadır.
- **Destek Sağlık Hizmetleri:** Bu kategori altında, bireyin fiziksel ve psikolojik işlevselliğini destekleyen psikoterapi, fizik tedavi, ayak bakımı, konuşma terapisi ve meşguliyet tedavisi gibi hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmetler, bireylerin bağımsız yaşamlarını sürdürebilmeleri için kritik öneme sahiptir.
- **Gündüz/Gece Bakımı:** Bakıma muhtaç bireyler için günün belirli saatlerinde veya 24 saat süreyle kesintisiz bakım sağlanmaktadır. Bu hizmet, bireyin tüm temel ihtiyaçlarının karşılanmasını ve sürekli sağlık gözetiminin yapılmasını garanti eder.
- **Kişisel Bakım (Özbakım):** Bu hizmet, bireyin günlük yaşam aktiviteleri kapsamında yıkanma, giyinme ve benzeri ihtiyaçlarının yerine getirilmesine yardımcı olmaktadır, böylece bireyin yaşam kalitesi artırılmaktadır.
- **Ev İşlerine Yardım ve Ev Düzeni Yeniden Oluşturma:** Ev temizliği, ütü yapma, alışveriş gibi rutin ev işlerinde yardımcı olmakla birlikte, evin daha güvenli hale getirilmesi için düzenleme çalışmaları da yapılmaktadır. Bu bağlamda, kapı ve kilit onarımları, çatı

tamirleri, tekerlekli sandalye kullanımını kolaylaştıracak çıkış rampalarının kurulumu ve banyo güvenliğinin sağlanması gibi işlemler yer almaktadır.

- Sosyal Destek: Bireyin sosyal yaşamını destekleyen alışveriş yapma, dışarıya çıkarma, faturaların ödenmesi ve sosyal etkinliklere katılım gibi hizmetler de evde bakım kapsamında sunulmaktadır. Bu hizmetler, bireylerin sosyal izolasyonunu önlemeye ve sosyal ilişkilerini güçlendirmeye yöneliktir.
- Gıda ve Beslenme Hizmetleri: Yemek hazırlama ve pişirme gibi günlük faaliyetlerde zorlanan bireylere yönelik olarak evde yemek servisi sağlanmakta, ayrıca sağlık ve beslenme üzerine eğitimler verilmektedir.
- Danışmanlık Hizmetleri: Bireylerin hakları, sorumlulukları ve sağlık durumları hakkında bilgilendirildikleri, istek ve şikayetlerinin değerlendirildiği profesyonel danışmanlık hizmetleri de evde bakım programlarının önemli bir parçasıdır (Kaplan, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), evde sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamakta ve özellikle kronik hastalıkları olan ve günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyan bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasını önermektedir. Bu hizmetlerden, yaşlılar başta olmak üzere kronik rahatsızlıkları olan her yaş grubu, hamile kadınlar ve bebekler dâhil geniş bir demografik yapı faydalanabilmektedir (Anık, Uyanık ve Yılmaz, 2023). Özellikle 65 yaş ve üzeri bireyler, evde sağlık hizmetlerinin temel kullanıcıları arasında yer almaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2015 yılında evde sağlık hizmetleri yönetmeliğini yürürlüğe koymuştur. Bu yönetmelik; hastaların yaşadıkları ortamlarda muayene, tetkik, tedavi ve takip hizmetlerinin yanı sıra, sürekli kullanılan ilaçların raporlanması ve reçetelenmesi, kullanılan tıbbi cihazlar hakkında raporların düzenlenmesi ve bu cihazlar hakkında hastalara ve yakınlarına bilgilendirme yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Ayrıca, hastaya bakım veren kişilere yönelik tıbbi ve sosyal bilgilendirme de yönetmelik kapsamında yer almaktadır. Bu düzenlemeler, hastaların evde alacakları hizmetin kalitesini standartlaştırmayı ve sağlık hizmetlerine erişimde sürekliliği sağlamayı amaçlamaktadır (Taşdemir ve Ferdane Oğuzöncül, 2019).

Hastaların daha kapsamlı hastane hizmetlerine ihtiyaç duymaları durumunda, sağlık kuruluşlarına ve/veya sağlık kuruluşlarından evlerine nakilleri de bu hizmetler arasında düzenlenmiştir. Bu, özellikle acil müdahale gerektiren durumlarda veya uzman tıbbi tedaviye ihtiyaç duyan hastalar için büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla evde sağlık hizmetleri, kronik hastalıklar başta olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarıyla mücadele eden

bireyler için yaşam kalitelerini önemli ölçüde yükseltebilecek bir hizmet ağı sunmaktadır (Taşdemir ve Ferdane Oğuzöncül, 2019). Bu hizmetler, bireylerin kendi evlerinde, tanıdık ve konforlu bir ortamda, aile bireyleri ve sevdikleriyle birlikte kaliteli sağlık hizmeti alabilmelerini sağlamaktadır.

2.1.3. Evde sağlık hizmetlerinin önemi

Evde bakım hizmetlerinin temel amacı, hastalık ve engellilikten kaynaklanan olumsuz etkileri minimize ederek, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olabildiğince az etkileyecek şekilde maksimum tedavi ve bakımı sağlamak, böylece yaşam kalitesini artırmaktır. Bu hizmetlerin sağladığı konfor ve güvenlik, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkileyebilmekte, bireylerin moral ve psikolojileri üzerinde stabil bir etki oluşturabilmektedir (Genet ve ark. 2011). Araştırmalar, hastaların kendi evlerinde alınan sağlık hizmetlerinden, hastane ortamına kıyasla daha yüksek düzeyde memnuniyet duyduklarını göstermektedir (Otto ve ark. 2021). Ayrıca, evde sağlık hizmetleri, bireylerin sosyal izolasyon hissini azaltarak yaşam kalitelerini artırmakta ve hastaların aileleri ile daha fazla zaman geçirmelerine olanak tanımaktadır, bu da genel sağlık durumları üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir (Grabowski ve Mor, 2020).

Nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzaması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki teknolojik ve bilimsel gelişmeler, kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansında artışa yol açmaktadır. Bu durum, evde sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı daha da önemli hale getirmektedir.

Ekonomik faktörler ve sağlık teknolojisindeki ilerlemeler, hastane bazlı tedavilerden ziyade evde ve toplum içinde sağlık hizmetlerinin tercih edilmesini teşvik etmektedir. Bu geçiş, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve maliyet etkinliğini artırarak, toplum sağlığına olan katkılarıyla ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle, evde sağlık hizmetleri, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği ve bireylerin yaşam standartlarının iyileştirilmesi açısından stratejik bir öneme sahiptir (Çayır, 2020).

Kapsamlı evde bakım hizmetleri, kronik hastalıkları olan bireyler başta olmak üzere, engelli, yaşlı ve uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan herkes için essiz avantajlar sunmaktadır. Bu hizmetler, bireylerin kendi evlerinde, aileleri ve sevdikleriyle birlikte, hem fiziksel hem de

psikolojik olarak daha rahat bir ortamda yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamaktadır. Evde sağlık hizmetleri, toplumun genel sağlık düzeyini yükseltmek ve sağlık hizmetlerini herkes için daha ulaşılabilir kılmak amacıyla kritik bir role sahiptir (Otto ve ark. 2021).

2.1.4. Evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi

Evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi, modern sağlık sistemlerinin gelişimiyle yakından ilişkilidir ve kökleri eski zamanlara dayanmaktadır. Antik çağlarda bile, hastaların evlerinde tedavi edilmesi, hem medeniyetlerin sağlık anlayışının bir parçası hem de pratik bir zorunluluk olarak var olmuştur. Örneğin, eski Yunan ve Roma dönemlerinde, doktorlar hastaları ziyaret ederek temel tıbbi müdahalelerde bulunurlardı (Levine, Boal ve Boling, 2003). 19. yüzyılın ortalarına gelindiğinde, evde sağlık hizmetleri, özellikle endüstriyel bölgelerdeki yoğun iş gücü ihtiyacını karşılamak amacıyla, modern anlamda daha sistemli bir hale gelmeye başlamıştır. Bu dönemde, özellikle İngiltere'de, evde sağlık hizmetleri geniş kitlelere ulaşacak şekilde organize edilmiş ve bu hizmetler genellikle hayır kurumları tarafından yürütülmüştür (Schoen ve Koenig, 1997).

20. yüzyılın başlarına kadar, evde sağlık hizmetleri, esas olarak yoksul ve erişilemeyen kesimlere yönelik bir yardım faaliyeti olarak kalmıştır. Ancak, iki dünya savaşı sırasında, yaralı askerlerin tedavisinde evde bakım hizmetlerinin etkinliği gözler önüne serilmiştir. Savaş sonrası dönemde, evde sağlık hizmetlerine olan talep artmış, hükümetler bu hizmetleri sağlık sistemlerinin bir parçası olarak kabul etmeye başlamışlardır (Berg ve Cocks, 2002). 1960'lar ve 1970'lerde, teknolojiye ileriye gidenler ve sağlık hizmetlerine yönelik yeni yaklaşımlar, evde sağlık hizmetlerinin daha geniş bir kapsamda ve daha etkin bir şekilde sunulmasını mümkün kılmıştır. Bu dönemde, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde Medicare ve Medicaid gibi programların uygulamaya konulması, evde sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir dönüm noktası oluşturmuştur. Bu programlar sayesinde, yaşlı ve engelli bireyler evde profesyonel sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlayabilmiştir (Berg ve Cocks, 2002).

Günümüzde, evde sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini artırma, hastane yatış sürelerini azaltma ve sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürme potansiyeli nedeniyle dünya genelinde yaygın olarak kabul görmektedir. Bu hizmetler, kronik hastalıkları olan

bireylerden, yaşlılara, engellilere kadar geniş bir yelpazedeki hastalar için temel bir sağlık hizmeti olarak değerlendirilmekte ve sürekli olarak geliştirilmektedir (Berg ve Cocks, 2002).

Türkiye'de evde sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde, 1980 öncesinde devlet tarafından sağlanan önemli bir hizmet olarak ortaya çıkmıştır. 1980 yılından sonra ise özellikle özel sağlık kuruluşları, hastane sonrası tedavi ve bakım hizmetlerinde etkin bir rol oynamaya başlamışlardır. Türkiye'deki özel sektör tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri hakkında detaylı ve net bilgilerin olmaması, bu alandaki çalışmaların sınırlı kaldığını göstermektedir. Bununla birlikte, ülkemizde yapılan incelemeler, özel sağlık sigortalarının kapsamında evde sağlık hizmetlerinin de sunulduğunu ortaya koymaktadır (Merih ve ark. 2021).

10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 'Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik' ile Türkiye'de özel kuruluşlar tarafından verilen evde sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve denetlenmesi sağlanmıştır. Bu yönetmelik, evde sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, hizmet sunumu sırasında ortaya çıkabilecek sorunları minimize etmek ve hizmet alıcılarının haklarını korumak amacıyla önemli adımlar içermektedir (Altuntaş ve ark. 2010).

Buna ek olarak, 1 Şubat 2010 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe giren ve evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik yeni bir yönerge, bu alandaki hizmet standartlarını daha da iyileştirmeyi hedeflemiştir. Yönerge, hizmetlerin daha sistemli bir şekilde sunulmasını, hizmet kalitesinin sürekli izlenmesini ve geliştirilmesini öngörmektedir. Bu düzenlemelerle birlikte, evde sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve etkinliği artırılmış, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak evde bakım hizmetleri daha yapılandırılmış bir biçimde sunulmaya başlanmıştır (Doğusan, 2019).

Bu süreçte devlet ve özel sektör işbirliğiyle, Türkiye'de evde sağlık hizmetlerinin gelişimi, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından stratejik bir öneme sahip olmuştur. Devletin düzenleyici ve denetleyici rolleri, özel sektörün ise yenilikçi ve esnek hizmet sunumu kapasitesi, bu hizmetlerin toplumun geniş kesimlerine ulaşmasında kritik roller oynamıştır. Evde sağlık hizmetleri, özellikle kronik hastalıkları olan bireyler, yaşlılar ve engelli vatandaşlar için vazgeçilmez bir alternatif olarak sunulmaktadır. Bu hizmetler sayesinde birçok birey, hastanelerde uzun süreler kalmanın ekonomik ve psikolojik

yükünden kurtulmuş, kendi evlerinde, aileleriyle birlikte daha mutlu ve sağlıklı bir yaşam sürdürme imkânı bulmuştur (Doğusan, 2019).

2.1.5. Evde sağlık hizmetleri sağlayıcı türleri

Evde sağlık hizmetleri sağlayıcı modelleri, her ülkede farklılık göstermektedir. Bu sağlayıcılar kamu, özel (kâr amacı gütmeyen ve kâr amacı güden) kuruluşlar ile bunların karışımı şeklinde olabilmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin sunumu, genellikle kamu ve özel sektördeki kâr amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. İlk olarak, evde sağlık hizmetleri doktorları, hastaların evlerini ziyaret ederek tıbbi teşhis ve tedavi hizmetleri sunmaktadırlar. Bu doktorlar, genel pratisyenler veya uzman doktorlar olabilir ve akut veya kronik hastalıkların yönetiminde merkezi bir role sahiptirler (Ofiaz, 2022). Doktorların sağladığı bu ziyaretler, hastanın evde konforlu ve güvenli bir şekilde kalmasını sağlayarak, hastane kaynaklarının daha verimli kullanılmasına olanak tanımaktadır.

Hemşireler, evde sağlık hizmetleri ekibinin en temel bileşenlerinden biridir. Evde bakım hemşireleri, ilaç yönetimi, yara bakımı, fiziksel tedavi uygulamaları ve hastalık izleme gibi görevleri üstlenirler. Ayrıca, hastaların beslenme ve hijyen gibi günlük yaşam aktivitelerinde destek sağlarlar ve hastanın genel sağlık durumunu gözlemleyerek ilgili sağlık profesyonellerine bilgi vermektedirler (Kıskaç ve Girgin, 2022). Fizyoterapistler, özellikle fiziksel yaralanmaların veya operasyonların ardından hastaların rehabilitasyon sürecinde önemli bir yere sahiptirler. Bu uzmanlar, hareket kabiliyetini artırma, ağrıyı azaltma ve genel fiziksel fonksiyonları iyileştirme konusunda evde tedavi sağlarlar. Fizyoterapi hizmetleri, hastaların daha hızlı iyileşmesini ve evde bağımsız bir yaşam sürdürmelerini teşvik etmektedir (Kıskaç ve Girgin, 2022).

Sosyal hizmet uzmanları, hastaların sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını ele alır ve onlara psikososyal destek sunmaktadırlar. Ayrıca, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için kaynakların koordinasyonunda ve sağlık sigortası ile ilgili işlemlerde yardımcı olurlar (Zengin, 2016). Beslenme danışmanları, özellikle kronik hastalıkları olan hastalar için diyet planları hazırlar ve uygun beslenme stratejileri geliştirirler. Bu uzmanlar, hastaların sağlık durumuna uygun beslenme alışkanlıkları kazanmalarına yardımcı olur ve genel sağlık düzeylerinin iyileştirilmesine katkıda bulunurlar. Son olarak, evde sağlık yardımcıları veya bakıcılar, hastaların günlük ihtiyaçlarını karşılamak, ev işlerinde yardımcı

olmak ve gerekli durumlarda medikal olmayan destek sağlamak gibi roller üstlenirler. Bu sağlayıcılar, hastaların evde güvende ve rahat hissetmelerini sağlayarak, hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerinin işlerini kolaylaştırmaktadır (Zengin, 2016).

2.1.6. Evde sağlık hizmetleri finansman kaynakları

Genel olarak, kamu evde sağlık hizmetleri sistemlerinin finansmanı için çeşitli kaynaklar kullanılmaktadır; bunlar arasında genel vergilendirme, belediye bütçeleri, özel ödemeler ve sosyal sigortalar bulunmaktadır (Genet ve diğerleri, 2011). Vergiler ülkelere göre değişmektedir. Örneğin Danimarka, Portekiz ve İzlanda gibi çoğu ülkede temel kamu finansman kaynağı olarak hizmet vermektedir (Hutchinson, 2012; Stuart ve Hansen, 2006). Almanya bu uygulamanın bir istisnasıdır. Diğer bir yaygın kullanılan kamu finansman kaynağı ise sosyal sigortadır. Evde sağlık hizmetleri, Hollanda'da ve Almanya'da görüldüğü üzere zorunlu sağlık sigortasının bir parçası olarak veya sosyal güvenlik sistemi içinde finanse edilmektedir (Genet ve Boerma, 2012).

Kamu finansmanının yanı sıra, özel ödemeler de evde sağlık hizmetleri sistemlerinde önemli bir finansman kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyler veya aileleri tarafından yapılan doğrudan ödemeler, hizmetlerin kişisel olarak özelleştirilmesine olanak tanırken, aynı zamanda sistem üzerindeki mali baskıyı azaltmaktadır. Özel sağlık sigortaları, özellikle ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde, ESH için alternatif bir finansman mekanizması olarak ön plana çıkmaktadır. Bu sigortalar, bireylerin aldıkları hizmetlerin kalitesini artırma ve daha kapsamlı sağlık hizmeti erişimi sağlama potansiyeline sahiptir (Papanicolas ve ark. 2018).

Belediye bütçeleri de, özellikle yerel hükümetlerin sağlık hizmetlerine direkt müdahalede bulunduğu sistemlerde, evde sağlık hizmetlerinin finansmanında kritik bir role sahiptir. Yerel yönetimler, bu bütçeler aracılığıyla halk sağlığına yatırım yaparak, toplum sağlığını destekleyici projeleri ve yerel sağlık hizmetlerini finanse etmektedir (Özer ve Şantaş, 2012).

Bu finansman kaynakları, evde sağlık hizmetleri sistemlerinin sürdürülebilirliği, erişilebilirliği ve etkinliği açısından büyük önem taşımaktadır. Her bir finansman modelinin, hizmetin yapılandırılması, sunumu ve bireyler tarafından erişilebilirliği üzerinde belirleyici etkileri bulunmaktadır. Dolayısıyla, uygun finansman mekanizmalarının tasarlanması ve uygulanması, evde sağlık hizmetlerinin genel başarısında kritik bir faktördür (Özer ve

Şantaş, 2012). Özellikle ekonomik zorluklarla karşı karşıya olan ülkelerde, çeşitlendirilmiş ve sürdürülebilir finansman stratejileri geliştirmek, bu hizmetlerin toplumun geniş kesimleri tarafından kesintisiz bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır.

2.1.7. Evde sağlık hizmetleri sunumunun düzenlenmesi ve çalışanların durumu

Evde sağlık hizmetlerinin sunumu, belirlenen uygunluk kriterlerine bağlıdır. Çoğu ülkede, yaşlı bireyler bu hizmetler için öncelikli uygun alıcılar olarak kabul edilmektedir. Uygunluk kriterleri genellikle hastanın finansal durumunu, tıbbi durumunu ve gayri resmi bakımın varlığını dikkate alınmaktadır (Bihan ve Martin, 2006; van Hout ve diğerleri, 2019). Fransa'da, diğer Avrupa ülkelerine kıyasla değerlendirme sürecinin daha sıkı olduğu belirtilmektedir. Evde sağlık hizmetleri, İskandinav ülkeleri ve Türkiye gibi bazı ülkelerde hastaların gelirinden bağımsız olarak evrensel olarak kabul edilmektedir (Genet ve diğerleri, 2011). Öte yandan, finansal durumun yanı sıra yaş da uygunluk kriterleri arasında değerlendirilmektedir.

Evde sağlık hizmetleri çalışanları için hizmet sunumu oldukça talep kâr bir iştir (Totterdell ve Holman, 2003). Bakım verenler, hastadan hastaya seyahat ederken motorlu taşıt kazalarıyla ilişkili yaralanma riskinin arttığı durumlarla sıkça karşılaşmaktadır (Weerdts ve Baratta, 2015). Ayrıca, sırt yaralanmaları ve kas-iskelet bozukluklarına (Owen ve Staehler, 2003; Waters ve diğerleri, 2006) maruz kalmaları yaygındır. Bakım verenler aynı zamanda sıklıkla tükenmişlik (burnout) deneyimlemektedirler (Meissner ve diğerleri, 2007; Xanthopoulou ve diğerleri, 2007). Bu nedenle, iş tatminini artırmak ve çalışan devir hızını azaltmak için Evde sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma koşullarının düzenlenmesi hayati önem taşımaktadır.

Bu bağlamda, evde sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma şartlarının düzenlenmesi, hem hizmet kalitesini korumak hem de çalışanların sağlığını ve güvenliğini sağlamak için kritik bir adımdır. Çalışma saatlerinin, iş yükünün ve çalışma ortamının iyileştirilmesi, sektördeki personel memnuniyetini ve verimliliği doğrudan etkileyebilir. Ayrıca, düzenli eğitim ve destek programları, çalışanların mesleki becerilerini ve psikolojik dayanıklılıklarını geliştirebilir, böylece tükenmişlik oranları azalabilir (Totterdell ve Holman, 2003).

2.1.8. Evde sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Türkiye'de 2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan yönetmelik çerçevesinde, evde sağlık hizmetleri, yapılan başvuruların detaylı bir şekilde değerlendirilmesi ve ihtiyaç sahibi hastalara ulaşılması sürecini düzenlemektedir. Bu kapsamda, evde sağlık hizmet birimleri üç ana kategoride sınıflandırılmaktadır:

T tipi evde sağlık hizmetleri birimi

T tipi evde sağlık hizmetleri birimleri, Toplum Sağlığı Merkezleri'ne (TSM) bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Bu birimlerde hizmet sunumu; doktor, yardımcı sağlık personeli ve teknikerler tarafından yürütölmektedir. Eğer birimde tekniker bulunmuyorsa, bu eksiklik yardımcı sağlık personeli ile giderilmektedir. T tipi birimlerin aktif olarak hizmet verebilmesi için günlük olarak en az on hastaya bakım sağlanması gerekmektedir (Güzel, 2018)

T tipi evde sağlık hizmeti biriminin görevleri arasında, sosyal destek ihtiyacı olan kişileri ilgili kurumlara yönlendirme, kayıtlı hastaların sağlık verilerini düzenli olarak kaydetme ve güncelleme, hasta ve hasta yakınlarına evde bakım süreçleri hakkında tıbbi bilgilendirme yapma bulunmaktadır. Bu bilgilendirmeler, hastaların ve ailelerinin evde sağlık hizmetlerinden en verimli şekilde yararlanmalarını sağlamak için kritik öneme sahiptir (Doğusan, 2019).

Toplanan belgeler ve sağlık verileri, koordinasyon merkezine düzenli olarak gönderilmekte, bu veriler birimler tarafından aylık olarak incelenmekte ve analiz edilmektedir. Yıllık raporlar ise ilgili İl Sağlık Müdürlüğü Koordinasyon Merkezine iletilmekte, böylece bölgesel ve ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik stratejik kararlar alınmasına data sağlanmaktadır (Doğusan, 2019).

H tipi evde sağlık hizmetleri birimi

H tipi evde sağlık hizmetleri biriminin görevleri arasında, hasta veya yakınları tarafından yapılan başvuruların titizlikle değerlendirilmesi yer almaktadır. Hastanın ihtiyaç duyduğu muayene, tedavi, bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri, bireyin sağlık durumuna göre

planlanır ve uygulanmaktadır. Bu süreç, belirlenen bir randevu sistemine göre yönetilir, bu da hizmetlerin düzenli ve zamanında sunulmasını sağlamaktadır (Doğusan, 2019).

H tipi evde sağlık hizmetleri biriminin görevleri arasında, hasta veya yakınları tarafından yapılan başvuruların titizlikle değerlendirilmesi yer almaktadır. Hastanın ihtiyaç duyduğu muayene, tedavi, bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri, bireyin sağlık durumuna göre planlanır ve uygulanmaktadır. Bu süreç, belirlenen bir randevu sistemine göre yönetilir, bu da hizmetlerin düzenli ve zamanında sunulmasını sağlamaktadır (Doğusan, 2019).

Hastanın laboratuvar ve diğer tıbbi tetkikleri, gereksinim duyulan durumlarda yapılmakta ve sürekli kullanılan ilaçlar ile tıbbi malzemeler hakkında raporlar düzenli olarak güncellenmektedir. Hastanın sağlık durumu, ilgili branşın uzman hekimleri ile konsültasyon yapılacak şekilde değerlendirilir, bu da multidisipliner bir yaklaşımın benimsendiğini göstermektedir. Gerekli hallerde, hasta özellikle Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi gibi özelleşmiş sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedir (Uçakkuş, 2018).

H tipi birimlerin sunduğu bu entegre hizmet modeli, hastanın evde sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde yararlanmasını ve sağlık Outcomes'unun maksimize edilmesini hedeflemektedir. Bu birimler, kompleks sağlık ihtiyaçları olan hastalar için kritik öneme sahip olup, evde sağlık hizmetlerinin kalitesini ve kapsamını artırma potansiyeline sahiptir. Ayrıca, H tipi birimlerde yapılan düzenli değerlendirmeler ve konsültasyonlar, hastanın tedavi planının sürekli olarak gözden geçirilmesini ve optimizasyonunu sağlar, böylece hastaların sağlık durumunda sürekli bir iyileşme hedeflenir. H tipi evde sağlık hizmetleri birimleri, sağlık sisteminin entegre bir parçası olarak, hastane kaynaklarının etkin kullanımına katkıda bulunurken, hastalar için de evde kaliteli ve bütüncül sağlık hizmeti sunumu sağlamaktadır (Uçakkuş, 2018).

D tipi evde sağlık hizmetleri birimi

D tipi evde sağlık hizmetleri birimleri, özellikle Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri'ne (ADSM) bağlı olarak faaliyet göstermektedirler. Bu birimlerin hizmet ekibi, bir diş hekimi ve ağız ve diş sağlığı teknikerinden oluşmaktadır. D tipi birimler, evde sağlık hizmetlerinin özelleşmiş bir kolunu temsil eder ve ağız ve diş sağlığına yönelik evde tedavi hizmetleri sunmaktadır (Doğusan, 2019).

D tipi birimin görevleri, evde sağlık hizmeti verilmesini mümkün kılan durumlarda hastaların muayene, tedavi ve danışmanlık ihtiyaçlarını karşılamaktır. Bu görevler, diş ve ağız sağlığı problemleri olan hastalar için ev ortamında profesyonel sağlık hizmetleri sunmayı amaçlamaktadır. Hastaların sağlık durumları, gerekli tıbbi ve teknik donanımın evde sağlanabileceği ölçüde değerlendirilir ve uygun görüldüğünde, diş hekimi ve tekniker eşliğinde evde tedavi gerçekleştirilmektedir (Karip ve Tekin, 2022).

Hasta verileri, tedavi süreçlerinin koordinasyonu ve takibi amacıyla düzenli olarak ilgili hastane evde sağlık birimine ve koordinasyon merkezine iletilecek şekilde kaydedilmektedir. Bu bilgiler, hastanın tedavi sürecinin bütünlüklü bir şekilde yönetilmesine ve sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Eğer hastanın sağlık durumu, ev ortamında gerekli tedaviyi almasına imkân vermeyecek kadar karmaşık veya ciddi ise, ilgili Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne sevk edilmesi sağlanmaktadır (Karip ve Tekin, 2022).

D tipi birimler, ağız ve diş sağlığı konusunda evde bakım hizmeti gerektiren hastalar için vazgeçilmez bir hizmet sunmaktadır. Bu hizmet modeli, hastaların kendi evlerinde, aileleriyle birlikte rahat bir şekilde sağlık hizmeti alabilmesi; seyahat etme zorunluluğu, hastane enfeksiyonları gibi risklerden kaçınarak tedavi süreçlerini daha güvenli ve konforlu bir ortamda sürdürebilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır. Bu yaklaşım, özellikle hareket kabiliyeti kısıtlı veya kronik sağlık problemleri olan bireyler için sağlık hizmetlerine erişimi önemli ölçüde kolaylaştırır. D tipi birimlerin sağladığı bu entegre ve özelleşmiş hizmet, ağız ve diş sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır ve toplum sağlığının genel iyileşmesine katkıda bulunmaktadır (Doğusan, 2019).

2.1.9. Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin tarihçesi

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri, Osmanlı Devleti dönemine kadar uzanmaktadır. Özellikle 15. yüzyılda, hasta bireylerin evlerine hekimlerin gönderilmesiyle sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Bu dönemde, evde sağlık hizmetlerinin temel amacı, hastalara kolaylık sağlamak ve onların en rahat ortamda iyileşmelerini desteklemektir (Sezek, 2021). Ancak, Türkiye’de modern anlamda evde bakım hizmetleri üzerine ilk sistemli çalışmalar, özellikle özel sektör kuruluşları tarafından gerçekleştirilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin uygulanmasında belirginleşen üç aşamalı süreç, çeşitli yasal düzenlemelerle şekillendirilmiştir. İlk aşama, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) ile başlamış olup, bu kanun kapsamında salgın hastalıklarla mücadele edilmiş ve hastaların evlerinde tedavi hizmetleri sunulmuştur. Bu süreçte, evde sağlık hizmetlerinin tıbbi ve sosyal boyutları ele alınarak, koruyucu tedavi yöntemlerine öncelik verilmiştir. Özellikle hamilelik ve yenidoğan takibi gibi hizmetler, bu dönemin önemli pratiklerindendir (Karadağ, 2006).

İkinci aşama, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) ile desteklenmiştir. Bu dönemde evde bakım hizmetleri daha sistemli bir yapı kazanmış ve geniş kitlelere ulaşması amaçlanmıştır. 1980 yılı sonrası ise üçüncü aşamaya geçilmiş ve evde bakım hizmetleri özel sektör tarafından daha fazla benimsenmiştir. Bu süreçte, devletin öncülüğünde yürütülen koruyucu ve takip izleme kontrolleri, özel kuruluşların katkılarıyla daha kapsamlı hale gelmiştir (Karabağ, 2007).

2005 yılına kadar Türkiye'de evde bakım hizmetlerine yönelik somut yasal düzenlemelerin eksikliği hissedilirken, bu tarihte yapılan kanuni düzenlemelerle yeni bir dönem başlamıştır. 10.03.2005 tarihinde yapılan düzenlemelerle, evde sağlık hizmetleri resmiyet kazanmış ve bu hizmetlerin çerçevesi netleştirilmiştir. Bu düzenlemeler, evde bakım hizmetlerinin kalitesini artırmak, hizmet sunumunu standartlaştırmak ve hizmetlerin denetlenmesini sağlamak amacıyla yapılmıştır (Aslan, Seda ve Güzel, 2018).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasındaki entegrasyon güçlendirilmiş ve evde bakım hizmetlerinin genişletilmesi hedeflenmiştir. Bu çerçevede, evde bakım hizmetlerinin daha etkin bir şekilde geliştirilmesi için stratejik adımlar atılmıştır (Bülbül, 2016). Son yıllarda Türkiye'de sağlanan evde bakım hizmetlerin büyük bir kısmının hastaneler tarafından desteklenmektedir. Özel sektöre ait evde bakım kuruluşları tarafından sunulan hizmetlerin finansmanı ise genellikle hizmeti alan bireyler tarafından üstlenilmektedir (Çoban, Esatoğlu, 2004).

Evde bakım hizmetleri, özellikle muhtaç durumdaki bireylere yönelik bir kamu hizmeti olarak sunulmakta ve bu hizmetler sosyal yardım niteliği taşımaktadır. Türkiye'de bu hizmetler, ayrı bir sosyal hizmet dalı olarak değil, ancak sağlık sigortası, yaşlılık sigortası ve çeşitli sosyal yardım programları aracılığıyla finanse edilen bir hizmet alanı olarak konumlandırılmıştır (Ağcasulu, 2021). Kamu tarafından finanse edilmesi, sağlık

harcamalarının kontrol altına alınması ve genel sağlık giderlerinin düşürülmesi açısından stratejik bir öneme sahiptir. Ayrıca, evde bakım hizmetleri bazı ülkelerde sosyal hizmetler kapsamında değerlendirilmekte, sosyal hizmetler dışında kaldığı durumlarda ise yüksek maliyetlerle karşı karşıya kalınmaktadır. Ekonomik durumu elverişli olmayan bireyler, bu hizmetlerden yeterince yararlanamamakta ve bu durum sosyal adaletsizliklere yol açmaktadır (Özer ve Şantaş, 2012).

2.1.10. Evde sağlık hizmetlerinin avantajları ve sınırlılıkları

Evde bakım hizmetleri, hastanede geçirilen sürenin kısaltılmasına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Bu uygulama sayesinde, hem kişisel hem de ulusal sağlık bütçesi açısından maliyetler azalmakta, hastaneye bağlı enfeksiyonlar ve mortalite oranları düşmektedir. Ayrıca, hastaların evlerinde tedavi görmesi, kişisel özgürlüklerinin ve benlik saygılarının korunmasına yardımcı olmakta, aileleri ve tanıdık çevreleri ile birlikte olmaları yaşam kalitelerini artırmaktadır (Çoban ve diğerleri, 2004).

Evde sağlık hizmeti almak, bireylerin kendi sosyal çevrelerinde kalmasını sağladığı için, alışılmış rutinlerinin devam etmesine olanak tanır. Bu durum, hastaların psikolojik rahatlığını ve tedaviye uyumunu kolaylaştırır; zira ev ortamı, hastaneye kıyasla daha az stresli bir iyileşme süreci sunmaktadır. Hastaların evde bakım alması, onların sosyal ilişkilerini ve dış dünya ile olan etkileşimlerini sürdürmeleri açısından da olumlu bir etkiye sahiptir. Hastane ortamında yaşanan izolasyon, bireyin sosyal destek ağlarından kopmasına ve dolayısıyla kabuk içine çekilmesine neden olabilmektedir. Bu durum, yeni bir ortama uyum sağlama zorluğu ve hastalık rolünün aşırı benimsenmesi nedeniyle iyileşme sürecinin gecikmesine yol açabilmektedir (Çoban ve diğerleri, 2004).

Evde bakım hizmetleri, hastaların bireysel ihtiyaçlarına özel olarak tasarlanmış sağlık hizmetleri sunmaktadır. Tedavi planları, her hastanın benzersiz durumunu göz önünde bulundurarak hazırlanmakta ve hastaların kendilerini değerli hissetmelerine olanak tanımaktadır. Ayrıca, bu hizmet modeli, hastaların özerkliklerini ve onurlarını korumalarına yardımcı olmakta, hasta ve yakınlarına yönelik eğitimlerle de bilinçlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu eğitimler, hastalık yönetimi konusunda hasta yakınlarını bilgilendirerek, ilerleyen zamanlarda bağımsız bir şekilde bakım verebilmelerini mümkün kılmaktadır (Özer ve Şantaş, 2012).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin evde bakım modeli içerisinde entegre edilmesi, bağışıklama ve maternal ile infant sağlık takibi gibi temel sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmaktadır. Böylece, evde bakım hizmetleri toplum sağlığının desteklenmesi ve kronik hastalıkların yönetimi konusunda kritik bir role sahip olmaktadır. Ancak, evde sağlık hizmetlerinin sınırlılıkları da bulunmaktadır; özellikle yüksek maliyetli tıbbi müdahalelerin ve uzman sağlık personelinin sürekli olarak sağlanabilmesi zorluklar içermektedir. Bu bağlamda, evde sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde uygulanabilmesi için kamu ve özel sektör iş birliklerinin güçlendirilmesi, hizmetin kalitesinin artırılması ve maliyetlerin optimize edilmesi gerekmektedir (Yrk, alışkan ve Gündoğdu, 2012).

Evde bakım hizmetleri, denetim ve kontrol açısından karşılaşılan zorluklar nedeniyle güçlükler içeren organizasyonlardır. Bu hizmetler geniş bir çapta sunulmakta olup, hem sağlık personeli hem de hasta yakınları için sürekli eğitim ve destek mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir. Sağlık personeli, gerekli bilgilendirme ve eğitimleri hasta ve yakınlarına aktardıktan sonra evden ayrılmaktadır. Ancak personelin evden ayrılmasının ardından, özellikle intravenöz tedavi gibi müdahaleler sonrasında dem, hematoma veya cilt altında sıvı birikimi gibi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir (Yrk, alışkan ve Gündoğdu, 2012).

Hastanın ailesinin eğitim düzeyinin düşük olması, sağlık personeli tarafından verilen eğitimlerin yeterince anlaşılmaması veya talimatların doğru bir şekilde uygulanmaması, evde bakım hizmetlerinin en önemli olumsuzlukları arasında yer almaktadır. Ayrıca, uzun süreli bakım vermenin getirdiği yorgunluk ve tükenmişlik duyguları, hasta yakınlarının verilen talimatlara azami dikkat göstermelerini engellemekte ve bakım sürecinin kalitesini düşürmektedir (Oğuz ve diğerleri, 2016).

Evde bakım hizmetinin sunulduğu ev ortamının, sağlık hizmetlerinin gereksinimlerini karşılayacak donanımda olmaması da başka bir dezavantajdır. Örneğin, uygun bir hasta yatağının olmaması hastanın yerde yatırılmasına neden olabilmekte ve bu durum hem hasta konforunu hem de sağlık durumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Hastanın sağlık durumunun ciddiyeti ve risk taşıması, bazı durumlarda hastanede tedavi altında kalmasının daha uygun olacağını göstermektedir. Bu tür durumlar, evde sağlık hizmetinin kapsam ve etkinliğini kısıtlayan önemli faktörlerdendir. Hastalar veya aileleri tarafından tedaviye uyumsuzluk gösterilmesi veya direnç oluşması, bakım sürecini daha da karmaşık hale

getirebilmekte ve tedavinin başarısını azaltabilmektedir (Oğuz ve diğerleri, 2016). Ayrıca, evde bakım hizmetlerini sunan personelin karşılaştığı güvenlik problemleri, çalışanlar için önemli bir dezavantaj olarak öne çıkmaktadır. Sağlık personelinin fiziksel ve psikolojik güvenliğinin sağlanması gerekmekte, ancak bazı durumlarda bu sağlanamamakta ve hizmetin sürdürülebilirliği tehlikeye girebilmektedir.

2.1.11. Sağlık hizmeti sunumu açısından evde sağlık hizmetleri

Evde koruyucu sağlık hizmetleri

Evde koruyucu sağlık hizmetleri, iyileşme süreci geçiren hastaların sağlıklarını korumak, hastalıklarının nüksetmesini önlemek, iyi sağlık durumlarını sürdürebilmek, zihinsel ve bedensel fonksiyonlarını maksimum düzeyde kullanabilmelerini desteklemek ve potansiyel sakatlıkları engellemek amacıyla sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetler, kurumsal sağlık sisteminin bir parçası olarak ele alınmaktadır ve ev içerisindeki olası riskler karşısında hasta için daha güvenli ve kaliteli bir yaşam alanı oluşturulması hedeflenmektedir. Bu bağlamda, hastanın ve aile bireylerinin, günlük yaşam aktiviteleri sırasında karşılaşılabilecekleri tehlikeler hakkında bilgilendirilmesi, bu riskleri minimize edecek şekilde eğitimler verilmektedir (Solmaz ve Altay, 2019).

Hastanın evdeki güvenliğini artırmaya yönelik tedbirler arasında, yürüme güzergâhında engel teşkil edebilecek serili halıların kaldırılması, evin ışıklandırmasının hasta ihtiyaçlarına uygun hale getirilmesi, merdiven ve diğer yüksek risk taşıyan alanlarda destek yapıları sağlanması yer almaktadır. Bu tür düzenlemeler, özellikle yaşlı ve fiziksel kısıtlamaları olan hastalar için düşme ve yaralanma risklerini azaltmaktadır (Altuntaş ve ar., 2010).

Evde uygulanan fizik tedavi süreçleri, hastaların eklem ve kas güçlerini korumalarını ve hatta bu fonksiyonları iyileştirmelerini hedeflemektedir. Bu tedaviler, hastaların bağımsız hareket kabiliyetlerini uzun vadede desteklemekte ve yaşam kalitelerini artırmaktadır. Ayrıca, hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişkiler de evde koruyucu sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biridir. Evde bakım, özellikle aile üyeleri üzerinde büyük bir sorumluluk ve stres oluşturabilmektedir. Bu nedenle, aile bireylerine yönelik olarak düzenlenen eğitimler ve danışmanlık hizmetleri, onların bu yükü daha etkin bir şekilde yönetebilmeleri için büyük önem taşımaktadır. Bu eğitimler sırasında, aile üyelerinin

davranışsal reaksiyonları ve psikolojik durumları da dikkate alınarak, olası psikolojik sorunların önüne geçilmesi amaçlanmaktadır (Coşkun 2011).

Evde tanı koyucu sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ekonomik zorluklar yaşayan kurum ve kuruluşlar, gelişen teknolojinin de yardımıyla hizmetlerini hastanelerden evlere ve daha küçük ölçekli muayenehanelere kaydırmışlardır. Bu değişim, özellikle teşhis hizmetlerinin ev ortamında sunulmasıyla kendini göstermektedir. Evde tanı koyucu sağlık hizmetleri, hastalar için birçok avantaj sunmakta ve özellikle hareket kabiliyeti kısıtlı, çoklu kronik hastalıklara sahip veya sürekli medikal müdahale gerektiren bireyler için verimli bir alternatif olabilmektedir (Coşkun 2011).

Evde sağlık hizmetlerinden yararlanma gerekliliği, bazı hasta grupları için daha belirgin sebeplere dayanmaktadır. Bu gruplar, genellikle birden fazla kronik hastalığı olan, tedaviye yeterince yanıt vermeyen, yürüme güçlüğü çeken ve sık düşme gibi kazalar yaşayan hastalardır. Bu bireylerin evde tanı ve tedavi hizmetlerine yönelmelerinin nedenleri arasında, hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarında yeterli ve etkin iletişim kurulamaması, kişisel bakım ve ilgi görememeleri ve sürekli sağlık izleminin gerekli olması gibi durumlar yer almaktadır (Özer ve Şantaş, 2012).

Evde sağlık hizmetleri, hastalıkların erken teşhisinde kritik bir rol oynamakta; hastanın kendi yaşam alanında, tanıdık bir ortamda ve ailesinin desteğiyle sağlık kontrolünden geçmesi, hem psikolojik rahatlık hem de fiziksel stres azalması açısından önemlidir. Bu hizmetler, özellikle kronik rahatsızlıkları olan ve hastane ortamında uzun süreler geçirmesi zor olan hastalar için büyük bir kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca, evde sağlık hizmetleri sayesinde, hasta ve ailesi, hastalık yönetimi konusunda daha bilinçli ve aktif bir rol üstlenmekte, bu da tedavi süreçlerinin bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasını ve yönetilmesini mümkün kılmaktadır. Evde tanı koyucu sağlık hizmetleri, sağlık sistemine entegre teknolojik araçlar ve profesyonel bakım ekipleri ile desteklendiğinde, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırarak toplum sağlığının genel düzeyini yükseltmektedir. Bu hizmetler, özellikle engelli, yaşlı veya kronik hastalıkları olan bireyler için sağlık hizmetlerine adil erişim sağlamak ve bu kişilerin yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirmektedir (Özer ve Şantaş, 2012).

Evde tedavi edici sağlık hizmetleri

Günümüzde, yoğun bakım hizmetleri almış ve tedavi süreçleri devam etmekte olan hastalar için hastane ortamlarının yerini, bireylerin kendi yaşam alanlarında sunulan sağlık hizmetleri almaya başlamıştır. Bu değişim, hastaların kalabalık hastaneler yerine kendi evlerinde tedavi olabilmelerine olanak tanımıştır. Bu hizmetlerin yaygınlaşması, sağlık sektöründe teknolojik yeniliklerin ve mobil sağlık araçlarının önemini artırmış, ayrıca hastaların tedavi süreçlerine aktif olarak katılımını ve kendi sağlık durumlarını daha yakından takip etmelerini mümkün kılmıştır. Buna ek olarak, evde sağlık hizmetlerinin sağlanması, sağlık sistemi üzerindeki yükü hafifletmekte ve hastanelerin yoğunluklarını azaltarak daha acil durumlar için kaynakların daha verimli kullanılmasına olanak sağlamaktadır (Öksüz, 2018).

Evde rehabilite edici sağlık hizmetleri

Evde sağlık hizmetlerinin uygulanması, sadece hastanın evinin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini değil, aynı zamanda multidisipliner bir sağlık ekibinin koordineli çalışmasını gerektirmektedir. Bu ekip; doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşmaktadır. Ekip, hastanın medikal ihtiyaçlarını karşılamının yanı sıra, onun sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını da desteklemektedir. Böylece, hastanın kendi evinde, aile bireyleriyle birlikte, kendini daha güvende ve konforlu hissetmesi sağlanmaktadır. Bu tür rehabilitatif hizmetler, hastanın erken dönemde evine dönmesine olanak tanıyarak, hastane kaynaklarının daha verimli kullanılmasına katkıda bulunmakta ve sağlık sistemine ekonomik açıdan olumlu yansımalar sağlamaktadır. Ayrıca, evde rehabilitasyon süreci, hastanın hastalık sonrası topluma adaptasyonunu hızlandırmakta ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Altuntaş ve diğerleri, 2010).

Evde uzun süreli sağlık hizmeti

Evde uzun süreli sağlık hizmetleri, özellikle yaşlılar ve engelliler başta olmak üzere kronik hastalıklara sahip bireylerin yaşam kalitesini koruma ve mümkün olan en yüksek bağımsızlık düzeyini sürdürebilmeleri amacıyla tasarlanmıştır. Bu hizmetler, hastaların mevcut sağlık durumlarını aktif bir şekilde koruyarak, hastalık ve engellilik durumlarındaki olası kötüleşmeleri en aza indirmeyi hedeflemektedir. Evde sağlanan bu tür hizmetler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi sorunlarına çözümler sunmakta ve eksik

yaşam eylemlerini tamamlayarak, hastaların bağımlılık düzeylerini azaltmaya yönelik stratejik müdahalelerde bulunmaktadır (Aslan, Seda ve Güzel, 2018).

Çoğu ülke, bireylerin temel yaşam aktivitelerini yerine getirememelerini veya bu eylemleri yerine getirirken zorlanmalarını, evde bakım hizmetlerinin verilmesi için bir kriter olarak kabul etmektedir. Bu bakım hizmetleri, hastaların sürekli gözetim altında tutularak, yaşamın temel fonksiyonlarına müdahale edilmesi gereken durumları kapsamaktadır. Evde uzun süreli sağlık hizmetlerinin sağlanması, profesyonel sağlık ekipleri tarafından gerçekleştirilmekte olup, bu ekipler doktor, hemşire, fizyoterapist ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Ekip, hastanın medikal, fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını bütüncül bir yaklaşımla ele alınmaktadır (Aslan, Seda ve Güzel, 2018).

Bu hizmetlerin temel amacı, hastaların kendi evlerinde, tanıdık bir ortamda, aile ve sevdikleriyle birlikte, bağımsız ve onurlu bir yaşam sürdürebilmelerini mümkün kılmaktır. Ayrıca, evde sağlık hizmetleri, hastane yatışlarının süresini kısaltarak sağlık sistemi üzerindeki yükü azaltmakta ve sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliğini artırmaktadır (Gürer, 2021). Hastaların evlerinde alacakları profesyonel sağlık hizmetleri, aynı zamanda psikolojik olarak da onları desteklemekte, hastalıkla başa çıkma kapasitelerini güçlendirmekte ve toplumsal izolasyon hissini azaltmaktadır. Sonuç olarak, evde uzun süreli sağlık hizmetleri, kronik hastalıkları olan bireyler için vazgeçilmez bir hizmet haline gelmiş olup, bu hizmetlerin daha da geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (Altuntaş ve diğerleri, 2010).

2.1.12. Evde sağlık hizmet birimleri

Evde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler

Evde sağlık hizmetleri, yalnızca sağlık sektörü tarafından değil, aynı zamanda sosyal hizmetlerle de entegre bir şekilde yürütülmektedir. Bu hizmetlerin etkin bir biçimde sunulabilmesi için, sağlık hizmetleri, sosyal bakım hizmetleri, sosyal destek hizmetleri, psikolojik destek hizmetleri, ekipman sağlama, eğitim, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon, beslenme takibi ve ulaşım desteği gibi çeşitli bileşenlerin bütünleşik bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir (Oğuz ve ark. 2016). Evde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan başlıca hizmet türleri şunlardır:

- Evde Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Bu hizmetler, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması amacıyla yürütülmektedir. Hastaların sağlık durumlarının düzenli olarak monitorize edilmesi, sağlık eğitimlerinin verilmesi ve çevresel risk faktörlerinin minimize edilmesi gibi faaliyetleri içermektedir (Altuntaş ve diğerleri, 2010).
- Evde Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Akut veya kronik hastalıkların tedavisi için gerekli tıbbi müdahaleler bu kategori altında sunulmaktadır. Hastanın evinde gerçekleştirilen tedaviler, hastaneye yatış gerekliliğini azaltmakta ve hastanın aile ortamında iyileşme sürecini hızlandırmaktadır (Altuntaş ve diğerleri, 2010).
- Evde Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmeti: Fiziksel veya zihinsel fonksiyon kayıplarının telafi edilmesi amacıyla, profesyonel rehabilitasyon ekipleri tarafından planlanan ve yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetler, hastanın günlük yaşam aktivitelerini mümkün olan en iyi seviyeye getirme çabasını içerir (Zengin, 2016).
- Evde Terminal Dönem Hasta Bakımı: Özellikle terminal dönemdeki hastalar için palyatif bakım hizmetleri, hastanın ağrısının kontrol altına alınması ve yaşam kalitesinin maksimize edilmesi hedefleri doğrultusunda sağlanmaktadır (Yorulmaz ve Karadeniz, 2020).

Evde sağlık hizmetlerine başvuru süreci ve koordinasyonu

Evde sağlık hizmetlerine başvuru; hastalar, hasta yakınları veya bakım veren kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu süreç, 444 3 833 numaralı telefon hattı üzerinden ilgili evde sağlık il koordinasyon merkezine ulaşılmalarıyla başlamaktadır. Koordinasyon merkezi, gelen başvuruları ilk aşamada ön değerlendirmeye tabi tutmaktadır. Bu değerlendirme, hastanın ikamet ettiği yer, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin düzeyi ve mevcut hasta yoğunluğu gibi çeşitli kriterlere dayanarak yapılmaktadır. Uygun bulunan başvurular, talep edilen hizmetin sağlanabilmesi için, hastanın bulunduğu bölgedeki hastanelerin evde sağlık hizmetleri birimlerine yönlendirilmektedir (Güzel, 2018).

Yönlendirilen hastanelerin evde sağlık hizmetleri birimleri, başvuruları yeniden değerlendirerek, gerekli hizmetlerin organizasyonunu yapmaktadır. Başvurusu olumsuz sonuçlanan hastalar, başvurularının neden kabul edilmediği hakkında ayrıntılı bilgilendirilmekte ve gerektiğinde alternatif çözüm yolları önerilmektedir. Başvurusu reddedilen hastalar, durumlarında bir değişiklik olması veya farklı bir hizmet gereksinimi hasıl olması durumunda, evde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için yeniden başvuruda bulunabilmektedirler. Ayrıca, evde sağlık hizmetleri kapsamı dışında kalan başvurular, ilgili

kurum veya kuruluşlara yönlendirilmekte, böylece hastaların ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimleri kolaylaştırılmaktadır (Güzel, 2018).

2.2. Depresyon

2.2.1. Depresyonun tanımı ve önemi

Depresyon, dünya genelinde karşılaşılan en ciddi sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmekte ve genellikle duygudurum bozukluğu kategorisinde değerlendirilmektedir (Yalvaç, 2012). Yaygın kanının aksine, depresyon sağlıklı bir yaşamın doğal bir parçası olarak görülmemekte; aksine, bireyin hem ruhsal hem de fiziksel sağlığını köklü bir şekilde etkileyen patolojik bir durum olarak tanımlanmaktadır (Türkçapar, 2020). Depresyon terimi, Latince "depressus" kelimesinden türemiş olup, 'çökme, alçakta olma, bastırmak' gibi anlamlara gelmektedir (Sarıkaya, 2020). Günümüzde depresyon hem anlık yaşanan duygusal bir durumu (örneğin, üzüntü ve mutsuzluk) hem de daha geniş klinik bir çerçevede incelenen bir ruhsal bozukluğu ifade etmektedir (Türkçapar, 2020).

Depresyon, kesin ve tek bir nedeni olmamakla birlikte, çeşitli etmenlerin bir araya gelmesiyle ortaya çıkan kompleks bir ruhsal rahatsızlıktır (Uzdu, 2016). Bu yüzden, depresyon tanısı genellikle kişinin gösterdiği belirtilere dayanarak konulmaktadır ve bu belirtiler çoğu zaman nedensel faktörlerden bağımsız olarak değerlendirilmektedir (Türkçapar, 2019). Klinik depresyon durumunda birey, günlük yaşam işlevlerini sürdürebilecek kapasiteden uzak, derin bir üzüntü içinde bulunmaktadır. Ek olarak, bireyin konuşma ve düşünce süreçlerinde yavaşlama, fizyolojik fonksiyonlarında bozulmalar ve enerji düzeyinde ciddi azalmalar gözlenmektedir. Birey, kendini değersiz, güçsüz ve isteksiz hissederken, aynı zamanda karamsarlık duyguları da baskın hale gelmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Depresyon, bireyin ailevi, iş ve sosyal yaşamında önemli düzeyde bozulmalara neden olmaktadır. Bu bozulmalar, depresyonun sadece bireyi değil, bireyin içinde bulunduğu sosyal çevreyi de etkilediğini göstermektedir. Dolayısıyla, depresyonun tanı ve tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım esastır; psikiyatrik değerlendirme ve müdahalenin yanı sıra, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir (Türkçapar, 2019).

2.2.2. Depresyon epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağladığı bilgilere göre, depresyon günümüzde en yaygın görülen ruhsal rahatsızlıklardan biri olarak öne çıkmaktadır. Son dönemlerde, depresyonun prevalansı ve insidansı artış göstermektedir; bu rahatsızlığın global görülme sıklığı yaklaşık olarak %16,5 olarak belirlenmiştir. Türkiye özelinde ise depresyon prevalansı %8 ile %20 arasında değişkenlik göstermektedir (Kaban, 2021). Depresyon, her yaş grubunu etkileyebilmekte, ancak çoğunlukla 25-44 yaş aralığında başlangıç göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Araştırmalar, depresyonun kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha fazla görüldüğünü, kadınların yaşam boyu depresyon yaygınlığının %20 ile %25 arasında, erkeklerde ise %7 ile %12 arasında olduğunu ortaya koymaktadır. Yaş ilerledikçe cinsiyetler arası bu farkın azaldığı bilinmektedir (Kaban, 2021).

Depresyonun etiyolojisine ilişkin yapılan çalışmalar, bu durumun çok faktörlü bir rahatsızlık olduğunu ve kesin bir nedenle sınırlı olamayacağını göstermektedir (Uslu, 2021). Biyolojik, genetik, psikolojik ve sosyal faktörler depresyonun gelişiminde önemli roller oynamaktadır (Ak ve diğerleri, 2020). Özellikle psikososyal risk faktörleri açısından incelendiğinde; cinsiyet, gelir düzeyi, sosyoekonomik statü, yaşanan kayıplar ve travmalar önemli etmenlerdir (Büyükçolpan, 2019; Yalvaç, 2012). Medeni durum da depresyon riskini etkileyen faktörlerden biridir; bekar veya boşanmış bireylerin, özellikle erkeklerde, evli bireylere göre daha yüksek depresyon riski taşıdığı bilinmektedir. Kadınlarda ise bekâr olmanın evli olmaya kıyasla depresyon riskini azalttığı görülmektedir. Düşük sosyoekonomik durumun da depresyon ile güçlü bir ilişkisi vardır. Ayrıca, kentsel ve kırsal kesimlerde yaşayanlar arasında yapılan karşılaştırmalı araştırmalar, kentsel alanlarda yaşayan bireylerin depresyon riskinin kırsal kesime göre daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Ak ve diğerleri, 2020).

Depresyonun gelişiminde etkili olan risk faktörleri arasında, bireyin erken yaşam dönemlerinde maruz kaldığı çevresel koşullar, travmatik olaylar ve olumsuz yaşam deneyimleri önemli bir yer tutmaktadır (Büyükçolpan, 2019). Bu tür deneyimler, bireyin ruhsal yapısını derinden etkileyebilir ve depresyon riskini artırabilir. Ayrıca, depresyonun kendisi başlı başına bir risk faktörü olabileceği gibi, diğer ruhsal rahatsızlıklarla birlikte ortaya çıkması veya diğer psikiyatrik bozukluklara eşlik etmesi de sıkça gözlemlenen bir durumdur. Özellikle kaygı bozuklukları, depresyonla sık birliktelik gösteren rahatsızlıklar

arasındadır ve depresyonla birlikte görülme oranı %58 civarında olduğu raporlanmıştır (Kessler ve diğerleri, 1994).

İkiz çalışmaları, genetik yatkınlığın depresyon riskinde önemli bir etken olduğunu ortaya koymaktadır. Tek yumurta ikizlerinde depresyon riski %40 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran %11 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, genetik faktörlerin depresyon gelişimindeki rolünü göstermektedir. Ayrıca, birinci derece yakınlarında depresyon öyküsü bulunan bireylerde, bu durumun prevalansı %5 ile %25 arasında değişmektedir, bu da ailevi geçişin olası bir etken olduğunu işaret etmektedir (Ak ve diğerleri, 2020).

Depresyonun biyolojik temelleri incelendiğinde, özellikle hipotalamus bölgesinde yoğunlaşan merkezi sinir sistemine ait reseptörlerdeki patolojiler dikkat çekicidir. Alfa 1-2 ve beta 1-2 reseptörlerindeki azalmaların depresyonu tetiklediği bilinmektedir. Ayrıca, serotonin, noradrenalin, dopamin ve glutamaterjik sistemlerde meydana gelen değişiklikler ile hormonların etkileşimleri de depresyonun biyolojik nedenleri arasında yer almaktadır (Akgüç, 2021).

2.2.3. Depresyonun nedenleri

Depresyon, çeşitli faktörlerin etkisi altında gelişen çok yüzlü bir ruhsal sağlık sorunudur. Araştırmalar, depresyonun potansiyel nedenlerini ve etkenlerini belirlemek amacıyla yapılmakta olup, bu çalışmalar depresyonun hem biyolojik hem de psikososyal faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Furnham ve diğerleri (2016) tarafından yapılan bir araştırmada, depresyon nedenlerine dair hasta inançları incelenmiş ve sosyal yapıdaki yoksunluklar, kişilerarası zorluklar, travmatik deneyimler, duygusal yoksunluklar, negatif öz-imağ ve kişilerarası kayıplar gibi faktörler tespit edilmiştir (Furnham ve diğerleri, 2016) Wang (2022) ise genetik yapı, biyolojik faktörler, beyin kimyasındaki dengesizlikler, yetersiz beslenme, kadın cinsiyet hormonları, stres, travma, madde kullanımı, fiziksel sağlık problemleri ve mevsimsel değişiklikler gibi unsurları depresyonun nedenleri arasında saymaktadır (Wang, 2022).

Depresyon nedenleri konusundaki genel görüş, bu durumun birden fazla etmenin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı yönündedir. Genetik predispozisyon, bireyin psikolojik yapısı ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesi, depresyonun gelişiminde belirleyici olabilmektedir.

Örneğin, yakın bir akrabasını kaybetmiş bir bireyde bilişsel süreçlerde bozulma, nörotransmitterlerde değişiklikler ve var olan bir genetik yatkınlık, depresyonun tetiklenmesine yol açabilir (Yemez ve Alptekin, 1988). Üstelik, cinsiyet, aile öyküsü, stresli yaşam olayları, hayal kırıklıkları, aile içi işlev bozuklukları, yetersiz ebeveyn ilgisi, erken yaşta yaşanan olumsuz olaylar, bağımlı ve obsesif kişilik özellikleri, güvensiz bağlanma stilleri, kronik psikiyatrik ve fiziksel hastalıklar, sosyal destek eksikliği gibi etmenler depresyon riskini artırabilir ve hastalığın seyrini etkileyebilir (Ünal ve diğerleri, 2002).

Biyolojik faktörler açısından incelendiğinde, kalıtsal etkiler öne çıkmaktadır. Mood bozuklukları olan bireylerin birinci derece yakınlarında depresyon görülme riski belirgin şekilde yüksektir (Öztürk, 2004). Bir ailede depresyon öyküsü bulunması, diğer aile bireylerinde de depresyon görülme olasılığını artırır, ancak bu durum kesin bir depresyon geçirileceği anlamına gelmemektedir (Köroğlu, 2004). Kalıtım, özellikle distimik bozukluk, minör depresyon ve diğer hafif depresyon türlerinde etkili olmayabilirken, psikotik depresyon gibi daha şiddetli formlarda belirgin bir rol oynamaktadır. Ayrıca, depresyona erken yaşta başlama, anksiyete ve alkol bağımlılığı ile birliktelik, güçlü genetik yatkınlığı işaret etmektedir. Depresyona zemin hazırlayan ailevi etkilerin genetik mi yoksa öğrenilmiş mi olduğu konusu ise hala netlik kazanmamıştır. Depresif ebeveynlerle yaşamının veya depresif bir ebeveyn nedeniyle yeterli desteği alamamanın çocuklarda depresyon riskini artırabileceği bilinmektedir. İkizler üzerinde yapılan çalışmalar, genetik bağın depresyon üzerindeki etkisini açıkça göstermektedir; eş yumurta ikizlerinden biri depresyona girdiğinde, diğerinin de %65 olasılıkla depresyon yaşayacağı bulunmuştur. Aynı yumurta ikizleri farklı ailelere evlatlık verildiğinde ise, birinin depresyonda olması diğerinin de yüksek oranda depresyona girme olasılığını göstermektedir (Sullivan, Neale ve Kendler, 2000).

Depresyon, hem biyo-kimyasal hem de psiko-sosyal nedenlerle tetiklenen karmaşık bir rahatsızlıktır. Bu rahatsızlığın biyolojik kökenleri üzerinde durulduğunda, genellikle nöroadrenalin ve serotonin gibi nörotransmitterlerin yetersizliği ön plana çıkmaktadır. Ancak bu yetersizlik kadar, bu kimyasalların birbirleriyle olan dengesizlikleri de depresyonun biyolojik alt yapısını oluşturmaktadır. (Harris, 2001). Nitekim, bu dengesizlikler beyin kimyasının kompleks yapısı içerisinde depresyonu tetikleyebilecek önemli faktörler arasında yer almaktadır.

Psiko-sosyal etmenlere gelince, insanlar genel olarak acı, elem ve keder gibi duyguları evrensel olarak tecrübe ederler. Depresyon ise bu duyguların bireyin varoluşunu tamamen kuşattığı, sosyal ve kültürel faktörlerden derinden etkilenen patolojik bir durum olarak karşımıza çıkar. Araştırmalar, olumsuz sosyal ve ekonomik koşulların depresyon riskini artırdığını göstermektedir (Bonde, 2008). Ayrıca, ebeveyn kaybının özellikle 11 yaşından önce gerçekleşmesi, bireyin ileriki yaşamlarında depresyon gelişme riskini önemli ölçüde artıran bir diğer hayati olay olarak belirlenmiştir. Eş veya çocuk kaybı gibi travmatik yaşam olayları da depresyon için ciddi tetikleyiciler arasında değerlendirilmektedir (Güleç ve Köroğlu 1997). Bu yaşam olayları her ne kadar özgül olmasa da, biyolojik ve psikolojik predispozisyonlar mevcut olduğunda, depresyonun başlamasında katalizör işlevi görebilirler (Strawbridge, Young ve Cleare, 2017).

Cinsiyete bağlı nedenlere değinildiğinde, yapılan araştırmalar dünya genelinde kadınların erkeklere kıyasla depresyona yakalanma oranının iki kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, yaş gruplarına göre değişiklik göstermekle birlikte, genç ve orta yaş gruplarında daha belirgin bir farklılığı gösterir. Cinsiyetler arası bu farklılığın nedenleri tam olarak belirlenememiş olmakla birlikte, endokrin sistem bu farklılıkların muhtemel bir açıklaması olarak görülür. Ancak, sadece doğum sonrası ve adet öncesi dönemlerde depresyon riskinin arttığı, menopoza döneminde ise bu durumun gözlemlenmediği belirtilmektedir (Strawbridge, Young ve Cleare, 2017). Depresyona bağlı olarak alkol ve madde kullanımının erkeklerde daha yaygın olması, cinsiyetler arası farklılıkları derinleştiren başka bir faktördür. Ek olarak, kadınların günümüz koşullarında hem iş hem de aile yaşamında üstlendikleri çoklu roller, onların üzerindeki psikososyal baskıyı artırmakta ve bu da depresyon riskini yükseltmektedir. Profesyonel yardım arama konusunda kadınların daha istekli olması, bu cinsiyet farkını kısmen açıklamaktadır (San ve ark. 2020). Bu bağlamda, özellikle Türkiye gibi ülkelerde kadınların depresyonla başa çıkma yöntemleri, cinsiyetler arası bu farklılığı daha da belirginleştiren faktörler arasında önemli bir yer tutmaktadır.

Depresyonun yaşa bağlı etmenleri üzerine yapılan araştırmalar, bu rahatsızlığın başlangıç yaşının genellikle 20 ile 50 yaş arasında olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmalarda, çocuklar ve yaşlılar arasında depresyon görülme ihtimalinin daha düşük olduğu belirtilmiş; ancak, 65 yaş üstü için %1.7, 75 yaş üstü için %3.2 ve 79 yaş üstü için %0.5 gibi oranlarla primer depresyonun yanı sıra, sekonder depresyon için %1.9 prevalans hızı bildirilmiştir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, sosyokültürel yapıdaki değişimlerin yaşlılarda depresyon oranını artırdığını göstermektedir. Ayrıca, 20 yaş altı bireylerde depresyonun geçmiş dönemlere kıyasla daha sık görüldüğüne dair bulgular da mevcuttur. Depresyonun cinsiyetlere göre incelendiğinde; kadınlarda 35–45, erkeklerde ise 55–70 yaş aralıklarında zirve yaptığı belirlenmiştir (Güvener, 2022).

Evlilikle ilgili nedenlere odaklandığımızda, ayrılmış veya boşanmış bireylerde depresyon riskinin evlilere göre 2-4 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Özellikle boşanmış erkeklerin, kadınlara kıyasla depresyon riskinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Her dört kadından birinin ve her sekiz erkekten birinin hayatının bir noktasında depresyonla karşılaştığı saptanmıştır. Yıllık olarak, 13–19 yaş arası gençlerin yaklaşık %3-5'i depresyon deneyimi yaşamaktadır. Çocukluk dönemi için Major Depresif Bozukluk (MDB) sıklığının %0.4 ile %2.5, gençlik dönemi için ise %0.4 ile %8.3 arasında değiştiği bildirilmektedir (Karaaslan, 2021). Çocukların bilişsel ve dil gelişimindeki kısıtlamalar, MDB'nin teşhisinde yanılgılara yol açabilir. Gençlik dönemi MDB yaşam boyu görülme sıklığı %15 ile %20 arasında değişirken, bu oranlar yetişkinlik dönemi ile benzerlik göstermektedir. Çocuklukta MDB'nin cinsiyete göre fark gözetmeksizin benzer oranlarda görülmesine rağmen, adolesan döneminde kızlarda bu oran erkeklere göre iki kat fazladır (Adam ve Hablemitoğlu, 2021).

Sosyoekonomik faktörler açısından, düşük sosyoekonomik durumun depresyonla ilişkili olduğuna dair kesin bulgular olmamakla birlikte, yapılan çalışmalar bu yönde işaretler taşımaktadır. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan olan çalışan kadınların, yüksek sosyoekonomik sınıfta bulunan hemcinslerine göre depresyon oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Kırsal kesimlerde, şehirlerle kıyaslandığında depresyonun daha yaygın olduğu öne sürülmüş, Türkiye'deki araştırmalar bu bulguyu tam olarak doğrulamasa da, ampirik gözlemler bu yönde güçlü kanıtlar sunmaktadır (Yoloğlu, 2021).

Sosyoekonomik faktörler açısından, düşük sosyoekonomik durumun depresyonla ilişkili olduğuna dair kesin bulgular olmamakla birlikte, yapılan çalışmalar bu yönde işaretler taşımaktadır. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan olan çalışan kadınların, yüksek sosyoekonomik sınıfta bulunan hemcinslerine göre depresyon oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Kırsal kesimlerde, şehirlerle kıyaslandığında depresyonun daha yaygın olduğu öne sürülmüş, Türkiye'deki araştırmalar bu bulguyu tam olarak doğrulamasa da, ampirik gözlemler bu yönde güçlü kanıtlar sunmaktadır (Yoloğlu, 2021).

Sosyal çevre faktörleri, fiziksel ve ruhsal hastalıkların epidemiyolojisinde önemli bir yer tutmaktadır. Emile Durkheim'in vurguladığı gibi, toplumla bütünleşemeyen bireyler intihar riski altında büyük bir tehdit altındadır. İşsiz bireylerde depresyonun, istihdam edilenlere kıyasla üç kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir; burada işin ekonomik değerinden ziyade, bireyin toplum içindeki yararlılık hissinin önemi büyük olmaktadır (Ertek ve ark. 2020).

Son olarak, bireylerin kişilik yapıları da depresyona eğilimlerini etkileyebilmektedir. Her ne kadar kişilik tipi tek başına depresyona yatkınlık oluşturmaya da, çeşitli kişilik özellikleri bu riski artırabilmektedir. Özellikle kimseyi incitmemeye, herkesi memnun etmeye, iyilikseverlik, aşırı duyarlılık, titizlik, yüksek sorumluluk duygusu, yakınlarına aşırı bağlılık, mükemmeliyetçilik, öfke duygularını baskılama gibi özellikler taşıyan bireyler depresyona daha yatkındır (Ertek ve ark. 2020).

2.2.4. Depresyon türleri

Depresyon, bireylerin fizyolojik, ruhsal ve sosyal durumlarında önemli değişikliklere neden olan ve birçok farklı klinik durumu kapsayan geniş bir terimdir. Bu rahatsızlık, belirtilerin çeşitliliği, sayısı, süresi ve kişinin günlük yaşamı ile işlevsellik üzerindeki etkileri gibi ölçütlere bağlı olarak çeşitli alt tiplere ayrılmaktadır. Belirli belirtilerin öne çıkması, bu belirtilerin kişilerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri bu tanımlamada kritik rol oynamaktadır (Sayar, 2001).

Depresyonun sınıflandırılması çeşitli türlere ayrılmaktadır. Bunlar majör depresyon, distimi (aynı zamanda nörotik depresyon olarak da bilinir), bipolar bozukluk (manik-depresif bozukluk), atipik depresyon, maskeli depresyon, reaktif depresyon, yaş dönümü depresyonu, doğum sonrası depresyonu, çocuk ve ergen depresyonu gibi farklı kategoriler altında incelenmektedir (Aslan, 2014). Aşağıda her bir depresyon türü ayrı ayrı incelenmiştir.

Majör depresyon

Majör Depresyon, depresyon hastalıkları arasında en sık rastlanan türdür ve toplumun geniş kesimlerini etkileyebilmektedir. Araştırmalar, kadınların %10-25'lik bir kısmının ve erkeklerin %5-12'sinin yaşamları boyunca bu durumla karşılaşabileceğini göstermektedir. Özellikle alt sosyo-ekonomik gruplarda ve depresyon öyküsü olan aile bireyleri

bulunanlarda majör depresyon görülme olasılığı daha yüksektir. Majör depresyon tanısının konulabilmesi için, hastanın daha önce başka bir psikiyatrik hastalık geçirmemiş olması ve depresyonun organik bir nedenle ilişkili olmaması gerekmektedir (Halisçelik, 2021).

Majör depresyon tanısı, bireylerde aşağıdaki belirti ve bulguların en az dördünün, her gün olmasa bile düzenli olarak gözlemlenmesiyle konulabilmektedir. Bunlar belirgin bir kilo kaybı veya kilo alımı, uyku düzeninde bozukluklar, hareketlerde yavaşlama veya aşırı huzursuzluk, genel bir yorgunluk veya bitkinlik hissi, düşük benlik saygısı, değersizlik veya aşırı suçluluk duyguları, düşünce bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, cinsel istekte azalma, sürekli ölüm veya intihar düşünceleri gibi psikolojik ve fizyolojik problemlerdir (Kafes, 2021).

Majör depresyon, şiddet derecesine göre hafif, orta veya ağır olmak üzere üç farklı kategoride sınıflandırılmaktadır. Hafif majör depresyon durumunda, bireyler günlük yaşamlarını büyük ölçüde sürdürebilmekte, ancak genel bir melankoli ve düşük enerji hali hâkim olmaktadır. Bu durumda kişiler, yaşamın rutin gerekliliklerini yerine getirebilirken, sürekli bir mutsuzluk ve tatminsizlik hissi yaşamaktadır (Kafes, 2021). Orta derece majör depresyonda ise, bireylerin iş ve sosyal yaşamlarında gözle görülür düzeyde aksamalar baş göstermektedir. Kişisel ilişkilerde ve mesleki performansta ciddi düşüşler görülür, yeni işlere veya sosyal etkinliklere başlama konusunda belirgin bir isteksizlik ortaya çıkmaktadır. Bu düzeydeki depresyon, kişinin günlük işlevselliğini önemli ölçüde sınırlar ve psikolojik destek ile profesyonel müdahale gerektirmektedir (Şendur, Oğuzhanoğlu ve Varma, 2020). Ağır majör depresyon durumunda ise, bireylerin günlük işlevleri ciddi şekilde bozulmakta; temel kişisel ihtiyaçlarını dahi karşılayamaz hale gelmektedirler. Sosyal çevreleriyle etkileşimleri minimuma iner ve bu izolasyon durumu, depresyonun daha da derinleşmesine yol açmaktadır. Eğer bu ağır depresyon psikotik özellikler taşıyorsa, bireyin gerçeklik algısı büyük ölçüde bozulmaktadır. Halüsinasyonlar, sanrılar ve diğer psikotik semptomlar, kişinin hem kendine hem de çevresine karşı tehdit oluşturacak davranışlara sebep olabilmektedir. Bu durum, acil müdahale ve yoğun psikiyatrik tedavi gerektiren bir sağlık krizini işaret etmektedir (Aydemir, 2004).

Distimi (Nörotik) depresyon

Distimi, aynı zamanda Nörotik Depresyon olarak da bilinir ve en az iki yıl süresince devam eden, şiddetli olmayan depresyon semptomları ile karakterize edilen bir durumdur. Bu psikiyatrik rahatsızlıkta, hastalar zaman zaman birkaç gün süren iyileşme dönemleri yaşayabilirler; ancak genel olarak depresyon belirtileri baskın bir şekilde kendini göstermektedir. Distimi, uzun vadede devam eden ve kişinin sürekli bir iç sıkıntısı ile melankolik bir ruh hali içinde olmasına neden olan hafif şiddette bir depresyon türüdür. Bu sürekli depresif durum, bireyin iş performansını ve genel yaşam kalitesini ciddi şekilde olumsuz etkilemektedir (Cengiz ve ark. 2004). Distimi semptomları, majör depresyon ile benzer özellikler taşımakla birlikte, bu belirtiler majör depresyona kıyasla daha az yoğunluktadır. Belirtiler sayıca ve şiddet olarak daha hafif olmasına rağmen, majör depresyonun aksine, çok daha uzun bir süre boyunca devam etmektedir. Toplumsal prevalansı yaklaşık %6 civarında olan distimi, majör depresyon tanısı almış bireylerle karşılaştırıldığında daha az belirti gösterse de, bu belirtiler daha uzun süreli olmaktadır (Aslan, Sarı ve Kuruoğlu, 2012).

Doğum sonrası depresyon

Doğum Sonrası Depresyon, doğumdan sonra annelerde meydana gelen ve beyin kimyasındaki değişikliklerle tetiklenen biyolojik bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Bu rahatsızlık, doğum sonrası dönemde üç farklı tip altında incelenmektedir. İlk tip, doğumdan 3-5 gün sonra başlar ve anksiyete, geçici ağlama krizleri gibi belirtilerle kendini gösterir; bu tip genellikle destekleyici tedavilere olumlu yanıt vermektedir. İkinci tip, doğumdan sonraki ilk 20-25 gün içinde ortaya çıkar ve karamsarlık, üzüntü, yetersizlik hissi gibi klasik depresif semptomları içermektedir. Üçüncü tip ise, doğumu takiben ilk üç ay içinde meydana gelmekte ve tam anlamıyla klasik depresyon semptomlarını barındırmaktadır (Kara ve ark. 2021). Doğum sonrası depresyonun gelişiminde etkili olan faktörler arasında; ilk doğum olması, gebelik veya annelikle ilgili yaşanan çelişkili duygular, önceki depresyon geçmişi, gebelik döneminde karşılaşılan zor yaşam koşulları ve evlilikle ilgili problemler yer almaktadır. Bu faktörler, annenin psikolojik durumunu önemli ölçüde etkileyebilir ve depresyon riskini artırabilir. Bu nedenle, doğum sonrası depresyon, hem bireysel hem de toplumsal destek mekanizmaları ile yönetilmesi gereken kompleks bir sağlık sorunudur (Erdoğan ve Hocaoglu, 2020).

Atipik depresyon

Atipik Depresyon, genel depresyon tanımlarından farklı bir seyir izlemektedir. Bu depresyon türünde, duygulanım sürekli olarak çökkün bir halde olmayıp; çevresel etkilere bağlı olarak duygusal dalgalanmalar ve uygun durumlarda neşelenme gibi belirtiler gözlemlenebilmektedir. Atipik depresyon vakalarında, hastaların iştahlarında belirgin bir artış ve buna bağlı olarak kilo alma eğilimleri saptanmaktadır. Ayrıca, bu hastalar bedensel aktivitelerde artış yaşayabilirler. Atipik depresyon tanısı almış bireyler, genellikle dürtüsel davranışlar sergileme, yakınmalarını bedensel semptomlarla ifade etme ve teatral (histrionik) davranışlar gösterme yönünden yatkındırlar. Bu durum, sıklıkla altında yatan ciddi kişilik bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir (Yıldız ve Şarlak, 2022).

Bu kişilik yapısına sahip hastalarda, tipik depresif çökkünlük belirtileri yerine, fobik tutumlar, obsesif kompülsiyonlar, hipokondriyak kaygılar ve konversiyon bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Özsoy, 2022). Hastalar, beklenmedik bir şekilde alkol, kumar ve ilaç kullanımı gibi bağımlılık yapıcı davranışlara yönelebilirler. Ailevi ve iş hayatından geri çekilme, açıklanması zor cinsel uyumsuzluklar, aşırı yeme ya da yemek yemeyi tamamen bırakma gibi davranışlar da bu depresyon biçiminin belirtileri arasında yer almaktadır. Bu gözlemlenen değişken belirtiler, genellikle bireyin altında yatan genel bir çökkünlük durumunu maskeler niteliktedir. Bu belirtilerin hepsi, atipik depresyonun karmaşık ve çeşitlilik gösteren yapısını yansıtmaktadır ve bu durum, tedavi yaklaşımlarını da özelleştirmeyi gerektirmektedir (Alan, 2022).

Maskeli depresyon

Maskeli depresyon olarak adlandırılan depresyon türü, klasik depresyon belirtilerinin gözle görülür şekilde ikinci plana düştüğü ve bunun yerine somatik şikayetlerin, vegetatif fonksiyon bozukluklarının, karakter değişikliklerinin veya alkolizm, toksikomani gibi bağımlılık yapıcı davranışların ön plana çıktığı depresyon türlerini ifade etmektedir. Maskeli depresyon, endojen (içsel kaynaklı) depresyonların bir alt türü olarak kabul edilmekte ve bu türde depresyonun varlığından bireyler genellikle habersizdir; çünkü depresyon belirtileri, daha belirgin ve rahatsız edici somatik ve psikolojik problemler tarafından "maskelenmektedir." (Kesebir, 2004).

Bu hastalık durumunda, hastalar genellikle depresyonlarının farkında değildirler ve sıklıkla savunma mekanizması olarak kullanılan yapmacık gülümsemeler sergileyebilirler. Maskeli depresyon tanısı almış bireylerde motor fonksiyonlarda yavaşlama, psikomotor inhibisyon, uyku düzeninde bozulmalar ve ilgi alanlarında azalma gibi depresif bulgular dışında, klasik depresyon belirtileri nadiren rastlanan durumlar arasındadır (Özen ve ark. 2010).

Özellikle, karakter bozuklukları ve negetatif bozukluklar gibi psikolojik ve fizyolojik belirtiler, bu hastaların depresyon tanısının konulmasını güçleştirir ve genellikle bu belirtiler, başka psikiyatrik ya da tıbbi durumların belirtisi olarak yanlış yorumlanabilir. Alkolizm ve madde bağımlılığı gibi komorbid durumlar da maskeli depresyonun tanı ve tedavisinde önemli engeller oluşturur. Bu nedenle, maskeli depresyonun doğru bir şekilde tanımlanması ve tedavi edilmesi, multidisipliner bir yaklaşım ve geniş kapsamlı bir değerlendirme sürecini gerektirmektedir. (Özen ve ark. 2010). Bu süreçte, hem somatik semptomların hem de altta yatan depresif durumun ele alınması büyük önem taşımaktadır.

Yaşa bağlı depresyon

Yaş ya da Yaşa bağlı depresyon, yaşlılık döneminde karşılaşılan bir depresyon türüdür ve bu dönemde depresyonun klinik görünümü oldukça karışık niteliktedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan fiziksel hastalıklar ve psikososyal problemler, tanı koyma sürecini zorlaştırmaktadır (Çubuk, 2020). Bu zorluk, kullanılan ilaçların çeşitliliği ve sıklığı ile birleştiğinde, bireylerde nörokimyasal değişikliklere yol açarak depresyonun belirtilerini daha da karmaşık hale getirmektedir. Yaşadönümü depresyonu, genellikle kadınlarda 40-50 yaş, erkeklerde ise 50-60 yaş aralıklarında daha sık görülmekte olup, bu yaş gruplarındaki hormonal değişimler, menopoz gibi etkenler kadınlarda depresyon riskini artırmaktadır. Ayrıca, emeklilik süreci, yaşlanmanın getirdiği kaygılar ve sağlık problemlerinin artması gibi faktörler de bu depresyon türünün ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır (Güvener, 2022).

Klinik olarak yaşadönümü depresyonu, sabah saatlerinde yoğunlaşan ağır bir bunaltı, uyku düzeninde bozulmalar ve sıkıntılı bir hareketlilik ile karakterize edilmektedir. Depresyonun bu formu, diğer depresyon türlerinde görülen çoğu belirtiyi içermesine rağmen, özellikle kaygı belirtileri ön plandadır (Güvener, 2022). Bu kaygı durumu sıklıkla ajitasyona ve huzursuzluğa yol açmakta, dolayısıyla intihar düşüncesi ve girişimlerinde artışa neden

olmaktadır. Bu dönemde depresyonun yönetimi, bireyin yaşam kalitesini korumak ve mevcut sağlık sorunlarını kontrol altında tutmak için kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Böylece, yaşlı bireylerin hem fiziksel hem de psikolojik olarak desteklenmesi, yaşdönümü depresyonunun etkilerinin hafifletilmesinde kritik bir öneme sahiptir (Bekircan ve Okanlı, 2023).

Reaktif depresyon

Reaktif depresyon, yaşamda meydana gelen stresli olaylar sonucunda tetiklenen ve genellikle kısa süreli olarak nitelendirilen bir depresyon türüdür. Bu depresyon formunda, suçluluk veya günahkarlık duyguları, hezeyan gibi psikotik özellikler gözlenmez. Uyku düzeninde bozulmalar mevcut olup, bu genellikle geç uykuya dalma ve sabahları erken uyanmama şeklinde kendini gösterir. İştahsızlık ve kilo kaybı ise ya görülmez ya da çok hafif seviyededir. Hastaların kaygı düzeyleri gün içinde yavaş yavaş artar ve genellikle gece saatlerinde en yüksek noktaya ulaşmaktadır (Önder ve Yıldırım, 2022).

Reaktif depresyon, genelde 2-3 ay veya daha uzun sürebilir ve çoğu zaman tedavi ile iyileşme görülmektedir. Ancak, bazı durumlarda bu depresyon türü, sürecin ağırlaşması ile birlikte endojen depresyon gibi daha ciddi depresyon türlerine dönüşebilmektedir. Bu dönüşüm, başlangıçta reaktif olarak nitelendirilen depresyonun, zaman içinde kişinin içsel yapısında kalıcı değişikliklere yol açarak kronikleşmesi şeklinde olabilmektedir (Doğan, 2006).

Manik-Depresif (Bipolar)

Manik-Depresif (Bipolar) bozukluk, depresif ve manik fazları içeren, duygudurum dalgalanmalarıyla karakterize edilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Hastalık, bipolar bozukluk, manikdepresif bozukluk ya da manik depresyon olarak da isimlendirilmektedir. Depresif faz sırasında bireyler, derin üzüntü, çökkünlük ve umutsuzluk duyguları yaşarken; manik fazda ise, aşırı enerji, durdurulamaz bir içsel güç hissi, gerçek dışı bir özgüven, yüksek sesle ve hızlı konuşma, sürekli fikir değişimleri, düşüncesizce risk alma, artan cinsel istek, alkol veya diğer madde kullanımında artış ve azalan uyku ihtiyacı gibi belirtilerle kendini göstermektedir (Vahip, 2004). Bu fazlar arasındaki geçişler, hastanın sosyal, mesleki ve kişisel yaşamında önemli sorunlara yol açabilmektedir. Bipolar bozukluğun tedavisi, bireyin

yaşam kalitesini artırmayı ve fazların şiddetini kontrol altına almayı hedefleyen kapsamlı bir yaklaşım gerektirmektedir (Kesebir, Vahip, Akdeniz ve Yüncü, 2005).

2.2.5. Depresyonun belirtileri

Depresyon, çeşitli psikolojik, bilişsel ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren kompleks bir sendromdur. Duygusal alanda; disfori, anhedoni (zevk alamama), irritabilite (huzursuzluk), üzüntü, anksiyete (kaygı), bilişsel alanda; kendini değersiz hissetme, çaresizlik, benlik saygısında azalma, karamsarlık, umutsuzluk, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, konuşma ve düşüncede yavaşlama, varoluşsal sanrılar, obsesif düşünceler, hipokondriyak uğraşlar, ölüm ve intihar düşünceleri gibi psikolojik sorunlar yaşanmaktadır. Ayrıca bellek, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları da bu durumun bilişsel belirtileri arasındadır (Güleç, Sayar ve Özkorumak, 2005).

Vejetatif alanda ise; enerji düşüklüğü, genel bir yorgunluk ve bitkinlik hali, güçsüzlük, iştah değişiklikleri ile birlikte genellikle kilo kaybı (nadiren kilo alımı), uyku düzeninde bozulmalar (uykusuzluk ya da aşırı uyku), ajitasyon (huzursuzluk), cinsel ilgi ve aktivitede azalma, kabızlık ve motor aktivitelerde yavaşlama gibi fizyolojik problemler görülmektedir. Kadınlarda adet düzensizlikleri de sık rastlanan bir durumdur. Sosyal alanda ise, bireyin toplumdan ve sosyal çevresinden uzaklaşma eğilimi, sosyal ve mesleki işlevlerde belirgin bir ilgi kaybı, intihar girişimleri gibi ciddi sosyal belirtiler depresyonun diğer önemli göstergeleridir (Bağrıyanık, 2019).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) içerisinde, depresif sendrom aşağıdaki ölçütlerle sınıflandırılmaktadır: 1. Hastanın kendisinin bildirmesi veya başkalarının gözlemlemesi sonucu tespit edilen, gün boyu veya çoğu gün devam eden, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma veya bu etkinliklerden artık eskisi gibi zevk alamama durumu. 2. Diyet yapmıyorken bile önemli derecede kilo kaybı veya kilo alımı. 3. Uykusuzluk veya aşırı uyku durumu. 4. Günlük yorgunluk, bitkinlik veya enerji kaybı. 5. Özdeğersizlik hissi, aşırı veya yersiz suçluluk duyguları. 6. Düşünme ve konsantrasyon yeteneğinde azalma, kararsızlık. 7. Yineleyen ölüm düşünceleri, intihar planları veya intihar girişimi (American Psychiatric Association, 2000).

Kognitif (Bilişsel) belirtiler

Kognitif (Bilişsel) Belirtiler, depresyonun tanısında önemli bir yere sahiptir. Depresyondaki bireylerde sözel ifade yeteneği önemli ölçüde yavaşlamıştır; konuşmak için anormal derecede çaba sarf etmek gerekmektedir. Özellikle ağır depresyon durumundaki hastalar, konuşmalarını genellikle yavaş ve tekil sözcüklerle sürdürürler; bazı durumlarda ise tamamen sessizliği tercih edebilirler. Bireyler, sorulan sorulara tek kelime ile ya da gecikmeli olarak yanıt verme eğiliminde olabilirler (Kotan ve ark. 2018).

Bu hastaların düşünce içerikleri çoğunlukla umutsuzluk, kişisel yetersizlik, kendine yönelik aşırı eleştirel tutumlar, kendini suçlama ve haksız yere cezalandırılma duyguları ile doludur. Depresyon durumunda olan kişiler, yanlış giden her durum için kendilerini sorumlu tutar ve çoğu zaman hiçbir şeyi başaramayacaklarına dair bir inanç içinde bulunurlar. Bu negatif öz-algı, bireyin hem geçmişteki hem de gelecekteki olaylar karşısında karamsar bir tutum sergilemesine neden olur; ölüm ve intihar düşünceleri, fobiler ve obsesif uğraşlar gibi komorbid psikolojik sorunlar sıkça rastlanan yan belirtiler arasında yer alır (Kotan ve ark. 2018).

Karar verme yetileri ciddi şekilde etkilenir; hastalar basit konularda dahi karar verme güçlüğü çeker ve daha önceki kararlarından duydukları pişmanlık, kendilerini kınama ve suçluluk hisleri gibi duygusal yüklerle mücadele ederler. Ayrıca, depresif bireylerde sıklıkla görülen unutkanlık, bu bilişsel bozulmanın diğer bir yansımasıdır (Hastürk ve Şenışık, 2011). Bu unutkanlık, hastaların dikkatini toplama ve düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisindeki bozulma ile doğrudan ilişkilendirilmektedir. Kognitif belirtiler, depresyonun tanı ve tedavi süreçlerinde dikkate alınması gereken temel unsurlardır ve bu belirtiler, hastaların günlük yaşam aktivitelerini önemli derecede etkileyebilir. Bu nedenle, depresyonun kognitif boyutunun anlaşılması ve bu yönde etkili müdahalelerin geliştirilmesi, tedavi başarısını artırmada kritik bir rol oynar (Vatan, 2016).

Duygusal belirtiler

Depresyon, efektif bozukluklar kategorisi altında incelendiğinde, belirtilerinin en belirgin görüldüğü alanlardan biri duygusal boyuttur (Özdemir, 2015). Bu hastalığın duygusal yönünden kaynaklanan anahtar belirtiler arasında çökkün bir duygusal durum öne

çıkılmaktadır. Bahse konu bu duygusal durum; çökkünlük, keder, umutsuzluk, çaresizlik, düş kırıklığı ve hüznün şeklinde çeşitlilik göstermektedir. İlgili duygular, genel bir mutsuzluk hissinden niteliksel olarak ayrışır ve daha derin bir kederi ifade etmektedir. Elem ve hüznün, depresyon tanısı konmuş bireylerde neredeyse istisnasız rastlanan yaygın belirtiler arasındadır (Köroğlu, 2006).

Duygusal açıdan bu denli çökkünlük yaşayan bireyler, ağır bir atalet hissiyle boğuşur ve bu durum; karar verme yetilerini, yeni bir faaliyete başlama isteklerini ya da ilgi alanlarına yönelik motivasyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Kendini yetersiz ve değersiz hissetme durumları da sıklıkla rastlanan bir diğer belirtidir ve bireyler bu düşüncelere dalarak sık sık ağlama nöbetleri yaşayabilir, hatta intihar düşünceleri geliştirebilir (Thapar ve ark, 2022). Depresyonla mücadele eden hastaların gün içindeki duygu durumları da sürekli değişkenlik gösterir; özellikle sabah saatleri, depresif duyguların en yoğun yaşandığı zaman dilimleri olarak bilinirken, akşamüstü saatlerinde duygusal durumlarında göreceli bir iyileşme mümkün olabilmektedir (Miller ve Campo, 2021).

Depresyonla birlikte sıklıkla görülen bir diğer rahatsızlık ise anksiyetedir. Depresyonlu hastalar, sürekli bir endişe, korku, gerginlik ya da gevşeyememe hali içinde subjektif bir anksiyete deneyimi yaşarlar. Bu hastaların engellenmeye karşı dayanıklılığı azalmış olup, irritabl ve kolay öfkelenen bir yapı sergileyebilirler. Anksiyete aynı zamanda bireyin konsantrasyon yeteneğini de olumsuz etkiler, bu da günlük yaşantılarında çeşitli zorluklara yol açar (Ma, 2020). Bu belirtilerin her biri, depresyon tanısı konmuş bireylerin terapi ve müdahale süreçlerinde dikkate alınması gereken temel unsurlardır.

Davranışsal belirtiler

Depresyonun yol açtığı etkiler arasında davranışsal belirtiler de önemli bir yere sahiptir. Bu durum, hastaların hareketlerinde belirgin bir yavaşlama, azalma ve genel bir isteksizlik şeklinde gözlemlenmektedir. Depresyondaki bireyler, yeni bir davranışı başlatma veya mevcut bir faaliyeti devam ettirme konusunda belirgin bir ilgisizlik ve enerji eksikliği yaşamaktadırlar. Özellikle ağır depresyon vakalarında, etkinlik düzeyindeki azalma o denli ileri bir seviyeye ulaşabilir ki, hastalar fiziksel olarak bitkin, omuzları düşmüş ve yüzlerinde donuk bir ifade ile yere bakar halde oturma eğilimi gösterebilirler. Konuşmaları alçak sesle

ve monoton bir tarzda gerçekleşir; herhangi bir davranışı sergilemek için gösterilen çaba, normalden çok daha fazla olabilir (Katı ve Karaaziz, 2023).

Bununla birlikte, mimiklerdeki azalma, yürüyüşteki yavaşlama, başın öne eğilmesi, gözlerin yere bakması ve ellerin kucağa konulması gibi belirtilerle, hastaların çevresine karşı tepkisiz bir tutum sergiledikleri gözlenmektedir (Özen, ve Temizsu, 2010). Depresyonun davranışsal boyutunda, hareketlerdeki yavaşlamanın ve isteksizliğin aksine, bazı ağır depresif durumlarda belirgin bir psikomotor ajitasyon da müşahade edilebilir. Ajite depresyon durumlarında, anksiyete baskın bir özellik olarak öne çıkar ve hastalar, durmaksızın dolaşma, ellerini sıkıntıyla ovuşturma ve sürekli inleme gibi belirtilerle kendini belli eden bir huzursuzluk içinde olabilirler. Bu tür hastalar, sürekli bir hareket halinde olup, yaptıkları işlerde bir devamlılık göstermezler (Mete, 2008). Özetle, depresyonla mücadele eden bireylerde, huzursuz bir kıpırdanma ve genel bir hareketlilik hâkimdir. Bu davranışsal belirtiler, depresyonun tanı ve tedavi sürecinde önemli göstergeler olarak kabul edilir ve bireylerin günlük yaşamlarını derinden etkileyebilir.

Fizyolojik belirtiler

Depresyonun fizyolojik belirtileri arasında, uyku bozuklukları hemen hemen tüm depresif hastalar için evrensel bir problemidir ve çoğunlukla hastalığın ilk fark edilen belirtileri arasında yer alır (Özdel ve ark. 2002). Depresyonda uyku düzenindeki bozukluklar; uykusuzluk ya da aşırı uyuma biçimlerinde kendini göstermekle birlikte, genellikle uykusuzluk daha yaygındır. Hastalar, uykuya dalma, uykuyu sürdürme veya sabahları erken ve yorgun bir şekilde uyanma gibi sorunlar yaşarlar. Ayrıca, depresyon sürecinde görülen rahatsızlık verici ve genellikle depresif içerikli rüyalar, hastaların ağlayarak uyanmalarına neden olabilir (Özdemir, 2007).

İştah değişiklikleri de depresyonun belirgin fizyolojik belirtileri arasındadır. Çoğu kez, önemli ölçüde iştah kaybı ve buna bağlı olarak fark edilebilir düzeyde kilo kaybı görülür. Ancak, bazı durumlarda bu durumun tam tersi olarak aşırı iştah gözlenebilir; bu durum, bireylerin sanki içlerindeki boşluğu doldurmak istercesine sürekli yeme isteği ile kendini göstermektedir. Depresyonla mücadele eden hastalar, daha önce zevk aldıkları yiyeceklerden artık zevk alamaz hale gelirler; yemekler onlara tatsız ve tuzsuz gibi gelebilir, fakat yine de bu yiyecekleri yemeye çalışırlar. Sıkça rastlanan kabızlık, azalan yeme ve içme sıklığının

yanı sıra, azalan fiziksel aktivite ile de ilişkilendirilebilir. Antidepresan ilaçların kullanımı bu tür gastrointestinal belirtileri şiddetlenmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

Cinsel işlev bozuklukları, depresyonun neredeyse evrensel belirtileri arasında yer almaktadır. Erkek hastalarda genellikle libido kaybı ve cinsel etkinliklerde azalma görülür; hatta bu durumlar tamamen ortadan kalkabilmektedir (İncesu, 2004). Cinsel etkinliklerdeki bu azalma veya kayıp, erkek hastaların özgüvenini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Ereksiyon sorunları ve kadın hastalarda genel bir cinsel isteksizlik olmasına rağmen cinsel işlevlerin yerine getirilebilirliği, bu hastalığın karmaşık doğasını yansıtmaktadır. Antidepresan ilaçların kullanımı, özellikle erkeklerde sertleşme ve orgazm sorunları gibi cinsel işlev bozukluklarını daha da belirginleştirebilir (Polat, 2019). Bu tür fizyolojik belirtiler, depresyon tanı ve tedavi sürecindeki klinik değerlendirmeler için kritik öneme sahiptir ve hastaların yaşam kalitesi üzerinde derin etkiler meydana getirmektedir.

2.2.6. Depresyonun etiyolojisi

Yapılan geniş çaplı araştırmalar, depresyonun etiyolojisinde birden fazla risk faktörünün etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Majör depresif bozukluğun oluşumunda etkili olan ana faktörler; genetik yatkınlıklar, biyokimyasal dengesizlikler ve çeşitli psikososyal faktörler olarak belirlenmiştir (Anber, Akar, Altun 2021; Yaman, Karaaziz 2023). Bunlar aşağıda detaylı olarak incelenecektir.

2.2.7. Biyolojik faktörler

Genetik faktörler

Depresyonun etiyolojisinde genetik faktörlerin rol oynadığına dair birçok araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmalar, depresyonun genetik olarak geçiş gösterdiğini kanıtlamakta olup, özellikle birinci derece yakınlarında bu hastalığa rastlanmış bireylerin, genel popülasyona kıyasla depresyona yakalanma riskinin 2 ila 3 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. İkizler üzerinde yapılan detaylı analizler, genetik faktörlerin depresyonun ortaya çıkmasında güçlü bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. İkiz çalışmaları, kalıtsal geçişin yaklaşık %31-42 arasında olduğunu tahmin etmekte, özellikle monozigot (tek yumurta) ikizlerde bu oranın %37 civarında olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmalara göre,

monozigot ikizlerin, dizigot (çift yumurta) ikizlere kıyasla depresyona yakalanma ihtimali 2 ila 4 kat daha fazladır (Öztürk, Uluşahin 2020).

Evlat edinme çalışmaları da genetik faktörlerin etkisini desteklemekte; özellikle majör depresyon tanısı almış biyolojik ebeveynlere sahip evlat edinilmiş çocukların, depresyona yakalanma riskinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Çetin, 2022). Depresyonun başlangıç yaşının düşük olması ve hastalığın tekrarlanma eğilimi, kalıtsal faktörlerin depresyon üzerindeki belirgin etkisini işaret etmektedir (Çetin, 2022).

Ayrıca, genetik yatkınlığın çevresel faktörlerle etkileşimi üzerine yapılan çalışmalar, özellikle çocukluk dönemi travmalarının, genetik predispozisyonu olan bireylerde yetişkinlik döneminde depresyona yakalanma olasılığını artırdığını ortaya koymuştur (Öztürk, Uluşahin 2020). Bu bulgular, depresyonun sadece genetik faktörlerle değil, aynı zamanda çevresel tetikleyiciler, stres, yaşam olayları ve diğer psikososyal faktörlerle de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Yaman, Karaaziz 2023).

Biyokimyasal faktörler (nörotransmitterler)

Beyin fonksiyonlarının düzenlenmesinde kritik roller üstlenen nörotransmitterler, normal aktivasyon düzeylerini gösteremediklerinde depresif bozukluklara neden olabilmektedir. Depresyonla mücadele eden bireylerde görülen nörotransmitter dengesizliklerinin, depresyonun bir sonucu mu yoksa nedeni mi olduğu konusu uzun süredir bilim insanları arasında tartışılmaktadır. Majör depresif bozukluk ile bağlantılı olarak incelenen üç temel nörotransmitter; dopamin, noradrenalin ve serotonin üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu nörotransmitterlerin aktivasyonundaki değişiklikler, depresyonun biyokimyasal temellerini oluşturmaktadır (Erdem ve Çelepkolu, 2014).

- Noradrenalin ve Depresyon: Araştırmalar, noradrenalin seviyelerinin depresyon durumlarında genellikle azaldığını göstermektedir. Bu azalma, bireylerin dikkat ve konsantrasyon yeteneklerinde eksiklikler, hafıza sorunları, genel bir halsizlik ve yorgunluk hissi gibi çeşitli semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Noradrenalin, uyanıklık ve enerji seviyelerini etkileyen önemli bir nörotransmitterdir; bu nedenle seviyesindeki düşüşler, depresyonun somatik belirtilerini de tetiklemektedir (Uğuz ve Yurdagül, 2002).

- Serotonin ve Depresyon: Serotonin, genellikle "mutluluk hormonu" olarak adlandırılan ve ruh hali stabilitesinden sorumlu olan bir nörotransmitterdir. Bu kimyasalın azalması, depresyonun en bilinen nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Serotonin düzeylerindeki düşüşler, iştah, uyku düzeni, enerji seviyesi ve bilişsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır. Serotonin azlığı, özellikle depresyonun duygusal ve fiziksel semptomlarının yanı sıra anksiyete bozuklukları ile de ilişkilendirilmektedir (Karataş ve Aslı, 2023).
- Dopamin ve Depresyon: Dopamin, ödül ve zevk alma mekanizmalarını düzenleyen bir nörotransmitterdir ve bu kimyasalın aktivitesindeki azalma, depresyon semptomlarına yol açabilmektedir. Özellikle motivasyon eksikliği, zevk alamama durumu ve genel bir ilgisizlik hali dopamin düzeylerindeki düşüşlerle ilişkilendirilmektedir. Dopaminin azalması, aynı zamanda Parkinson hastalığı gibi nörodejeneratif hastalıkların semptomları ile de paralellik göstermektedir (Yılbaş, 2022).

Sonuç olarak, majör depresif bozuklukların anlaşılmasında nörotransmitterlerin rolleri esas alınmaktadır. Bu biyokimyasal maddelerin düzeylerindeki değişimler, depresyonun hem duygusal hem de fiziksel yönlerini etkilemekte ve hastalığın tedavi yöntemlerinin geliştirilmesinde temel bilgiler sunmaktadır. Dolayısıyla, depresyon tedavisinde nörotransmitter düzeylerini normale döndürmeye yönelik farmakolojik müdahaleler büyük önem taşımaktadır.

Psikososyal faktörler

Psikanalitik kuram

Klasik psikanalitik teori, depresyonu genellikle kişinin hayalinde veya gerçekte yaşadığı bir sevgi nesnesinin kaybı olarak tanımlamaktadır. Bu tür bir kayıp, kişinin benliğinde derin bir boşluk hissi ve terk edilmişlik duyguları oluşturmaktadır. İlgili literatürde belirtildiği üzere bu durum kişinin özdeğerinde önemli ölçüde azalmaya ve hatta yok olmaya sebep olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Kahraman, 2021). Birey, kaybettiği sevgi nesnesiyle özdeşim kurduğu için, bu nesnenin yitirilmesiyle birlikte içe kapanık bir hale bürünür. Bu süreçte, özdeşim kurulan sevgi nesnesinin kaybedilmesi, bireyde öfke ve suçluluk gibi duygusal tepkilere neden olur ve kişi bu duyguları genellikle kendisine yöneltir.

Psikanalitik teoride, bireyin geç oral ve erken anal dönemlerde yaşanan psikoseksüel gelişim aşamalarında saplanmalar yaşaması da depresyonun psikodinamik kökenlerini açıklamada kullanılmaktadır (Tuzcuoğlu ve Korkmaz, 2001). Bu saplanmalar, yetişkinlik döneminde karşılaşılan kayıpların daha şiddetli psikolojik tepkilere yol açmasına neden olabilmektedir. Özellikle, erken çocukluk döneminde güvenli bağlanma ilişkilerinin kurulamaması, ileriki yaşlarda sevgi nesnesi kayıplarının daha yıkıcı etkiler oluşturmalarının temelini oluşturabilir. Dolayısıyla, psikanalitik kuram, depresyonun sadece yüzeydeki belirtileriyle değil, aynı zamanda daha derin psikolojik yapılar ve çocukluk dönemi deneyimleri ile de ilişkili olduğunu öne sürmektedir (Kahraman, 2021).

Bilişsel kuram

Bilişsel davranışçı görüş, depresyonun temelde bir duygudurum bozukluğu olmadığını, asıl olarak bilişsel süreçlerdeki bozulmalarla ilişkili bir rahatsızlık olduğunu savunmaktadır. Bu teoriye göre, depresyon, bilişsel bozuklukların bir sonucu olarak meydana gelmektedir ve bu bozukluklar, duygudurum üzerinde doğrudan etkili olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Aaron Beck gibi bilişsel kuramın önde gelen isimleri, bu perspektifi özellikle depresyonun mekanizmalarını anlamak için geliştirmişlerdir. Beck'in teorisine göre, depresyonda olan bireyler genellikle olumsuz otomatik düşüncelere ve umutsuzluk hissine sahip olup, bu durumlar depresyonun temel belirtileri arasında yer almaktadır (Tabur ve Türkçapar, 2024).

Bilişsel kuramlar, psikolojik rahatsızlıkların açıklanmasında bilişsel süreçlerdeki yanlışlıkları temel almakta, bu yanlışlar üzerinden rahatsızlıkların kökenine inilmeye çalışılmaktadır. Depresyon, toplumda gözlemlenen en yaygın psikolojik rahatsızlıklardan biri olarak kabul edilmekte ve bilişsel kuramlar aracılığıyla, bu rahatsızlığın altında yatan bilişsel hatalar detaylı bir şekilde incelenmektedir. Aaron Beck'in bilişsel teorisi, depresyonun duygusal, bilişsel, motivasyonel ve fiziksel belirtilerini içermekle birlikte, bu rahatsızlığın tanım ve tedavisinde bilişsel öğelerin merkezi bir role sahip olduğunu vurgulamaktadır (Uzar, 2024).

Beck'in modeli, depresyona yol açan bilişsel çarpıtmaları ve bu çarpıtmaların bireylerin duygusal durumları üzerindeki etkilerini sistematik bir şekilde ele almaktadır. Örneğin, "katastrofikleştirme" ya da "kişiselleştirme" gibi bilişsel hatalar, bireylerin olayları aşırı

negatif bir şekilde yorumlamalarına neden olur ve bu da duygusal olarak daha derin negatif hissetmelerine yol açar. Bilişsel terapi yöntemleri, bu tür bilişsel çarpıtmaları tanımlamayı, sorgulamayı ve düzeltmeyi amaçlar; böylece bireyin sağlıklı düşünce yapısına ulaşmasını ve duygusal iyileşmesini sağlamayı hedefler (Hubley, 2021). Bu yaklaşım, depresyonla mücadelede kritik bir yöntem olarak kabul edilmekte ve yaygın olarak uygulanmaktadır. Bilişsel kuramda depresyonun anlaşılması için dört temel öge üzerinde durulmaktadır. Bu ögeler, hastanın psikolojik süreçlerini ve yaşantılarını çeşitli yönlerden ele almaktadır:

- **Bilişsel Üçlü:** Bu kavram, bireyin kendisi, çevresi ve geleceği hakkındaki düşüncelerini içeren üç temel parçadan oluşmaktadır. İlk öge, kişinin kendisi hakkında sahip olduğu olumsuz bakış açısını ifade eder; bu durumda birey, kendini kusurlu, yetersiz veya eksik olarak görme eğilimindedir (Kaya ve Tıraş, 2021). İkinci öge, kişinin çevresiyle olan ilişkilerini ve yaşantılarını olumsuz bir şekilde algılamasıdır; birey, çevresinden aşırı talepler olduğunu ve dünyanın üstesinden gelinemeyecek zorluklarla dolu olduğunu düşünür. Üçüncü öge ise geleceğe dair düşüncelerdir; kişi mevcut sıkıntıların ve zorlukların hiçbir zaman sona ermeyeceğine inanır (Kaya ve Tıraş, 2021). Bu üçlü düşünce yapısı, depresyondaki kişilerin dünyayı algılama biçimini temelden sarsar ve onların duygusal durumları üzerinde derin etkiler oluşturmaktadır.
- **Olumsuz Otomatik Düşünceler:** Bireyin zihninde, bilinçli düşünme süreçlerinden bağımsız olarak ve genellikle hızlı bir şekilde beliren kısa ve değerlendirci düşünceler bulunur. Bu tür düşüncelere "otomatik düşünceler" denir ve bu düşünceler mantıksal bir sorgulama veya somut bir amaçla doğrudan ilişkili olmayabilir. Depresyon durumunda kişiler, bu otomatik düşüncelerin varlığından çoğu zaman habersizdirler ve bu düşünceler genellikle işlevsiz ve olumsuz niteliktedir. Bu otomatik düşünceler, bireyin altta yatan temel inançlarını ve düşünce hatalarını yansıtır, bu da onların duygusal tepkilerini şekillendirir ve sıklıkla depresif duygudurumlarına yol açar (Aysan ve Bozkurt, 2013).
- **Ara İnançlar ve Temel İnançlar (Şemalar):** Bilişsel kuramda, ara inançlar ve temel inançlar (şemalar) kritik bir role sahiptir. Ara inançlar; kurallar, beklentiler ve tutumlar gibi, bireyin işlevsel olmayan düşünce yapısını oluşturur ve otomatik düşünceler ile temel inançlar arasında bir köprü işlevi görür. Bu inançlar, bireyin yaşamı boyunca edindiği ve sürekli olarak bilişsel çarpıtmalarla pekiştirilen yaşam kuralları niteliğindedir. Temel inançlar veya şemalar ise genellikle çocukluk döneminden itibaren şekillenir, yaşam boyu süregelen gelişim gösterir ve değiştirilmeleri zor olan yapısal

düşünce kalıplarıdır (Gündüz ve Gündoğmuş, 2019). Beck ve diğer bilişsel kuramcılar, depresyonu yaşayan bireylerin genellikle çocukluk veya gençlik dönemlerinde yaşadıkları ana baba kaybı, akran reddi, öğretmen eleştirileri gibi travmatik deneyimler sonucu olumsuz şemalar geliştirdiklerini belirtirler. Bu şemalar, benzer olay veya durumlarla karşılaşıldığında aktif hale gelir ve bireyin düşüncelerini şekillendirmede temel bir rol oynar. Depresyondaki kişilerde bu şemalar, gerçeği çarpıtan bilişsel yanlışlıklar ve çarpıtmaları tetikler ve bu çarpıtmalar tarafından sürekli beslenmektedir (Arkar, 1992).

- Bilişsel Çarpıtmalar: Beck'in çalışmaları, depresyonlu hastaların düşüncelerinde tutarlı bir şekilde belli hatalar yaptığını ortaya koymaktadır. Bu hatalar; aşırı genelleme, seçici soyutlama, kişiselleştirme, keyfi sonuç çıkarma gibi bilişsel çarpıtmalar şeklinde sıralanabilir. Depresyonlu bir bireyin düşünme tarzı, bilişsel üçlü tarafından yönlendirilmekte ve bu düşünceler kişinin ruh halini ve motivasyonunu doğrudan etkilemektedir. Beck ve diğer bilişsel teorisyenler, bu olumsuz düşünce yapılarının, bireyin özgün negatif şemalarının tetiklenmesiyle ortaya çıktığını vurgular. Terapi sürecinde, bu olumsuz şemaların gücüne karşı koymak ve hastanın ruh halini ile genel bakış açısını iyileştirmek amaçlanmaktadır (Clark, 2022). Bu çerçevede, bilişsel süreçlere odaklanan başka bir önemli kuram ise çaresizlik/umutsuzluk kuramıdır. Bu teori başlangıçta öğrenilmiş çaresizlik kuramı olarak tanımlanmış ve sonrasında bireyin yaşadığı durumlar karşısında hissettiği umutsuzluk ve bu umutsuzluğun davranışsal sonuçları üzerine yapılan vurgularla daha da geliştirilmiştir (Clark, 2022).

Öğrenilmiş çaresizlik kuramı, bireylerin yaşadıkları başarısız deneyimler ve travmalar neticesinde edilgenlik, eyleme geçememe ve yaşamını kontrol edememe duygularını geliştirdiklerini ileri sürmektedir. Bu duyguların, depresyonun gelişimine zemin hazırladığı kabul edilmektedir (Davison ve Neale, 2004). Kuram, öncelikle Seligman ve Maier (1976) tarafından yapılan hayvan deneyleri sonucunda geliştirilmiş olup, elektrik şoklarına maruz kalan köpeklerin, kontrol edilebilir stres durumlarında dahi çaresizlik belirtileri gösterdikleri ve bu durumun performanslarını olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymuştur. Seligman, bu bulguları depresyonun anlaşılmasında bir model olarak değerlendirmiş ve hayvanlar ile insanlar arasında belirgin paralellikler kurmuştur (Seligman ve Maier, 1976). Örneğin, depresyonda olan insanlar gibi, stres altındaki hayvanlar da pasif kalmakta, baş etme stratejilerini devreye sokamamakta ve fizyolojik sorunlar yaşamaktadırlar; bu da iştahsızlık, yeme güçlükleri ve kilo kaybı gibi semptomlara yol açmaktadır (Davison ve Neale, 2004).

Ancak, bu kuramın bazı yönlerden yetersiz kaldığı eleştirileri üzerine Abramson ve arkadaşları (1978), öğrenilmiş çaresizlik kuramını daha detaylı bir biçimde ele alarak atıf teorisine dayalı yeni bir versiyonunu geliştirmişlerdir. Bu yeni yaklaşım, bireylerin kontrol edilemez durumlar karşısında hissettikleri çaresizliğin kişisel veya genel olarak algılanıp algılanmadığını ve bu çaresizliğin ne zaman kronik veya şiddetli hale geldiğini daha iyi açıklamaktadır. Araştırmacılar, bir olayın nedenlerinin birey tarafından nasıl atfedildiğini (genel veya özel, içsel veya dışsal, kalıcı veya geçici) incelemişler ve bu atıfların kişinin çaresizliğinin kronikleşip kronikleşmeyeceğini, aynı zamanda özgüvenini nasıl etkileyebileceğini belirtmişlerdir. Özellikle, olumsuz olaylar kalıcı ve genel nedenlerle açıklandığında ve buna ek olarak içsel nedenlere atıf yapıldığında depresyonun ortaya çıktığı gözlemlenmiştir (Song ve Vilares, 2021).

Depresyonun umutsuzluk kuramı ise, kişinin algıladığı olumsuz yaşam olaylarının öncelikle umutsuzluk hissine neden olduğunu, ardından bu hissin depresyon semptomlarını tetiklediğini öne sürmektedir. Bu kuramda, iki bilişsel bileşen; istenmeyen sonuçların kaçınılmaz olduğu ve bu sonuçların değiştirilemeyeceği inancı, merkezi bir yer tutmaktadır. Bu bileşenlerin varlığı, bireyin umutsuz hissetmesine ve dolayısıyla depresyonun gelişimine yol açmaktadır. Kuram, depresyonla mücadelede bireyin umutsuzluk hissini azaltmayı ve olaylara karşı daha etkin baş etme stratejileri geliştirmeyi hedefler, böylece depresyonun üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır (Andiç, 2020).

Davranışçı kuram

Davranışçı kuram, psikodinamik kuramın aksine, depresyonu içsel süreçler ve çocukluk yaşantıları üzerinden değil, öğrenilmiş tepkiler ve çevresel etkileşimler açısından ele almaktadır. Psikodinamik kuramın depresyon üzerine yaptığı açıklamalarda öncelikle bireyin iç dünyası ve erken yaşantılarına odaklanılmışken, davranışçı kuram depresyonu, bireyin uyarana genellenmiş tepkileri ve olumlu pekiştireçlerin azalması sonucu ortaya çıkan sönme süreçleri çerçevesinde açıklamaya yönelmiştir. Bu kurama göre, depresyon; işten atılma gibi spesifik uyaranlara karşı gösterilen genellenmiş tepkilerle, örneğin isteksizlik ve iştah kaybı gibi, karakterize edilmektedir (Karaca ve Karaaziz, 2023).

Skinner ve diğer davranışçı kuramcılar, depresyonun nedenini sosyal pekiştireçlerin azalmasına bağlamışlardır. Skinner, sosyal olumlu pekiştireçlerin azalması sonucunda

bireylerde davranışsal sönme görüldüğünü ifade etmiştir. Buna göre, bireyler, kaybettikleri pekiştireçlerle birlikte davranışlarında belirgin bir azalma ve pasifleşme yaşarlar (Bayrakcı, 2007). Özetle, davranışçı kuramlar, depresyonun temelinde ve devamlılığında, kişinin çevresinden yeterli düzeyde olumlu pekiştireç alamamasının yattığını öne sürmektedir.

Lewinsohn ve diğer araştırmacılar ise pekiştirme eksikliğinin veya istenmeyen deneyimlerin bolluğunun, kişinin üzüntü hissetmesine ve pasifleşmesine yol açtığını belirtmiştir (Yılmaz, 2023). Depresyona giren ya da pasifleşen bireyler için, akraba ve arkadaşlarından alınan destek ve ilgi önemli pekiştirme kaynaklarıdır. Bu sosyal destek, ağlama, yakınma, intihar düşünceleri gibi uyumsuz davranışları pekiştirebilir. Ancak zamanla, depresyondaki kişinin sürekli destek talep etmesi çevresindekiler için yorucu hale gelebilir ve bu durum sonunda kişinin sosyal ilişkilerinde yabancılaşmaya ve pekiştirmelerin daha da azalmasına neden olmaktadır. Bu sosyal geri çekilme, kişinin daha fazla soyutlanmasına ve mutsuzluğun artmasına yol açmaktadır. Bu durum, olumlu pekiştirme oranının düşük olması nedeniyle kişinin etkinliklerini ve ödüllendirilebilecek davranışlarının ifadesinin azalmasına neden olmaktadır. Hem etkinlikler hem de ödüller giderek azalan bir kısır döngü içinde yer almaktadır (Tamar ve Özbaran, 2004).

Gözleme dayalı çalışmalarda depresyonlu kimselerin geniş oranda davranış güçlüğü sergiledikleri bildirilmekte, fiziksel etkinliklerde ve sosyal destekte azalmayla sonuçlanan hedef güdümlü davranışlarda bir düşüş gözlemlenmektedir. Bunun yanında birçok depresyonlu kişinin ulaşabilecekleri etkinlik ve başarıya rağmen, kendine güvenlerinde de bir azalma söz konusudur. Bu tip davranışlarda ve kendine güven duygusundaki azalma ruh halinde daha büyük bir zarara neden olabilecek olumsuz düşünceleri ve kendini yalnız hissetme zamanlarını çoğaltabilir. Azalmış enerji düzeyinden veya kendine güvensizlikten doğan erteleme, stresi artırabilir ve işler baş edilmez bir seviyeye kadar birikebilir (Sertöz, 2004). Sonuç olarak kişi birbiri ile etkileşimde olan azalmış sosyal destek ile depresif ruh hali arasında sıkışır. Davranışçı kuramlar, depresyonlu kişilerde sosyal pekiştireçlere ve açık davranışlara odaklanarak bu hastalığın sürmesine ve gelişmesine rol oynayan bilişsel faktörleri göz ardı etmelerinden ötürü eleştiri almışlardır. İlerleyen zamanda davranışçı terapiler bilişsel terapiler ile kaynaşarak, bir arada ve birbirlerinden etkilenecek gelişmişlerdir (Batur ve Demir 2009).

Gözleme dayalı araştırmalarda, depresyonla mücadele eden bireylerin genel olarak davranışsal güçlükler sergiledikleri ve bu durumun fiziksel etkinliklerde ve sosyal destekte gözle görülür bir azalma ile sonuçlandığı belirlenmektedir. Ayrıca, bu kişilerin ulaşabilecekleri etkinlik ve başarı potansiyeline rağmen, kendine güven duygularında ciddi bir düşüş yaşandığı ve bu durumun ruh halinde daha derin zararlara yol açabilecek olumsuz düşüncelerin ve yalnızlık hislerinin artmasına neden olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle azalmış enerji düzeyleri veya kendine güvensizlikten kaynaklanan erteleme alışkanlıkları, stresin artmasına ve görevlerin baş edilemez bir düzeyde birikmesine sebep olabilmektedir (Sertöz, 2004). Sonuç olarak, bu durum kişinin azalmış sosyal destek ve depresif ruh hali arasında gidip gelmesine ve her iki durumun birbirini kötüleştirmesine neden olmaktadır.

Davranışçı kuramlar, genellikle depresyonlu kişilerde gözlenen sosyal pekiştireçlere ve açık davranışsal belirtilere odaklanmışlardır; ancak bu yaklaşım, hastalığın sürmesine ve gelişmesine katkıda bulunan bilişsel faktörleri göz ardı ettiği için eleştirilere maruz kalmıştır. Bu eleştiriler doğrultusunda, davranışçı terapiler zaman içinde bilişsel terapilerle entegre hale gelmiş ve bu iki terapi yöntemi birbirlerinden etkilenecek şekilde gelişim göstermiştir. Böylece oluşturulan bilişsel-davranışçı terapi modelleri, depresyonun hem bilişsel hem de davranışsal yönlerini kapsayacak şekilde tedavi edilmesine olanak sağlamıştır (Batur ve Demir, 2009).

2.3. Tükenmişlik

2.3.1. Tükenmişlik tanımı ve belirtileri

Günümüz iş dünyasında, teknolojinin ilerlemesiyle birlikte üretim süreçleri ve verim kalitesinde gözle görülür artışlar yaşanmaktadır. Ancak, 19. yüzyılda Sanayi Devrimi ile başlayan mekanizasyon süreci, insanın işlevlerinin bir kısmını makinelere devretmesiyle birlikte modern zamanlarda kendisini bir çıkmaza sürüklemiştir. İş dünyasında insanların karşılaştığı sürekli sorunlar, yeni iş ortamları, değişen yönetim biçimleri, işlerin nitelikleri ve çalışma koşullarındaki özerklik eksikliği, "Tükenmişlik Sendromu" olarak tanımlanan yaygın bir psikolojik durumu tetiklemektedir. Tükenmişlik, bireyin kendine yüksek hedefler koyduktan sonra bu hedeflere ulaşamayıp hayal kırıklığına uğraması ve enerjisini tüketmesi olarak tanımlanabilir. Bu, kişinin fiziksel ve duygusal olarak iş gereksinimlerini karşılayamaz hale gelmesiyle karakterize edilen, işe ilişkin sürekli ve şiddetli

olumsuzlukların bireyin duyguları ve işe karşı tutumları üzerinde oluşturduğu negatif bir etkidir (Kaçmaz, 2005).

Tükenmişlik kavramı üzerine yapılan çalışmalar, yeni terimler ve tanımların ortaya çıkmasına yol açmıştır. Cherniss tarafından yapılan tanıma göre, tükenmişlik, işte yaşanan streslere karşı bireyin güdüsel, duygusal, davranışsal ve tutumsal tepkilerinin tümünü içerir ve bu tepkiler, sürekli bir yorgunluk hissi olmasa da, bireyin işine karşı mesafeli bir duruş sergilemesiyle ve devamlı bir hal almasıyla sonuçlanmaktadır (Avşaroğlu, Deniz ve Kahraman, 2005). Tükenmişlik, Cherniss tarafından ayrıca bireyin işteki görevlerini yerine getirebilme kapasitesine olan inancının, yani öz etkinliğin, azalması olarak görülmektedir (Brenner, 2020).

Bu bağlamda, tükenmişlik sendromu; iş yükünün aşırılığı, iş yerindeki insan ilişkilerinin zorlukları, işin niteliği ve kişisel beklentiler gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Modern iş yaşamının getirdiği hızlı tempo ve sürekli bağlantı halinde olma gerekliliği, iş ve özel yaşam arasındaki sınırların bulanıklaşmasına, dolayısıyla iş stresinin ve buna bağlı olarak tükenmişlik hissinin artmasına neden olmaktadır. Bireylerin sürekli yüksek performans sergileme baskısı, iş tatminini ve genel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durum, iş yerindeki etkileşim kalitesinin düşmesine ve sonuç olarak organizasyonel verimliliğin azalmasına yol açmaktadır (Brenner, 2020).

Herbert Freudenberger tarafından tıbbi kliniklerde gerçekleştirilen çalışmalarda, gönüllü bireylerin deneyimleri üzerinden tükenmişlik fenomeni detaylı bir şekilde incelenmiştir. Freudenberger'in gözlemleri, gönüllülerin ilk bir yıl işlerine büyük bir heyecan ve motivasyonla başladıklarını; ancak zamanla bu heyecanlarının yerini kötümserlik, engellenmişlik hissi ve depresyona bıraktığını ortaya koymuştur. Bu durum, çoğu gönüllünün işlerini aniden terk etmeleriyle sonuçlanmış ve bireyler yaşadıkları bu karışık duygusal durumu "tükenmişlik" terimi ile ifade etmişlerdir (Yılmaz ve Turan, 2007).

Christina Maslach ise tükenmişlik kavramını daha sistemli bir biçimde tanımlamış ve bu alanda geniş kabul gören Maslach Tükenmişlik Ölçeğini geliştirmiştir. Maslach'a göre tükenmişlik; özellikle sürekli diğer insanlarla etkileşim halinde olmak zorunda kalan ve iş gereği yüksek istekleri yerine getirmek zorunda olan kişilerde, fiziksel olumsuzlukların bir yansıması olarak ortaya çıkan bir durumdur (Ardıç ve Polatçı, 2009). Tükenmişlik, son

zamanlarda yapılan çalışmalarla daha derinlemesine incelenmiş ve hem bireyler hem de iş yerleri üzerindeki olumsuz etkileri detaylıca belgelenmiştir.

Tükenmişlik yaşayan bireylerde gözlemlenen semptomlar çok yönlüdür. Fiziksel belirtiler arasında; güç kaybı, halsizlik, yorgunluk, uyku bozuklukları gibi genel sağlık sorunlarının yanı sıra baş ve bel ağrısı, kilo değişiklikleri gibi spesifik problemler yer almaktadır. Davranışsal değişiklikler olarak; işe geç kalma, isteksiz işe gitme, eleştirilere karşı aşırı duyarlılık, sosyal aktivitelerden geri çekilme, unutkanlık, aşırı alkol tüketimi, alaycı ve suçlayıcı davranışlar gibi negatif eğilimler tespit edilmektedir (Budak ve Sürgevil, 2005; Kaçmaz, 2005).

Duygusal belirtiler ise genellikle sinirlilik, öfke patlamaları, suçluluk ve kaygı hisleri şeklinde kendini gösterir. Bu duygusal yoğunluk, bireyin iş ve özel hayatındaki performansını ciddi şekilde etkiler, iş verimliliğini düşürür ve kişisel ilişkilerde bozulmalara yol açar. Dolayısıyla, tükenmişlik sadece bireysel bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik boyutları olan kompleks bir olgudur.

Tükenmişlik sendromu, iş hayatındaki sürekli stres faktörleri nedeniyle bireyler üzerinde derin duygusal etkiler oluşturmaktadır. Bu durum, bireylerin duygularını aşırı yoğun bir şekilde yaşamalarına ve iş hayatındaki performanslarının düşmesine neden olmaktadır. Tükenmişlik yaşayan kişiler, hayatın getirdiği zorlukları karşılamakta güçlük çeker ve bu durum kendilerini savunmasız hissetmelerine yol açar. Bu savunmasızlık ve olumsuz duygusal durumlar doğrudan çalışma yaşamında düşük verime sebep olmaktadır. Bu kapsamda, bireyler kendi birikimlerini ve yeteneklerini yetersiz bulduğu için iş performansında ciddi bir düşüş yaşamakta, bu da genel iş tatmininde azalmaya yol açmaktadır (Çalışkan, 2010).

Tükenmişlik yaşayan bireylerde, iş verimliliğinin düşmesiyle birlikte mutsuzluk ve genel bir memnuniyetsizlik hali görülmektedir. Devamlı hastalık şikâyetleri, iş ve aile hayatında sıklıkla karşılaşılan problemler, işini düzgün yapamama ve işe zamanında gelememe gibi sorunlar ortaya çıkmakta, bu durumlar kurumların maddi ve manevi kayıplar yaşamasına neden olmaktadır. Özellikle sağlık sektöründe çalışan personeller için manevi sonuçlar, maddi sonuçlar kadar, hatta bazen daha fazla, önem arz etmektedir. Sağlık çalışanları, tedavi sürecindeki hastaların karşılaştığı problemlere duyarlı olmak zorunda olduklarından,

huzursuzluk ve korku gibi duyguları sıkça yaşamaktadır. Ayrıca, fazla çalışma saatleri nedeniyle hasta bakımında yaşanan aksaklıklar ve sürekli yorgunluk, sağlık personelinin tükenmişlik sendromunu daha sık deneyimlemesine sebep olmaktadır (Can, 2017).

2.3.2. Tükenmişlik ile ilgili kuramsal açıklamalar

Freudenberg'in katkıları

Herbert Freudenberger, tükenmişlik kavramını akademik literatüre tanıtan öncü isimlerdendir. Ona göre, tükenmişlik; başarısızlık, aşırı yıpranma veya bireyin enerji, güç ve potansiyeline yönelik aşırı talepler sonucunda ortaya çıkan bir durumdur. Bu durum, kurumsal çerçevede personelin üzerine yüklenen aşırı sorumluluklar nedeniyle işlevsiz hale gelmesi ve asıl amacına hizmet edememesi şeklinde tezahür etmektedir. Tükenmişlik terimi, Freudenberger'in 1974 yılında yayımladığı makale ile ilk olarak psikoloji literatürüne girmiştir (Gürbüz ve Akarsu, 2018).

Freudenberger, tükenmişlik belirtilerini özellikle ücretsiz sağlık kliniklerinde gönüllü olarak çalışan bireyler üzerinde gözlemlemiştir. Bu gözlemlerine dayanarak, tükenmişliğin hem fiziksel hem de psikolojik belirtilerini detaylı bir şekilde tanımlamıştır. Fiziksel belirtiler arasında; sürekli yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrıları ve kronik ağrılar, mide ve bağırsak rahatsızlıkları ile nefes darlığı gibi semptomlar yer almaktadır (Aslan ve Etyemez, 2015).

Freudenberger ayrıca, tükenmişlik sürecinin ilerleyen aşamalarında ortaya çıkan psikolojik belirtileri de vurgulamıştır. Bu belirtiler arasında güvensizlik hissi, paranoya ve değişime karşı tahammülsüzlük gibi durumlar bulunmaktadır. Bu semptomlar, bireyin iş yaşamında ve sosyal ilişkilerinde ciddi problemler oluşturmakta, iş performansının düşmesine ve işten soğumaya neden olmaktadır.

Maslach'ın tükenmişlik yaklaşımı ve boyutları

Christina Maslach, tükenmişlik olgusunu çok yönlü bir sendrom olarak ele almış ve bu durumu üç ana bileşene ayırmıştır. Bu model, tükenmişliği anlamada ve ölçmede kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ni (MBI) geliştirmesine zemin hazırlamıştır. Bu ölçek, tükenmişlik sendromunun karmaşık yapısını daha anlaşılır kılmak amacıyla 22 maddeden

oluşmaktadır ve tükenmişliğin üç temel boyutunu detaylıca incelemektedir (Omay ve Omay, 2022).

Duygusal tükenme

Maslach tarafından kapsamlı bir şekilde incelenen duygusal tükenme, tükenmişlik sendromunun ilk ve en belirgin evresi olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamada, bireylerin iş yaşamı ve günlük hayatta karşılaştıkları zorluklara enerji sağlayacak kaynaklarının giderek azaldığı gözlemlenmektedir. Duygusal tükenme, sadece fiziksel enerjinin değil, aynı zamanda ruhsal dayanıklılığın da erozyona uğraması anlamına gelmekte, bu da kişinin genel olarak yaşam mücadelesine yetecek enerjinin tükenmesine sebep olmaktadır (Uzun ve Mayda, 2020).

Tükenmişlik sendromu bu bağlamda, uzun süreli ve aşırı duygusal yorgunluk durumu olarak karakterize edilir ve özellikle duygusal tükenme, sendromun en kritik stres kaynağıdır. Bu durum, kişinin hem duygusal hem de fiziksel olarak tükenmesine yol açmaktadır. Artan duygusal yük, bireyin günlük işlevlerini yerine getirme kapasitesini zayıflatır ve zamanla iş ve sosyal yaşamdan geri çekilme eğilimi göstermesine neden olmaktadır. Bu geri çekilme genellikle işten uzaklaşma veya izin alma şeklinde kendini gösterilmekte ve birey bu süreçte kendi bulduğu geçici çözümlerle rahatlama aramaktadır (Uzun ve Mayda, 2020).

Duygusal tükenme, bireyin işteki ve özel hayatındaki sorumluluklarına karşı duyarsızlaşmasına ve motivasyonunu kaybetmesine sebep olmaktadır. Bu durum, iş performansında düşüşe, iş tatmininde azalmaya ve meslektaşlarla ilişkilerde bozulmalara yol açmaktadır. Duygusal tükenme yaşayan kişiler, genellikle kendilerini sürekli yorgun hissetmekte ve minimal efor gerektiren görevlerde bile aşırı çaba sarf etmek zorunda kalmaktadır. Bu süreçte duygusal reaktivite azalır, kişisel başarı hissi düşer ve işe yabancılaşma başlar. Ayrıca, duygusal tükenme kronik stresin bir sonucu olarak değerlendirildiğinde, bu durumun uzun vadede bireyin psikolojik sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler oluşturduğu açıktır. Depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal sağlık problemleri duygusal tükenme ile sıkça ilişkilendirilen durumlar arasındadır (Akyürek, 2020).

Duyarsızlaşma

Maslach'ın tükenmişlik teorisinde duyarsızlaşma, hizmet verilen bireylere karşı geliştirilen "uzak, sert ve insancıl olmayan yanıtlar" olarak tanımlanmaktadır. Bu evre, kişilerin başkalarını objektifize etme eğilimi gösterdiği, yani onlara cansız varlıklarmış gibi muamele etme ve onlar hakkında olumsuz sıfatlar kullanma durumunu ifade etmektedir. Duyarsızlaşma, kişinin duygusal yorgunluğunun bir sonucu olarak ortaya çıkar ve zamanla, diğer insanların ihtiyaç ve duygularını görmezden gelme eğilimi şeklinde belirginleşmektedir (Türe, Yolbaş ve Bıyık, 2022).

Maslach modeline göre duyarsızlaşma, özellikle yoğun insan etkileşimi gerektiren meslek gruplarında, örneğin sağlık ve sosyal hizmetler alanında çalışanlar arasında sıklıkla rastlanan bir fenomendir. Çalışanlar, sürekli olarak yüksek duygusal taleplerle karşı karşıya kaldıklarında, savunma mekanizması olarak başkalarına karşı daha soğuk ve mesafeli bir tutum sergileyebilirler. Bu, hem bireysel hem de profesyonel ilişkilerde empati ve ilginin azalmasına yol açar, bu da iş yerinde iletişim ve işbirliğinin bozulmasına neden olabilir (Ayduğ ve Ünsar, 2021).

Duyarsızlaşma aşamasında kişiler, diğer insanların sorunlarına karşı kayıtsız kalmaya başlar ve bu durum, onların kendi profesyonel görev ve sorumluluklarını yerine getirme kabiliyetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum, kişisel olarak iş tatminini düşürmekte ve iş performansında azalmaya sebep olmaktadır. Ayrıca, çalışanın sosyal ilişkilerde de izolasyona ve yalnızlık hissine kapılmasına neden olabilmektedir. Maslach'ın tanımına göre, duyarsızlaşmanın ilerlemesiyle, bireyler diğerlerine daha az önem verir, onların duygularını ve gereksinimlerini önemsemez hale gelmektedir. Bu, profesyonel hizmetlerin kalitesinde düşüşe ve bireyin iş yerindeki etkileşimlerde ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Duyarsızlaşma, tükenmişlik sürecinin ilerleyen aşamalarında işten ayrılma oranlarını artırabilir ve kurumsal kültür üzerinde uzun vadeli olumsuz etkiler oluşturabilmektedir (Ayduğ ve Ünsar, 2021).

Kişisel başarı

Tükenmişlik sendromunun ileri evrelerinde sıklıkla rastlanan düşük kişisel başarı hissi, bireylerin iş performansı ve öz değerlendirme süreçlerini derinden etkilemektedir. Bu

aşamada, kişiler yaptıkları işlerde kendilerini yetersiz ve eksik olarak görmekte, sürekli olumsuz bir şekilde kendilerini değerlendirme eğilimindedirler. Bu durum, işlerindeki performansının düşmesine ve genel olarak yaşamdan tatmin olmama hissine yol açmaktadır. Kişisel başarısızlık hissi, bireyin iş hayatındaki ve sosyal ilişkilerdeki etkinliklerini olumsuz yönde etkileyen bir faktördür. Kişiler, kendi yaptıkları işlere ve sosyal çevrelerindeki insanlarla olan diyaloglara dair kendilerini yetersiz buldukları için, işlerindeki memnuniyetsizlik artmaktadır. Bu durum, daha fazla yabancılaşma hissine ve işten soğuma eğilimine sebep olmaktadır, dolayısıyla bireyler mevcut işlerinden ayrılmayı veya farklı kariyer yollarını araştırmayı düşünebilmektedirler (Kekeç ve Mehtap, 2021).

Düşük kişisel başarı hissini sürekli olması, bireyin kendine olan güvenini ve öz saygısını zayıflatmaktadır. Bu süreç, profesyonel hayatında başarılı olabileceklerine dair inancını kaybetmelerine neden olur ve bu durum iş yerindeki görev ve sorumluluklardan kaçınma, görevlerini yerine getirmede gecikme ve hatalar yapma gibi problemlere yol açmaktadır. Ayrıca, kişisel başarısızlık hissi, iş yerindeki diğer bireylerle olan ilişkileri de olumsuz yönde etkileyebilir; bireyler arası çatışmalar artabilmekte ve iş birliği yapma kapasitesi düşebilmektedir (Kekeç ve Mehtap, 2021).

Perlman ve Hartman'ın tükenmişlik yaklaşımı

Pearlman ve Hartman tarafından geliştirilen tükenmişlik modeli, kronik duygusal stresin etkilerini ve bireyler üzerindeki yansımalarını detaylı bir şekilde ele alır. Bu model, tükenmişliği 'duygusal ve/veya fiziksel tükenme, iş üretiminde düşüklük ve başkalarına karşı duyarsızlaşma içeren davranışsal tepkiler' olarak üç bileşenden oluşan bir yanıt olarak tanımlamaktadır (Cihan, 2011). Model, ayrıca bireysel özelliklerin ve sosyal/kurumsal çevrenin, tükenmişlik algısı ve etkileri üzerinde belirleyici rol oynadığını vurgulamaktadır.

Bu yaklaşımın dört aşamalı süreci, tükenmişliğin gelişimini ve bireyler üzerindeki etkilerini daha iyi anlamayı amaçlamaktadır:

- **Durumun Stres İletkenliği Aşaması:** Bu ilk aşama, stresin oluşum sürecini ve temel nedenlerini açıklamaktadır. İki ana faktör bu durumu bireyin yetenek ve becerilerinin, algılanan ve gerçekleşen organizasyonel talepleri karşılamada yetersiz kalması; ve işin,

bireyin istek, ihtiyaç ve değerleriyle uyumsuz olması olarak tanımlamaktadır. Bu uyumsuzluk, stresin başlangıcı için zemin hazırlamaktadır.

- **Algılanan Stres Düzeyi Aşaması:** Bireyin stresle karşılaştığı durumları nasıl algıladığı bu evrede incelenmektedir. Çeşitli tetikleyiciler, bireyin kendini yoğun stres altında hissetmesine neden olmaktadır. Bu algı, stresle başa çıkma kapasitesini ve sonuçta ortaya çıkan tükenmişlik düzeyini doğrudan etkilemektedir.
- **Strese Tepki Aşaması:** Stresle başa çıkma sürecinde bireyin gösterdiği üç temel tepki türü bu aşamada değerlendirilmektedir. Bunlar duygusal tepkiler, fiziksel tepkiler ve davranışsal tepkilerdir. Bu tepkiler, stresin birey üzerindeki etkisini belirler ve tükenmişlik sürecinin ilerlemesine katkıda bulunmaktadır.
- **Stres Sonuçları Aşaması:** Son aşama, tükenmişliğin somut sonuçlarını temsil etmektedir. Kronik duygusal stresin birey üzerindeki uzun vadeli etkileri iş doyumunda azalma, iş performansında düşüş, psikolojik rahatsızlıklar ve fizyolojik sağlık problemleri olarak kendini göstermektedir. Bu durumlar, bireyin genel yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir (Cihan, 2011).

Meier'in tükenmişlik yaklaşımı

Meir (1983) tarafından formüle edilen tükenmişlik yaklaşımı, bireylerin iş yaşantılarındaki anlamlı pekiştireçlerin eksikliği, kontrol edilebilir deneyimlerin azlığı ve bireysel yeterlilik duygusunun düşük olmasından kaynaklanan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bu yaklaşıma göre, tükenmişlik; küçük ödüller ve büyük cezaların beklendiği, bireysel başarısızlık ve yetersizlik duyguları ile karakterize edilen çok boyutlu bir sendromdur. Meir'in modeli, Albert Bandura'nın sosyal öğrenme teorisi ve öz-yeterlik kavramlarıyla bilişsel süreçler üzerinden bir bağ kurmaktadır. Bu modelde tükenmişlik, dört ana boyutta incelenmektedir (Dibekoğlu, 2006):

- **Pekiştirme Beklentileri:** Pekiştirme beklentileri, bireyin belirli iş yaşantılarının kendisinin gizli veya açık hedeflerini ne ölçüde karşılayabileceği ile ilgili önceden oluşturduğu beklentilerdir. Bu beklentiler, iş sonuçlarının bireye atfedilen değer ve anlamına göre değişkenlik gösterir ve bireyin motivasyonunu doğrudan etkilemektedir (Sılığ, 2003).
- **Sonuç Beklentileri:** Sonuç beklentileri, belirli davranışların istenen sonuçlara ulaşmada ne kadar etkili olduğu hakkında bireyin sahip olduğu inançları ifade etmektedir. Bu,

Bandura'nın (1977) belirttiği üzere, hangi davranışların belirli sonuçları elde etmek için gerekli olduğunu tanımlayan betimlemelerdir. Bu beklentiler, pekiştirme beklentileriyle birlikte bireyin davranışsal stratejilerini ve karar verme süreçlerini şekillendirmektedir (Sılığ, 2003).

- **Yeterli Olma Beklentileri:** Yeterli olma beklentileri, bireyin belirli bir sonucu üretmek için gerekli davranışları başarıyla gerçekleştirme kapasitesine dair inançlarını içermektedir. Bu, bireyin verimli davranışları gerçekleştirme konusundaki kişisel yeterlik algısını vurgulamaktadır (Meier, 1983). Meier (1983) bu beklentilerin, bilme (kognitif anlama) ve yapma (davranışsal uygulama) arasındaki temel ayrımı gösterdiğini vurgulamıştır.
- **Bağlamsal İşleme Süreci:** Bağlamsal işleme süreci, Meir'in modelinin en kapsamlı kategorisidir ve bireyin çevresel ve sosyal bağlamlarda nasıl bilgi işlediğini, bu bilgileri nasıl öğrendiğini, sürdürdüğünü ve zamanla nasıl değiştirdiğini ele almaktadır. Bu süreç, sosyal gruplar, örgütsel yapılar, öğrenme tarzları ve kişisel inançlar gibi faktörlerle etkileşim içerisinde ve bireyin tükenmişlikle başa çıkma yeteneğini doğrudan etkilemektedir (Sılığ, 2003).

Suran ve Sheriden'in tükenmişlik yaklaşımı

Suran ve Sheriden tarafından ortaya konulan tükenmişlik yaklaşımı, elli yaşa kadar olan dönemde tükenmişlik durumlarını analiz etmektedir; ancak yapılan çalışmalarda, ileri yaşlarda da tükenmişliğin gözlemlenebileceği üzerinde durulmuştur. Bu süreç, belli başlı basamaklarda incelenerek, her evrenin yaşam tarzı üzerindeki etkileriyle birlikte ele alınmıştır. Suran ve Sheriden'a (1984) göre, her bir basamakta, bireyin karşılaşabileceği çözümsüz çatışmalar tükenmişliği tetikleyebilmektedir. Bu yaklaşım, Erikson'un (1950) kişilik gelişimi teorisini temel almaktadır ve bu teoriye göre, kişilik gelişiminin çeşitli dönemlerinde yaşanan rol ve kimlik çatışmaları, bireyin psikolojik sağlığını belirgin şekilde etkilemektedir (Aydınoglu, 2023).

- **İlk Basamak: Kimlik ve Rol Çatışması:** Bu basamak, genellikle genç yetişkinlerin hayatlarında, lise son sınıf ve üniversite ilk yılları arasında önem kazanmaktadır. Bu dönemde bireyler, kişisel ve mesleki kimliklerini tanımlamaya başlarlar. Profesyonel gelişim, bu dönemde özellikle dikkate alınmalıdır; çünkü kişisel ve mesleki kimliklerin şekillendiği bu zaman dilimi, bireyin psikolojik gelişimi için kritik bir evredir. Ego

kimliği ile rol karmaşası arasındaki çatışmalar, mesleki ve bireysel hedeflerin netleştirilmesinde önemli bir yer tutar. Ayrıca ebeveynler, aile bireyleri ve akranlar; destek, yönlendirme ve özsaygı inşası konusunda kritik kaynaklar olarak öne çıkarlar. Temel sorun, bireyin "Nasıl bir profesyonel olacağım?" sorusuna yanıt bulmasıyla ilgilidir. Profesyonel kimlik gelişiminin tam olarak tamamlanamaması, gelecekte bireyi ciddi bir rol karmaşasıyla karşı karşıya bırakabilir ve bu durum, tükenmişlik sürecinin tohumlarını ekmektedir (Güzelocak, 2023).

- İkinci Basamak: Yeterlilik ve Yetersizlik: Profesyonel kimlik sürecinin tamamlanması, bireyin işindeki yeterlilik duygusunu kazanması ve kişisel ile sosyal yaşamını uyumlu bir şekilde entegre etmesi ile ölçülmektedir. Bu dönemde birey, bağımsızlığını artırarak becerilerini geliştirir ve toplum içinde profesyonel bir kimlik oluşturur. Profesyonel kimliğin geliştirilmesi sürecinde yaşanan kaygılar, genellikle bu dönemin başlarında azalmaya başlar. Burada birey kendisini, "Yaptığım işte ne kadar iyiyim?" sorusuyla sınar ve bu sorunun yanıtını bulmak için kendini, meslektaşlarıyla karşılaştırmaya başlar. Bu dönem genellikle yirmili yaşların başında meydana gelir ve meslek ile ilgili katı beklentilere sahip olan bireylerin tükenme riski artar (Güzelocak, 2023).
- Üçüncü Basamak: Verimlilik ve Durgunluk: Çıraklık döneminin tamamlanmasıyla birlikte profesyonel birey, sistemin getirdiği kısıtlamalardan özgürleşmekte ve kendi meslek hayatına adım atmaktadır. Bu süreç, genellikle otuzlu yaşların başlangıcında başlar ve bu dönemin sonlarına kadar devam eder. Profesyonel bireyin bu aşamada odaklandığı temel konu, üretken bir yaşam sürdürmektir. Birey, yeteneklerini en iyi şekilde kullanma fırsatını bulduğunda, işinde verimli olmayı ve etkili çözümler üretmeyi hedefler. Ancak, profesyonel stil ve ilgi alanlarını geliştiremeyen bireyler, amaçsızlık ve hedefsizlik hissiyle karşı karşıya kalabilirler. Eğer uygun bir ortam bulunamazsa, geçmiş başarılar anlamsız hale gelebilir ve birey, ne yapacağını bilemez bir duruma düşebilir; bu da tükenmişlik sürecini kaçınılmaz kılar. Verimlilik, bireyin kendi özgün ifadesini bulması ve bu doğrultuda hareket etmeyi öğrenmesi sürecidir (Kılıç, 2020).
- Dördüncü Basamak: Yeniden Oluşturma ve Hayal Kırıklığı: Bu basamak, genellikle orta yaş ve otuzlu yaşlar sonrası, kırklı yaşların başlangıcına kadar süren bir dönemi kapsar. Bu evre, bireyin erken dönemlerde yaptığı seçimleri yeniden değerlendirme sürecidir. Profesyonel hayatta uzun yıllar aynı yeteneklerin kullanılması sonucunda, bireyde doyumsuzluk, sıkılma ve tükenmişlik belirtileri görülebilir. İş ve günlük yaşamın getirdiği stres, gerginlik ve yorgunluk, bireyin yaşamında giderek daha baskın bir hale gelmektedir. Bu dönemde birey, kendi faniliği ve kırılabilirliği ile yüzleşir. Yeniden

oluşturma süreci ise, bireyin kişisel ve profesyonel yaşamında yeniden konumlanması ve kendisini gerçekleştirebileceği yeni hedefler keşfetme sürecidir. Birey bu dönemde, var olan potansiyelini farklı ve daha tatmin edici yollarla kullanma şansını bulabilir ve bu süreç, tükenmişliği atlatma ve yeniden yapılanma imkânı sunar (Kılıç, 2020).

Suran ve Sheriden'in bu basamakları detaylandıran tükenmişlik teorisi, bireyin yaşam evrelerine göre değişen psikolojik ihtiyaçlarını ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda karşılaşılabileceği zorlukları sistematik bir biçimde ele alır. Bu yaklaşım, tükenmişlikle mücadelede kritik öneme sahip olan çevresel faktörlerin ve bireysel stratejilerin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Özellikle profesyonel yaşamda üretkenliğin ve bireysel ifadenin önemi, bu teorik çerçevede vurgulanan temel unsurlardandır.

Cherniss tükenmişlik modeli

Cherniss Modeli, tükenmişlik fenomenini, zaman içinde kademeli olarak gelişen ve sonuçta ortaya çıkan bir durum olarak tanımlamaktadır. Bu modele göre, tükenmişlik, işle ilgili stres kaynaklarına karşı geliştirilen bir tepki zincirinin son halkasıdır ve bu zincir, bireyin iş ile psikolojik bağlarını koparmasıyla sonuçlanan bir başa çıkma süreci içermektedir. Tükenmişlik, iş ortamında karşılaşılan stres kaynaklarına adaptasyon sağlama ve bu stresle başa çıkma çabaları olarak görülmektedir (Çam, 1999).

Bu modelde, hem çevresel hem de bireysel kaynaklı talepler, bireyin baş etme kapasitesini aştığında stresin oluştuğu belirtilmektedir. Birey, bu stresle başa çıkabilmek için ilk olarak stres kaynağını elimine etmeye çalışmaktadır. Eğer bu mümkün olmazsa, stres yönetimi tekniklerini kullanarak rahatlamaya yönelik adımlar atmaktadır. Ancak, bu çabalar da başarısızlıkla sonuçlanırsa, son çare olarak iş ile olan bağını kesme yoluna gitmektedir (Yıldız, 2012).

Cherniss, tükenmişlik araştırmalarını yoğun iş yükü ve değer çatışmaları üzerine odaklanarak sürdürmüştür. Onun gözlemlerine göre, tükenmişlik özellikle hizmet sektöründe çalışan profesyoneller arasında, rolle ilgili tutarsızlıklardan kaynaklanmaktadır. Bu alanda çalışan bireyler, eğitim ve deneme süreçleri boyunca, profesyonellik kavramına dair gerçek dışı beklentiler geliştirmekte ve bu beklentiler, iş hayatının zorlu gerçekleriyle çatışmaktadır. Eğitimleri esnasında karşılaştıkları insanlarla benzer duyguları paylaşan

Cherniss, profesyonel yaşamın idealize edilmiş bir görünümü ile karşılaştığında, bu romantik ve mistik düşünceler ile günlük iş pratikleri arasındaki derin uçurumu fark etmiş ve bu çelişkiyi vurgulamıştır (Yıldız, 2012).

Pines tükenmişlik modeli

Varoluşçu psikolojiden yararlanılarak geliştirilen Pines'in Tükenmişlik Modeli, tükenmişliği anlamak için motivasyonel bir yaklaşım sunmakta ve bireyin temel anlam ve önem ihtiyacını vurgulamaktadır (Eroğlu, 2014). Bu model, tükenmişliğin varoluşsal bir anlamsızlık duygusundan kaynaklandığını ve duygusal, fiziksel ve zihinsel tükenmeye yol açtığını öne sürmektedir. Pines ve Aronson (1988) tükenmişliği duygusal, fiziksel ve zihinsel tükenme deneyimi olarak tanımlamış ve duygusal tükenmeyi merkezi bir bileşen olarak vurgulamıştır (Naumenko ve diğerleri, 2020). Pines daha sonra, mevcut modellerin sınırlamalarını ele almak için tek boyutlu bir tükenmişlik modeli önermiştir (Díez ve diğerleri, 2008).

Model, tükenmişliğin mesleki ortamlarla sınırlı kalmayıp bireylere anlam duygusu sağlayan çeşitli yaşam alanlarında ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir (Bianchi ve diğerleri, 2014). Pines'in yaklaşımı, Maslach'ın duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarının azalmasını içeren üçlü modeli gibi diğer modellerle tezat oluşturmaktadır (Wong vd., 2017). Bu model, stresli iş çevrelerinin, düşük destek ve ödüllendirme sistemlerinin, motivasyonu yüksek bireyleri potansiyel olarak başarılı olabilecekleri iş ortamlarından ve fırsatlardan mahrum bıraktığını ileri sürmektedir. Gerçekte, Pines (1993) ve Aronson (1988) iş çevrelerinin hiçbir zaman tamamen destekleyici ya da tamamen engelleyici olmadığını belirterek, tükenmişlik durumunun iş yerindeki destekleyici ve engelleyici faktörler arasında sağlanacak bir dengeye bağlı olarak değişkenlik göstereceğini öne sürmektedirler (Wong vd., 2017).

Bu dengeleyici faktörlerin varlığı veya yokluğu, bireylerin karşılaştıkları duygusal, fiziksel ve zihinsel bitkinlik düzeylerini belirleyici bir rol oynamaktadır. Pines ve Aronson'a göre, sürekli duygusal tüketim yaşatan ortamlar, bireylerde zihinsel ve bedensel olarak tükenmişlik hissini tetiklemekte ve bu durum, genel çalışma verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Bianchi ve ark. 2014).

Edelwich tükenmişlik modeli

Edelwich ve Brodsky tarafından 1980 yılında önerilen tükenmişlik modeli, bireylerin başlangıçtaki idealist heveslerinden sonraki kayıtsızlık aşamasına kadar geçirdikleri süreçlere odaklanan benzersiz bir perspektif sunmaktadır (Villa-George ve diğerleri, 2011). Bu model, tükenmişliğin, bireylerin yüksek başlangıç heveslerinden duygusal bağlantısızlık ve kayıtsızlık durumuna geçiş yapmalarını yansıtan bir hayal kırıklığı ve beklentilerin karşılanmamış olması sonucunda ortaya çıktığını öne sürmektedir. Edelwich ve Brodsky'nin modeli, bireylerin beklentilerinin ve idealizminin zaman içinde nasıl evrildiğini anlamanın, duygusal tükenme ve sinizme yol açan süreçleri belirlemede önemli olduğunu vurgulamaktadır (Villa-George ve diğerleri, 2011).

Edelwich Tükenmişlik Modeli'nde tanımlanan aşamalar, heves, durağanlık, frustrasyon ve kayıtsızlık olarak sıralanır ve idealizmin kademeli kaybı ile duygusal tükenme ve etkinlik azalmasına doğru ilerleyişe dikkat çeker. Bu model, duygusal tükenme, kişisel yabancılaşma ve kişisel başarıda azalma gibi faktörlere odaklanan diğer tükenmişlik modelleriyle karşılaştırıldığında farklılık göstermektedir.

Gaines ve Jerminer tükenmişlik modeli

Gaines ve Jerminer Tükenmişlik Modeli, iş yerinde tükenmişlik gelişimini açıklamayı amaçlayan teorik bir çerçevedir. Bu model, iş talepleri ve kaynaklarının tükenmişlik üzerindeki etkilerini vurgulayan İş Talepleri-Kaynakları (JD-R) modeli gibi çeşitli teoriler ve araştırmalar tarafından etkilenmektedir (Bakker ve Demerouti, 2017; Bakker ve Demerouti, 2007). Bu modele göre, iş taleplerinin yüksek ve iş kaynaklarının sınırlı olduğu durumlarda enerji tükenmesi, motivasyon azalması ve öğrenme fırsatlarının kısıtlanması gibi sonuçlarla tükenmişlik meydana gelmektedir. JD-R modeli, iş kaynaklarının, iş taleplerinin tükenmişlik üzerindeki etkisini hafifletme rolünü de öne sürmektedir (Bakker ve Demerouti, 2017).

Ayrıca, Gaines ve Jerminer Tükenmişlik Modeli, Maslach'ın iş tükenmişliği modelinde yer alan tükenmişlik, sinizm ve profesyonel yetersizlik gibi boyutları da içermektedir (Thomas ve diğerleri, 2020). Bu boyutlar, çeşitli çalışma ortamlarında bireyler tarafından yaşanan tükenmişliğin farklı yönlerini anlamada esastır. Model, ayrıca duygusal tükenmişliği, farklı

mesleklerde ve endüstrilerde ortaya çıkabilecek bir tükenmişlik göstergesi olarak kabul etmektedir (Zeng ve diğerleri, 2020).

Bununla birlikte, Gaines ve Jerminer Modeli, kaynakların korunması (COR) teorisinden kavramları da entegre etmektedir. Bu teori, sürekli stres kaynaklarına maruz kalmanın bir sonucu olarak kaynakların tükenmesiyle tükenmişlik yaşandığını öne sürmektedir (Otto ve diğerleri, 2021). Teori, dayanıklı kaynaklara sahip olmanın, kaynaklar ile işe angajman arasındaki ilişkiyi güçlendirerek tükenmişlik olasılığını azaltmada önemli olduğunu vurgulamaktadır (Kuhlmann, 2024).

Veninga ve Spradley tükenmişlik modeli

Veninga ve Spradley tükenmişlik modeli, iş yerinde karşılaşılan tükenmişlik sorununu anlamak ve bu soruna müdahale etmek amacıyla geliştirilmiş kapsamlı bir modeldir. Bu model, özellikle sağlık hizmetleri profesyonelleri arasında yaygın olarak görülen tükenmişlik semptomlarının kökenlerini ve etkileşimlerini detaylı bir şekilde incelemektedir (Wax, 2000).

Model, tükenmişliği, bireyin işle ilgili stres faktörlerine maruz kalması ve bu stresin yönetilememesi sonucu ortaya çıkan bir durum olarak tanımlamaktadır. Veninga ve Spradley (1981), tükenmişliği üç ana bileşende ele almaktadır. Bunlar duygusal yorgunluk, kişisel başarıda azalma ve duyarsızlaşmadır. Duygusal yorgunluk, bireyin enerji depolarının tükendiğini ve artık işine duygusal olarak katkıda bulunamayacak durumda olduğunu ifade etmektedir. Kişisel başarıda azalma, bireyin iş performansındaki düşüşle karakterize edilir ve genellikle işle ilgili beklentilerin karşılanmaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Duyarsızlaşma ise, bireyin işe ve işle bağlantılı insanlara karşı duygusal olarak soğuk ve ilgisiz hissetmesi olarak tanımlanmaktadır (Brummelhuis ve diğerleri, 2011).

Bu modelde, tükenmişliğin temelinde yatan faktörler arasında iş yükü, işin kontrol edilebilirliği, ödüllendirme sistemleri, topluluk içindeki ilişkiler, adillik ve değerler konuları yer almaktadır. İş yükünün aşırı olması, işin kontrol edilememesi veya işin gerektirdiği emeğin karşılığının yeterince ödüllendirilmemesi gibi faktörler duygusal yorgunluğu artırabilirken; iş yerindeki ilişkilerin zayıflığı veya iş ortamındaki adil olmayan uygulamalar duyarsızlaşmayı tetikleyebilir (Demerouti, Bakker, Nachreiner ve Schaufeli, 2001).

Veninga ve Spradley'in modeli, özellikle tükenmişlikle mücadelede stratejik müdahaleler geliştirmek için bir çerçeve sunmaktadır. Bu müdahaleler genellikle iş yükünün yeniden düzenlenmesi, ödüllendirme sistemlerinin gözden geçirilmesi, çalışanların iş kontrolünün artırılması ve topluluk içindeki ilişkilerin güçlendirilmesi şeklinde olmaktadır. Ayrıca, adillik ve organizasyonel değerlerin iyileştirilmesi de bu modelin önerdiği başlıca düzenlemeler arasındadır (Bakker ve Demerouti, 2007).

Golembiewski tükenmişlik modeli

Golembiewski tükenmişlik modeli, tükenmişliği fazlalık teorisine dayanarak inceler ve bu süreci sekiz farklı aşamada ele almaktadır. Golembiewski, Stein ve Leventhal (1977) tarafından geliştirilen bu model, tükenmişliğin evrimsel sürecini ayrıntılı bir şekilde açıklamaktadır ve model, özellikle organizasyonel değişim süreçlerinde çalışanların yaşadıkları stres ve tükenmişlik dinamiklerini anlamak için kullanılmaktadır. Model, üç temel boyutta ilerlemektedir. Bunlar duygusal tükenmişlik, depersonalizasyon ve kişisel başarıdaki azalmadır. Bu boyutlar, Maslach'ın tükenmişlik tanımıyla paralellik göstermekte ancak Golembiewski bu boyutları daha dinamik bir süreç içerisinde ve sekiz farklı evre olarak ele almaktadır (Neveu, 2006). İlk evreler, duygusal tükenmişliğin başlangıcını ve bireyin enerji kaybını ifade etmektedir. İlerleyen evrelerde, bu durum depersonalizasyon ve kişisel başarı hissindeki düşüşle derinleşmektedir. Modelin son evreleri, bu süreçlerin en üst düzeye çıktığı ve tükenmişliğin en şiddetli formunu oluşturduğu aşamaları temsil etmektedir (Chen ve ark. 2019).

Golembiewski'nin modeli, tükenmişliği sadece bireysel bir sorun olarak değil, aynı zamanda bir organizasyonel sorun olarak da görmekte ve bu nedenle müdahaleleri bireysel ve kurumsal düzeyde ele alınmasını önermektedir. Bu çerçevede, organizasyonel politikaların ve iş yerinin kültürel yapısının, çalışanların tükenmişlik seviyeleri üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu vurgulamaktadır (Neveu, 2006).

2.3.3. Tükenmişlik nedenleri

Örgütsel faktörler

Tükenmişlik kavramı ilk olarak tanımlandığında genellikle "bireysel özellikler kaynaklı" bir sorun olarak ele alınmıştır. Bu geleneksel bakış açısına göre, sorunun kaynağı bireyde bulunmakta ve çözüm de bireyin sorunlarını çözmek veya bireyin değiştirilmesi şeklinde olmaktadır. Ancak, zamanla yapılan araştırmalar bu yaklaşımın yetersiz olduğunu göstermiş ve tükenmişliğin sadece bireysel faktörlerle değil, aynı zamanda mesleki ve iş ortamıyla ilişkili faktörlerle de bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (Dolgun, 2010).

Maslach ve Leiter'in (1997) çalışmaları, tükenmişlik sendromunu anlamak için örgütsel faktörlerin önemli olduğunu ve bu faktörlerin farklı sınıflandırmalarla ele alınabileceğini belirtmiştir. Bu çalışmalar, tükenmişliği etkileyen altı temel çalışma hayatı alanını tanımlamış ve bu alanların tükenmişlik üzerindeki etkilerini incelenmiştir. Bu alanlar, işin kendisi, çalışma koşulları, roller, örgütsel yapı, iş görevlerinin çeşitliliği ve işyeri kültürü gibi çeşitli boyutlardan oluşmaktadır. Maslach, Schaufeli ve Leiter (2001) tükenmişlik konusunda geleneksel "bireysel özellikler odaklı" yaklaşımlar ile "örgütsel faktörler odaklı" yaklaşımların her ikisinin de tükenmişlik sendromunu tam anlamıyla tanımlayamadığını öne sürmüşlerdir. Yazarlar, tükenmişlik oluşumunu, bireysel ve örgütsel faktörleri bütünsel bir şekilde ele alan bir model geliştirmişlerdir. Bu model, "iş talepleri ile işi yapan bireylerin ihtiyaçları arasında temel bir uyumsuzluk" olarak tükenmişliği tanımlamakta ve bu uyumsuzluğun yavaş yavaş gelişen bir süreç olduğunu vurgulamaktadır (Işıkhani, 2016).

Model, iş talepleri ile bireylerin ihtiyaçları arasındaki uyumsuzluğun derecesine göre tükenmişlik riskinin arttığını belirtmektedir. Uyumsuzluk ne kadar fazla ise, tükenme olasılığı o kadar yüksek; uyum ne kadar fazla ise, işe angajman olasılığı o kadar artmaktadır. Bu bağlamda, Maslach ve Leiter iş yerindeki uyumsuzlukları azaltarak ve iş talepleri ile çalışanların ihtiyaçları arasında daha iyi bir denge kurarak tükenmişliği önlemenin mümkün olduğunu öne sürmektedirler. Dolayısıyla, iş yerlerinin tükenmişlikle mücadelede bireysel faktörlerin yanı sıra örgütsel faktörleri de göz önünde bulundurması gerekmektedir. Bu kapsamlı yaklaşım, iş yerlerinin çalışanların ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarını ve uygun destek sistemleri geliştirmelerini sağlayarak tükenmişliği azaltabilir ve iş verimliliğini artırabilir (Kazu ve Yıldırım, 2021).

İş yükü

İş yükü, çalışma hayatının temel unsurlarından biri olarak, "belirli bir zaman diliminde, belirli bir kalitede tamamlanması gereken iş miktarı" şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanım, iş yükünün hem örgütler için verimlilik açısından hem de bireyler için zaman ve enerji harcaması açısından önemli olduğunu vurgulamaktadır (Bolat, 2011). Maslach ve Leiter'ın (1997) modeline göre, iş yükünün fazla olması kadar az olmasının da birey üzerinde stres yapıcı etkileri bulunmaktadır (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001). İdeal olarak, bireyin yetenekleri ile işin gereklilikleri arasında bir denge olmalıdır; ne kadar ki iş yükü bireyin kapasitesini aşacak kadar fazla ne de onu yetersiz bırakacak kadar az olmalıdır (Karacaoğlu ve Çetin, 2015).

İş yükü açısından birey ile iş arasında bir uyum sağlandığında, bireyler işlerini daha bir şevk ile yapmakta, mesleki gelişimlerini sürdürebilmekte ve bireysel kariyer planlamaları yapabilmektedirler. Ancak, iş yükünün bireyin kapasitesini aşması veya yetersiz kalması durumları, sıklıkla iş türünün veya miktarının bireyin yeteneklerini zorlaması şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu tür bir uyumsuzluk, bireyin karmaşık işlerle uğraşması gerektiği zamanlarda veya gerekli bilgi ve tecrübeye sahip olmadığı işlerde belirginleşmektedir. Böyle durumlar, bireylerin sürekli yüksek iş talepleriyle baş etmek zorunda kalmalarına ve yeterli dinlenme veya enerji toplama fırsatı bulamamalarına yol açmaktadır (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Öte yandan, bireyin gösterdiği performansa kıyasla görece az iş yükü verilmesi de, bireyin sıkılmasına, kendini değersiz ve işe yaramaz hissetmesine neden olabilmektedir. Bu tür durumlar, özellikle iş yükü ve birey arasındaki uyumsuzlukların doğrudan tükenmişliğe, özellikle duygusal tükenmişliğe yol açtığı gözlemlenmektedir. Uygun iş yükü yönetimi, işin bireyin yetenekleriyle uyumlu hale getirilmesi ve gerektiğinde destekleyici kaynakların sağlanması, tükenmişliği önlemede kritik öneme sahiptir. Böylece, iş yerlerinde bireylerin hem motivasyonları korunabilir hem de genel iş verimliliği artırılabilir. İş yükünün doğru bir şekilde yönetilmesi, çalışanların iş doyumunu ve iş yerindeki genel mutluluğu artırmada etkili bir strateji olarak değerlendirilmektedir.

Kontrol

Kontrol, bireyin iş üzerinde "seçim yapma, karar verme, sorun çözme ve sorumluluklarını yerine getirme yeteneği" olarak tanımlanmaktadır ve bu yeteneklerin bireyin işlevselliğini doğrudan etkilediği kabul edilmektedir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001). İşle ilgili kontrolün bireyin sorumluluklarıyla örtüşmesi, birey ve iş arasında ideal bir uyumun sağlanması anlamına gelmektedir (Leiter ve Maslach 2003). Ancak, bireylerin işlerindeki gerekli kaynaklar üzerinde yeterli kontrol sahibi olamamaları veya işin nasıl yapıldığına dair karar verme yetkilerinin kısıtlanması gibi durumlar, birey ile iş arasındaki kontrol uyumsuzluğuna yol açmaktadır. Bu tür bir uyumsuzluk, bireylerin işlerinden giderek uzaklaşmalarına, performanslarının düşmesine ve sonuç olarak tükenmişlik yaşamalarına sebep olmaktadır (Leiter ve Maslach 2003).

Kontrol eksikliği veya kontrolün yetersiz olması, tükenmişlik sürecinde önemli bir rol oynamaktadır; özellikle kişisel başarıda düşüş yaşanmasında etkili bir faktördür (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001). İş üzerinde etkin bir kontrolün sağlanması, bireylerin işlerini daha etkin ve verimli bir şekilde yürütmelerini mümkün kılar, böylece iş doyumu ve profesyonel etkinlik artışı gibi pozitif sonuçlar doğurmaktadır. Diğer yandan, kontrol imkânlarının kısıtlı olması bireylerde çaresizlik hissine ve motivasyon kaybına yol açmakta, bu da tükenmişliğin diğer boyutları olan duygusal tükenme ve depersonalizasyon ile bağlantılı hale gelmektedir.

Sonuç olarak, iş yerlerinde çalışanların karar alma süreçlerine aktif olarak katılımının sağlanması ve sorumluluklarına uygun kontrol imkânlarının verilmesi, tükenmişliği önlemede kritik bir stratejidir. Bu, özellikle iş yükü yönetimi ve işin gerektirdiği kaynakların etkin kullanımı ile bütünleştirildiğinde, çalışanların işlerini daha bağımsız ve yetkin bir şekilde yönetmelerine olanak tanır, böylece tükenmişlik riski azalır ve iş yerinde genel memnuniyet seviyeleri artar. Kontrolün artırılması, aynı zamanda çalışanların işlerine daha fazla değer vermelerini ve işle daha fazla özdeşleşmelerini sağlar, bu da profesyonel tatmin ve bireysel performansın yükselmesine katkıda bulunur (Karacaoğlu ve Çetin, 2015).

Ödül

Çalışma hayatındaki en kritik faktörlerden biri, örgütsel ödüllerdir. Bu, bireyin örgüte sağladığı katkıların karşılığında maddi veya manevi olarak takdir edilmesi anlamına

gelmektedir. Başarılı bir ödüllendirme sistemi, bireylerin işe olan katkılarının fark edilip değerlendirildiğini göstermektedir. Bu ise, çalışanların motivasyonunu ve iş tatminini artırmaktadır (Leiter ve Maslach 2003). Birey ile iş arasında ödüller açısından bir uyum sağlandığında, çalışanlar yaptıkları işler karşılığında kendilerini tatmin olmuş, takdir edilmiş ve ödüllendirilmiş hissederler; bu da onların örgüt için kendilerini anlamlı ve önemli hissetmelerine olanak tanımaktadır (Karacaoğlu ve Çetin, 2015).

Ödüllerle ilgili uyumsuzluk ise, genellikle bireyin örgüte sağladığı katkıların yeterince ödüllendirilmediği durumlarda ortaya çıkar. Bu durum, çalışanların yaptıkları işlerden dolayı hak ettiklerini alamadıklarını düşünmelerine, dolayısıyla sağladıkları katkıların örgüt tarafından yeterince takdir edilmediğini varsaymalarına sebep olmaktadır (Leiter ve Maslach 2003). Bu tür bir uyumsuzluk, çalışanlarda değersizlik hissi ve işe yaramazlık duygusunu pekiştirir, motivasyon ve performans düşüklüğüne neden olmaktadır (Leiter, 2003:9). Ayrıca, ödüllerin yetersizliği veya adaletsiz dağıtımı, tükenmişlik sendromunun kişisel başarıda düşüş boyutu ile doğrudan ilişkilidir ve çalışanların işlerine olan bağlılığını azaltır (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Aidiyet/birlik duygusu

Çalışma hayatının önemli bir boyutu olan aidiyet duygusu, insanların sosyal varlıklar olarak bir topluluğa ait olma ve diğer bireylerle yakın ilişkiler kurma ihtiyacından kaynaklanmaktadır. Bu ihtiyacın karşılanması, kişinin sosyal olarak tatmin olmasını sağlar ve çalışma motivasyonunu artırmaktadır (Leiter ve Maslach 2003). Aidiyet, iş yerinde bireyler arasında destekleyici ilişkilerin kurulmasını ve ortak bir birlik duygusunun yaşanmasını ifade etmekte; bu da bireylerin işe olan bağlılıklarını ve iş yerindeki genel memnuniyetlerini pekiştirmektedir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Birey ile iş arasında aidiyet açısından uyum, işyerindeki ilişkilerin kalitesi ve bireyler arası iletişimle doğrudan ilişkilidir. Uyumlu bir ortamda çalışanlar, birbirlerini destekler ve işyerinde huzurlu bir çalışma ortamı hâkim olur. Ancak, aidiyet açısından bir uyumsuzluk söz konusu olduğunda, bireyler arasındaki iletişim bozulur ve pozitif ilişkilerin yerini çatışmalar alabilir. Bu tür bir ortam, bireylerin kendilerini izole, yalnız ve diğerlerinden soyutlanmış hissetmelerine neden olur; hatta aktif çatışmaların içerisine girmelerine yol açabilir (Leiter ve Maslach 2003).

Maslach ve arkadaşlarının belirttiği gibi, örgütlerdeki en zarar verici durumlar genellikle çalışanlar arasında kronikleşmiş ve çözilemeyen anlaşmazlıklardır (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001). Bu tür çatışmalar, çalışanların iş arkadaşlarıyla olan pozitif ilişkilerini zedeleyebilir ve aidiyet duygusunu önemli ölçüde azaltabilir. Negatif düşüncelerin hâkim olduğu bir çalışma ortamı, bireyin iş ile arasındaki aidiyet hissinin zayıflamasına ve dolayısıyla duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin artmasına sebep olabilir (Leiter ve Maslach 2003).

Adalet

Adalet kavramı, örgütsel yapılarda her birey için tutarlı ve eşit kuralların benimsenmesini zorunlu kılmaktadır (İçerli, 2010). Bu çerçevede, örgüt içinde adaletin tesis edilmesi; karar alma süreçlerinin şeffaf, tutarlı ve herkese eşit şartlar altında gerçekleştirilmesini gerektirmektedir (Leiter, 2003). Böyle bir yaklaşım, örgüt içerisinde farklı düşünce yapılarına sahip bireylerin dahi işle ilgili kararların açık ve adil bir şekilde alındığını algılamalarını sağlamaktadır. Bu durum, adalet duygusunu pekiştirir, örgütsel adalet algısını güçlendirir ve çalışanların iş tatmin düzeylerini artırmaktadır.

Adaletin sağlanamadığı durumlar ise genellikle örgüt içinde kararların belirli bireyler veya grupların çıkarları doğrultusunda alındığı şeklinde algılanmaktadır (İçerli, 2010). İş yükü dağılımındaki eşitsizlikler, değerlendirme ve terfi süreçlerindeki adaletsiz uygulamalar ve taraflı karar alma mekanizmaları bu algıyı güçlendirmektedir. Özellikle çatışma ve anlaşmazlık durumlarında, prosedürlerin tüm taraflara eşit savunma şansı tanımadığı görülürse, bu adaletsizlik algısı daha da pekişmektedir (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Örgütte adalet algısının zayıflaması, tükenmişlik üzerinde çift yönlü bir etki yapmaktadır. Bir yandan, adaletsizlik hissi bireylerde duygusal çöküntüye ve sonuç olarak tükenmişliğe neden olurken; diğer yandan, adaletsiz bir çalışma ortamı bireyin işe ve kuruma olan bağlılığını azaltmakta, işle ilgili motivasyonun düşmesine yol açmaktadır (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001). Bu durumlar, örgütsel bağlılıkta ve iş performansında düşüşe sebep olmakta, iş yerinde genel bir memnuniyetsizlik ortamının oluşmasına neden olmaktadır. Netice itibarıyla, adaletin sağlanması, örgütsel verimlilik ve çalışanların psikolojik refahı için vazgeçilmez bir unsurdur ve yöneticiler tarafından özenle yönetilmesi gereken bir süreçtir.

Değerler

Değerler, "hangi tür davranışların iyi, doğru ve arzulanan olduğunu belirten, bireyler veya gruplar arası paylaşılan ölçütler veya fikirler" olarak tanımlanabilir (Özkalp ve Kırrel, 2001). Bu tanım, belirli bir davranış biçiminin veya yaşam amacının diğerlerine göre üstün kabul edildiği tutarlı ve derin inançları ifade etmektedir. Bu bağlamda, bir örgütün değerleri ve bir bireyin değerleri arasındaki uyum, örgütün misyonu ve amaçları ile bireyin kişisel misyon ve amaçlarının örtüşmesi anlamına gelmekte ve bu uyum, bireyin günlük çalışma hayatını doğrudan etkilemektedir (Leiter ve Maslach 2003).

Birey ile iş arasında değerler açısından uyumsuzluk ise, örgütün yapısındaki bazı özelliklerin bireyin beklentileriyle çelişmesi durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu tür bir uyumsuzluk, örgütün sunduğu hizmetlerin niteliği, dış dünyayla olan etkileşimleri ve çalışanlara yönelik davranış biçimleri ile ilgili olabilmektedir (Özkalp ve Kırrel, 2001). Bu Değerler açısından uyumsuzluk, özellikle tükenmişlik sendromunun duygusal tükenme, depersonalizasyon ve kişisel başarıda azalma gibi üç boyutuyla ilişkilendirilmektedir (Leiter ve Maslach, 2004).

Değer uyumsuzluğunun tükenmişlik üzerindeki etkisi, bireyin iş ortamında kendini değersiz ve yabancılaşmış hissetmesine neden olabilmektedir. Ayrıca, bireyin örgütün amaç ve hedefleriyle özdeşleşememesi, iş motivasyonunu ve bağlılığını azaltmakta, bu da genel iş performansında düşüşe ve işten ayrılma niyetinde artışa yol açabilmektedir. Öte yandan, değerler arasında sağlanan uyum, bireyin işine daha fazla kendini adamasını, işte daha yüksek bir bütünleşme (engagement) yaşamasını ve dolayısıyla örgütsel başarıya katkısının artmasını sağlamaktadır (Maslach, Schaufeli ve Leiter, 2001).

Bireysel faktörler

Bireysel faktörler, örgüt içerisindeki kişilerden kaynaklanan ve tükenmeye neden olan özellikler olarak tanımlanabilir. Bu faktörler, örgütsel özelliklerin bireyler üzerindeki etkilerini hem pozitif hem de negatif yönde modifiye edebilmektedir. Çalışanların kişilik yapıları, bu çerçevede, tükenmişlik yaşama olasılıkları üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Özellikle idealist, mükemmeliyetçi ve amaç odaklı kişilikler; mücadeleci, rekabetçi ve kaybetmeyi sevmeyen tutumlar; öfke ve saldırganlık içeren davranışlar; eleştirel, aceleci ve sürekli iş bitirme çabası içinde olan bireyler; ayrıca sözüne sadık, yüksek

sorumluluk sahibi, kişisel çıkarlarını önceliklendiren, hızlı hareket eden ve çabuk konuşan bireyler, tükenmişlik riskini artıran faktörler arasında yer almaktadır (Akçamete, Kaner ve Sucuoğlu, 2001). Aynı zamanda, hayatlarını şans ve kader gibi dışsal faktörlerin belirlediğini düşünenler, gerçekleştirilmesi güç beklentilere sahip olanlar öz yeterlilik duygusu gelişmemiş olanlar ve empati kurmakta zorlanan bireyler de yüksek tükenme potansiyeline sahiptirler (Akçamete, Kaner ve Sucuoğlu, 2001).

Demografik özellikler açısından ise, tükenmişlik üzerinde önemli etkiler gözlemlenmektedir. Araştırmalar genellikle kadınların, erkeklerden daha fazla tükendiğini ortaya koymaktadır. Bu durum, kadınların genellikle daha fazla empatik olmaları ve karşısındaki bireylere daha yoğun ilgi göstermeleri nedeniyle açıklanabilir (Kazu ve Yıldırım, 2021). Ayrıca, yaş, çalışma süresi ve mesleki kıdem gibi faktörlerin tükenmişlik düzeyi ile ters orantılı olduğu bulunmuştur. Genç ve deneyimsiz çalışanlar, işe yeni başlamanın getirdiği heyecan ve enerjiyle başlangıçta yüksek performans gösterme eğiliminde olmalarına rağmen, zaman içinde bu enerjinin sürdürülebilir olmadığını ve hedeflerine ulaşamama durumunda hızla tükenmişlik yaşayabileceklerini göstermektedir (Kazu ve Yıldırım, 2021). Bekarların ve çocuksuz bireylerin, evli ve çocuk sahibi olanlara kıyasla daha yüksek tükenmişlik oranlarına sahip olduğu saptanmıştır (Maslach ve Jackson, 1981). Evli bireylerin genellikle daha yüksek genel yaşam doyumu ve krizlerle başa çıkma konusunda daha fazla deneyime sahip olmaları, bu farklılığın altında yatan nedenler arasında gösterilmektedir (Maslach ve Jackson, 1981).

Yaş

Yaş faktörü, örgütsel bağlılık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Herhangi bir örgütte çalışmaya yeni başlayan genç yaştaki çalışanların örgütsel bağlılık düzeyi, yaşlı ve tecrübeli çalışanlara kıyasla genellikle daha düşük olmaktadır. Bu durumun nedenleri arasında, genç çalışanların iş tatminsizliği yaşamaları veya daha iyi iş fırsatlarına açık olmaları gibi faktörler bulunmaktadır. Öte yandan, yaşlı iş görenlerin gençlere göre daha yüksek bir örgütsel bağlılık göstermelerinin nedenleri arasında, uzun süreli kariyer planlaması, yüksek görevlere getirilme olasılığının artması ve riskten kaçınma eğilimleri yer almaktadır. Yaşlı çalışanlar, işlerini yaparken kendilerine olan güven ve tecrübeleri sayesinde daha yüksek iş tatmini yaşamaktadır (Soykan, 2012).

Aynı örgüt içindeki çalışanlar arasında büyük yaş farkları bulunması, örgüte olan bağlılığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Büyük yaş farkları, örgüt içinde sağlıklı ve işlevsel bir sosyal ortamın oluşmasını zorlaştırmaktadır. Çünkü benzer yaş grupları arasında sosyal ilişkiler daha kolay gelişebilmekte ve işbirliği daha etkin olabilmektedir. Yaş farklılıklarının fazla olması, sosyal uyumu ve dolayısıyla örgütsel bağlılığı azaltıcı bir etki yapmaktadır (Soykan, 2012).

Yaş, çalışanların işe ve örgüte dair tutumlarını, algılarını, isteklerini ve beklentilerini şekillendiren önemli bir faktördür. Bu durum, örgütsel bağlılık üzerinde doğrudan bir etki yapmaktadır. Yapılan araştırmalar, yaşın örgütsel bağlılık üzerindeki etkisinin zaman zaman çelişkili sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Bazı çalışmalar, yaş ile örgütsel bağlılık arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtirken, diğer çalışmalar yaşın artmasıyla örgütsel bağlılığın da arttığını saptamıştır. Özellikle, duygusal bağlılık ile yaş arasında pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir. Ancak, devamlılık bağlılığı, yani örgütte kalma eğilimi ile yaş arasında benzer bir ilişki gözlenememiştir (Özeltürkay ve Boymul, 2017).

Medeni durum

Medeni durumun örgütsel bağlılık üzerindeki etkileri çeşitli araştırmalarda incelenmiş olup, evli veya evlilikten ayrılmış bireylerin genellikle örgütlerine bekar bireylere göre daha fazla bağlı olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, özellikle evli kadınlar için, örgütten ayrılmanın maliyetli görülmesi ve evli ya da ayrılmış bireylerin yeni iş fırsatlarına bekârlara kıyasla daha az hevesli olmaları şeklinde açıklanabilmektedir. Evli kişilerin, örgüte duydukları bağlılık derecesinin daha yüksek olması, ailevi yükümlülükler ve maddi sorumluluklar gibi faktörlerle desteklenmektedir (Yavuz ve Akca, 2018).

Öte yandan, yapılan bir çalışmada, evli akademisyenlerin bekar olanlara göre örgüte karşı daha yüksek düzeyde duygusal bağlılık gösterdikleri belirlenmiştir. Bunun temel nedeni, evli işgörenlerin ailelerine karşı hissettikleri maddi sorumluluklar ve işsiz kalmayı daha zor göze alabilmeleridir. Bu faktörler, evli bireylerin örgütsel bağlılıklarını pekiştirmekte ve aynı zamanda işten ayrılmanın potansiyel maliyetlerini daha ağır basar hale getirmektedir (Yavuz ve Akca, 2018).

Ayrıca, işgörenlerin aile ve akrabalık yükümlülükleri de örgütsel bağlılık üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Ailevi ve akrabalık sorumlulukları olan işgörenler, bu yükümlülüklerin işle ilgili taleplerle çatışması durumunda, örgüte ve onun uygulamalarına daha az bağlılık gösterme eğilimindedirler. Bu durum, ailevi sorumlulukları nedeniyle artan stres ve çatışmaların, iş yerindeki bağlılığı ve memnuniyeti azaltmasıyla ilişkilidir. Aile için ekonomik güvence sağlama ihtiyacı, bu bireylerin zorunlu bağlılık hissini artırarak, örgütten ayrılma olasılıklarını azaltmaktadır (Koç, 2012).

Çocuk sahibi olmanın örgütsel bağlılık üzerindeki etkileri de dikkate değerdir. Genel olarak, küçük çocukları olan bireyler, özellikle kadınlar, erkeklere kıyasla örgüte ve kariyerlerine daha az bağlıdırlar. Bu durum, küçük çocukların bakım ve sorumluluklarının büyük bir kısmını üstlenen kadınların, iş ve kariyer hedeflerine daha az odaklanmalarından kaynaklanmaktadır. Bu etki, kadınların iş yaşamında karşılaştıkları çifte yükümlülük sendromunu yansıtarak, profesyonel roller ile ailevi roller arasında denge kurma zorluğunu göstermektedir (Koç, 2012).

Cinsiyet

Cinsiyet faktörü, örgütsel bağlılık üzerindeki etkileri açısından karmaşık ve çelişkili bulgular sunmaktadır. Araştırmalar, genellikle erkeklerin kadınlardan daha iyi pozisyonlarda çalıştıkları ve daha yüksek ücret aldıkları için örgüte daha fazla bağlı oldukları yönünde görüş bildirmiştir. Bu durum, erkeklerin kariyerlerine daha fazla yatırım yapmaları ve örgütsel bağlılıklarını artırmaları gerektiği anlamına gelmektedir. Ancak, diğer bir görüşe göre, kadınlar genellikle ailevi sorumluluklarına daha fazla öncelik verdikleri için iş yerlerini ikinci plana atmakta ve bu nedenle erkeklere kıyasla örgüte daha az bağlı kalmaktadırlar (Yenihan, Çakır ve Alabaşoğlu, 2018).

Buna karşın yapılan bazı çalışmalar, kadınların erkeklere göre örgüte daha yüksek düzeyde bağlı olduklarını; ancak bu bağlılığın genellikle "devam bağlılığı" şeklinde olduğunu, yani kadınların mevcut işlerini sürdürme eğiliminde olduklarını ortaya koymuştur. Bu durum, kadınların iş değiştirmeye daha az meyilli olmaları ve mevcut pozisyonlarını koruma istekleri ile açıklanabilir. Angle ve Perry'nin araştırmasında, kadınların işlerini ve çalıştıkları kurumu değiştirmeye daha az eğilimli oldukları ve bu nedenle erkeklere göre örgüte daha fazla bağlı oldukları belirlenmiştir. Bu bağlılık, işgörenlerin örgütte geçirdikleri zaman ve

yaptıkları çabaların bir yatırım olarak görülmesi ve örgütten ayrılmanın bu yatırımları kaybetme riski taşıması ile güçlenmektedir (Angle ve Perry, 1983).

Mowday ve arkadaşlarına göre, kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla bağlılık sergilemektedirler. Bunun temel nedeni, kadınların örgüt içerisinde kariyer yaparken karşılaştıkları engellerin çokluğu ve bu engellerin üstesinden gelmelerinin, örgütteki üyeliklerini daha değerli hale getirmesidir. Powell ve Meyer ise, kadın çalışanlar için örgütten ayrılmanın sosyal ve ekonomik maliyetinin genellikle daha yüksek olduğunu öne sürmüşlerdir (Powell ve Meyer, 2004).

Mathieu ve Zajac'ın meta-analizi ise, cinsiyet ve örgütsel bağlılık arasında genel bir tutarlılık olmadığını göstermiştir. Yapılan diğer bir araştırmada, cinsiyetin duygusal ve normatif bağlılık üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı, ancak devam bağlılığı üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir; burada erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek devam bağlılığı gösterdikleri saptanmıştır (Mathieu ve Zajac, 1990).

Eğitim düzeyi

Araştırmalar, işgörenin eğitim düzeyi ile örgütsel bağlılık arasında ters bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Yani, eğitim düzeyi arttıkça örgütsel bağlılık azalmaktadır. Bu durumun temel nedenleri arasında, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin iş bulma olanaklarının geniş olması ve örgütün karşılayamayacağı yüksek beklentileri nedeniyle mevcut pozisyonlarına tam olarak adapte olamamaları yer almaktadır. Eğitimli bireyler genellikle işlerine olan bağlılıklarıyla tanınırken, örgütsel bağlılıklarını artıran unsurlar çoğunlukla maddi ve manevi tatmin düzeylerine bağlıdır. Diğer yandan, eğitim düzeyi daha düşük olan çalışanlar, işlerini kaybetme riskine karşı örgüte daha fazla bağlılık geliştirmektedir (Dursun, 2000).

Eğitim düzeyinin yüksek olması, çalışanların ücret ve diğer çalışma koşulları konusunda daha yüksek beklentilere sahip olmalarına yol açmaktadır. Bu kişiler için iş hayatı, yalnızca maddi gelir sağlamaktan öte, toplum içinde yüksek statü kazanma, prestijli bir işe sahip olma ve sosyal ilişkilerini geliştirme fırsatları sunan bir platform olarak görülmektedir. Bu bakış açısı, eğitimli bireylerin iş ve kariyer hedeflerini, örgütsel bağlılıktan ziyade kişisel ve profesyonel gelişim odaklı hale getirmektedir (Başol ve Altay, 2009).

Eğitim düzeyi ile örgütsel bağlılık arasındaki bu ters yönlü ilişkiyi destekleyen pek çok araştırma bulunmakla birlikte, bazı araştırmacılar bu ilişkinin yeterince açık ve güçlü olmadığını, dolayısıyla bu ilişkinin önemszenmemesi gerektiğini öne sürmüşlerdir. Bu görüş, örgütsel bağlılıkla eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin, diğer etmenler tarafından modüle edilebileceğini ve mutlak bir sonuç olarak kabul edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır (Başol ve Altay, 2009).

Kişilik

Kişilik, bireylerin dünya görüşlerini, konuşma ve düşünme tarzlarını, duygusal tepkilerini, sevdikleri ve hoşlanmadıkları şeyleri, beceri ve ilgi alanlarını, umut ve arzularını kapsayan geniş bir spektrum olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler, bir bireyin profesyonel yaşamında nasıl davrandığını ve özellikle iş yerinde nasıl algılandığını büyük ölçüde belirlemektedir. Çeşitli araştırmalar, işgörenin kişilik yapısının örgütsel bağlılığı üzerinde belirgin bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle bireyin genel duygusal durumu, yani pozitif veya negatif duygusallık, örgütsel bağlılık düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir (Kaşlı ve Seymen, 2010).

Pozitif duygusallığa sahip bireyler, genellikle iş yerinde daha mutlu ve memnun olduklarından, örgütsel bağlılık seviyeleri daha yüksek olmaktadır. Bu kişiler, karşılaştıkları zorluklara daha iyimser yaklaşımlar sergileyebilir ve iş yerindeki olumsuz durumlarla başa çıkarken daha etkili stratejiler geliştirebilirler. Pozitif duygusallık, aynı zamanda iş arkadaşlarıyla sağlıklı ilişkiler kurma ve işbirliği yapma eğilimini güçlendirir, bu da örgütsel bağlılığın artmasına katkıda bulunmaktadır (Sarıkaya, 2007).

Öte yandan, negatif duygusallığa sahip bireyler, iş yerinde daha fazla stres ve tatminsizlik yaşama eğilimindedirler. Bu kişilik özelliği, sık sık duygusal çalkantılar yaşamak ve olumsuz iş ortamı faktörlerine aşırı tepki göstermek şeklinde kendini gösterebilir. Negatif duygusallık, örgütsel bağlılık üzerinde olumsuz bir etki yapar. Çünkü bu bireyler genellikle iş yerindeki sorunları kişisel olarak algılar ve bu da genel memnuniyetlerini ve örgüte olan bağlılıklarını azaltmaktadır (Sarıkaya, 2007).

Kişilik yapısının örgütsel bağlılığı şekillendirmedeki bu rolü, işgörenlerin yönetimi ve motivasyon stratejilerinin belirlenmesinde dikkate alınmalıdır. İş yerlerinde kişilik

çeşitliliğini anlamak ve her bir çalışanın kişilik özelliklerine uygun görevler ve sorumluluklar vermek, çalışanların iş tatminini ve örgütsel bağlılığını artırabilmektedir. Buna ek olarak, yöneticilerin çalışanlarının duygusal ihtiyaçlarını anlaması ve onlara destek olması, negatif duygusallığı olan bireylerin iş yerinde daha iyi bir performans göstermelerine ve örgütsel bağlılıklarını güçlendirmelerine yardımcı olabilmektedir (Kaşlı ve Seymen, 2010).

2.3.4. Tükenmişliğin sonuçları

Tükenmişlik sendromu, bireylerin yaşam kalitesini ve iş verimliliğini önemli ölçüde düşüren bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bu sendroma yakalanan kişiler, ciddi sağlık sorunları, derin psikolojik rahatsızlıklar, özgüven eksikliği ve işlerine karşı artan bir hoşnutsuzluk yaşamaktadırlar. Ancak tükenmişliğin zararlı etkileri yalnızca bireylerle sınırlı kalmayıp, onların aile yaşantılarına, sosyal ilişkilerine ve çalıştıkları kurumların genel performansına kadar uzanmaktadır. Müşterilere sunulan hizmetlerin kalitesinde düşüş, iş yerindeki verimlilikte azalma, yüksek işletme maliyetleri ve sürekli çekişme ile tartışmalar yaşanan aile ortamları tükenmişliğin olumsuz etkileri arasında yer almaktadır (Işıkhana, 2016).

Genel olarak tükenmişliğin sonuçları oldukça çeşitlidir; bunlar arasında işi savsaklama, sürekli olarak işten kaçınma eğilimi, mülke zarar verme veya hırsızlık gibi yasa dışı davranışlar, işe gelmeme veya geç gelme vakalarında artış, işten ayrılma niyetinde ciddi bir yükselme, hizmet kalitesinde gözle görülür bir bozulma, izin kullanımında artış ve usulsüzlükler, iş ve sosyal yaşamdaki ilişkilerde bozulmalar, aile içinde artan gerginlikler, depresyon ve öz saygıda azalma, işe karşı büyüyen hoşnutsuzluk, başka iş alanlarına geçiş yapma isteği, iş gücü devrinde artış, aşırı risk alma ve psikosomatik hastalıklar, uyku problemleri, alkol ve ilaç kullanımında artış gibi durumlar sıralanabilir (Türkmenoğlu, 2020).

Tükenmişlik, sadece bireyleri değil, onların etkileşim içinde bulunduğu tüm sosyal çevre ve kurumları da olumsuz etkileyebilir. Bireyin iş verimliliği ve profesyonel ilişkileri bozulurken, tükenmişlik aynı zamanda bireyin aile üyeleri ve yakın çevresi üzerinde de stres ve yıpranma yapmaktadır. Bu, genellikle evlilik ve aile içi ilişkilerde çatışmalara, sosyal izolasyona ve geniş çapta kurumsal sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle, tükenmişlik sadece kişisel bir sağlık sorunu olarak değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik bir mesele

olarak ele alınmalıdır. Kurumlar, tükenmişlikle mücadele etmek için çalışanlarının iş ve özel yaşam dengesini destekleyici politikalar geliştirmeli, psikolojik danışmanlık ve destek hizmetleri sunmalı, iş yükünü optimize etmeli ve çalışma ortamını iyileştirmelidir (Türkmenoğlu, 2020).

Tükenmişliğin bireysel sonuçları

Tükenmişlik sendromu, stres kaynaklı patolojik bir durum olarak bilinmekte ve kişileri birçok açıdan etkilemektedir. Bu durum, özellikle yüksek stres altında çalışan bireylerde sıklıkla gözlemlenen ve hem duygusal hem de fiziksel yorgunlukla karakterize edilen bir sendromdur. Duygusal tükenmişlik, sürekli enerji kaybı ve motivasyon düşüklüğüne yol açarken, fiziksel yorgunluk ise kişinin genel sağlık durumunu ciddi şekilde bozmaktadır. Özellikle, tükenmişlik yaşayan kişilerde artan gerginlik, uyku düzenlerini olumsuz yönde etkilemekte ve uyku kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Uykusuzluk, rahatsız ve kesintili uyku, kişinin günlük performansını ve yaşam kalitesini düşüren önemli bir sorun haline gelmektedir (Kazu ve Yıldırım, 2021).

Devam eden bu gerginlik, kişinin sıklıkla kâbuslar görmesine ve gece boyunca defalarca uyanmasına yol açar. Bunun sonucunda ortaya çıkan uykusuzluk, halsizlik ve huysuzluk gibi durumlar, kişinin psikolojik sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir. Uzun süre devam eden yorgunluk ve stres, kişinin bağışıklık sistemini zayıflatmakta ve çeşitli hastalıklara daha yatkın hale gelmesine neden olmaktadır. Baş ağrıları, mide ve sindirim sistemi problemleri, sırt ağrıları, soğuk algınlığı ve deri döküntüleri gibi fiziksel rahatsızlıklar, psikosomatik hastalıklar kategorisinde değerlendirilmekte ve kişinin içsel psikolojik çatışmalarının somatik belirtiler olarak dışavurumunu temsil etmektedir (Akyürek, 2020).

Tükenmişlik sendromuna maruz kalan bireylerde görülen başlıca semptomlar arasında yorgunluk, iştahsızlık, sindirim güçlükleri ve sürekli baş ağrıları bulunmakta; bu fiziksel problemler, depresyon, kaygı, çaresizlik ve özsaygı kaybı gibi psikolojik sorunlarla birleşerek kişinin duygusal durumunu daha da kötüleştirmektedir. Tükenmişlik, kişinin yaşam enerjisinde belirgin bir düşüşe sebep olmakta ve bu enerji kaybı çoğu zaman üzüntü, yalnızlık, umutsuzluk ve düş kırıklığı gibi duygusal tepkilerle ilişkilendirilmektedir. Kişi, fiziksel olarak aktif olmamasına rağmen sürekli bir yorgunluk hissi taşır ve basit günlük aktiviteler bile aşırı çaba gerektiriyor gibi algılanabilir. Ani öfke patlamaları, sürekli bir

kızgınlık hali ve tepkisel davranışlar, kişinin sosyal çevresiyle olan ilişkilerini zedeler (Akbaba ve Bulut, 2021).

Bireyin yoğun duygusal tükenmişliği, onun hayatta belirlediği amaçlara ulaşmasını engellemekte ve bu durum, genel bir psikolojik tatminsizliğe yol açmaktadır. Bu tatminsizlik, kişide davranış bozukluklarına neden olabilir ve kişi ile diğer insanlar arasındaki ilişkilerin bozulmasına sebep olabilir. Saldırganlık, dedikodu, negatif yargılarda bulunma ve alay etme gibi antisosyal davranışlar bu süreçte sıkça rastlanan örneklerdendir. Tükenmiş olan kişi, çevresindeki insanların kendisine karşı olduğunu düşünür ve bu da onda paranoya veya şüphe duygularının gelişmesine neden olmaktadır (Akbaba ve Bulut, 2021).

Tükenmişliğin örgütsel sonuçları

Tükenmişlik sendromu, bireyin örgüt yaşamından kaynaklanan psikolojik ve fizyolojik sorunlar bütünü olarak tanımlanmakta ve bu durumun etkileri en yoğun şekilde örgüt yaşamında kendini göstermektedir. Araştırmalar, tükenmişlik ile iş performansı arasında doğrudan ve güçlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Tükenmişlik yaşayan çalışanların motivasyon kaybı yaşamaları ve kendilerini engellenmiş hissetmeleri, işyerindeki performanslarının önemli ölçüde düşmesine neden olmaktadır. Bu çalışanlar, işlerine olan ilgi ve üretkenliklerini kaybettiklerinde, işlerini daha kötü bir şekilde yapmaya başlar ve mesleklerini bırakma eğilimi gösterebilirler. Bu süreç, alanında uzmanlaşmış çalışanların kaybıyla sonuçlanmakta ve hem bireysel hem de örgütsel düzeyde ciddi zararlar ortaya çıkmaktadır (Kazu ve Yıldırım, 2021).

Tükenmişlik yaşayan çalışanların performansındaki düşüş, takım çalışmalarını ve işbirliğini de olumsuz etkilemekte, örgüt içerisinde insan kaynakları yönetiminin zayıflamasına ve verimliliğin azalmasına yol açmaktadır. Bu durum, örgütün müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak kalite, maliyet ve teslim süreleri gibi performans hedeflerini negatif yönde etkilerken, örgütün piyasa güvenilirliğine de zarar verebilmektedir. Tükenmişlik sendromu, aynı zamanda çalışanların müşterilere karşı olan ilgisini ve hizmet kalitesini düşürmektedir. Tükenmiş çalışanlar, etrafındaki insanlara objektif bir bakış açısıyla yaklaşamaz hale gelir ve bu durum, müşteri memnuniyetinde ciddi düşüslere sebep olmaktadır (Çetin, Basım ve Aydoğan, 2011).

Ayrıca, tükenmişlik işyeri huzurunu bozar ve çalışanlar arası ilişkilerde gerilimlere neden olur. Bu olumsuz atmosfer, işyerinde bireysel çatışmaların ve işbirliği içinde olması gereken faaliyetlerin engellenmesiyle sonuçlanmaktadır. Bu nedenle tükenmişliğin sadece bireyi değil, tüm çalışma ortamını negatif yönde etkilediği ve bulaşıcı bir etki meydana getirdiği söylenebilir. İşyerindeki dikkat dağınıklığı ve odaklanma problemleri de tükenmişlik sendromunun belirgin sonuçları arasındadır. Dikkatini toplayamayan çalışanların iş kalitesinde düşüşler yaşanmakta ve bu durum, iş kazaları ve yaralanmalar gibi ciddi problemlere neden olabilmektedir (Çetin, Basım ve Aydoğan, 2011).

Tükenmişlik sendromunun diğer bir örgütsel sonucu, çalışanın işten ayrılma isteği duyması fakat bunu gerçekleştirecek enerji ve güvene sahip olmamasından kaynaklanan gönülsüz devam etme durumudur. Çalışanın sık sık hastalanması, işe devamsızlık ve işyerinden erken ayrılma gibi davranışlar, örgüte maddi zararlar olarak yansımakta ve iş tatminsizliği, duyarsızlaşma gibi faktörler örgütsel başarıyı ve verimliliği düşürmektedir. Bunların yanı sıra işi savsaklama, işyerindeki hırsızlık eğilimleri, işe gelmeme ve geç gelme, evraklarda sahtecilik gibi olumsuz davranışlar da örgütün maliyetlerini artırmakta ve genel verimliliğini azaltmaktadır. Bu etkilerin tümü, tükenmişlik sendromunun örgütsel sonuçları arasında değerlendirilmekte ve bu durum örgütler için ciddi yönetim ve politika değişiklikleri gerektirmektedir (Aktaş ve Şimşek, 2015).

Tükenmişliğin aile hayatı üzerindeki sonuçları

Tükenmişlik sendromu, yalnızca bireyin iş yaşamını değil, aynı zamanda kişisel ve ailevi hayatını da ciddi şekilde etkileyen kompleks bir durumdur. Bu sendrom, bireyin hem fiziksel hem de duygusal yorgunluğa uğramasına neden olmakta ve bu durumlar, aile içi dinamikler üzerinde de olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Tükenmiş bir birey, iş hayatındaki stres ve yorgunluğu evine taşıdığı anda, bu durum aile içi ilişkileri zedeleme potansiyeline sahiptir (Tayfur ve Arslan, 2012).

Kişi, işten yorgun ve gergin bir şekilde eve geldiğinde, bu haliyle evdeki atmosferi de negatif yönde etkilemektedir. Duygusal olarak tükenmiş olan kişi, evinde de rahatsız ve gergin bir tavır sergileyebilir; bu durum, aile bireyleri ile olan etkileşimlerinde sabırsızlık ve anlayışsızlık gibi davranışlara yol açabilir. Bu süreçte, tükenmiş birey evde geçirdiği zamanın çoğunu kendi yaşadığı sıkıntıları dile getirerek, şikâyetlerini anlatarak geçirebilir

ve bu durum, aile bireylerine yeterli ilgiyi ve zamanı ayıramamasına sebep olabilir. İlgi ve zamanlarını yeterince alamayan aile bireyleri kendilerini yalnız, kırılmış ve ihmal edilmiş hissedebilirler (Bulgurcu Gürel, 2016).

Aile bireylerinin yaşadığı yalnızlık ve ihmal hissi, tükenmiş olan kişiye yönelik suçlamalarla sonuçlanabilir. Zaten yeterince suçluluk duygusu yaşayan tükenmiş birey, ailesi tarafından da bu şekilde suçlanınca, aile içinde çatışmalar kaçınılmaz hale gelir. Bu çatışmalar, aile bireylerinin birbirinden kopmalarına, ilişkilerde soğukluklar yaşanmasına ve hatta boşanma veya ayrı yaşama gibi daha ciddi aile sorunlarına yol açabilir (Bulgurcu Gürel, 2016). Çocuklar ve ebeveynler arasındaki ilişkiler de bu süreçten negatif yönde etkilenir, duygusal bağlar zayıflar ve aile yapısı temelinden sarsılabilir.

2.3.5. Tükenmişlikle başa çıkma yolları

Tükenmişlik sendromu, sadece bireyin teşhis ve tedavisiyle çözülebilecek bir sorun olmaktan ziyade, örgütsel ve sistemik bir problem olarak ele alınmalıdır. Bu durumun üstesinden gelmek için en etkili yol, tükenmişliğe neden olan etmenlerin kökenine inilmesi ve bu etmenlere yönelik erken müdahalelerin yapılmasıdır. Başa çıkma yolları aşağıda detaylı olarak incelenmiştir.

Bireysel düzeyde başa çıkma yöntemleri

Bireyler, tükenmişlikle başa çıkmak için öncelikle bu sendromun ne olduğunu ve belirtilerini iyi anlamalı, böylece yaşadıkları durumu erken fark edip çözüm yollarını araştırmaya başlamalıdır. Kişinin işle ilgili gerçekçi beklentileri ve hedefleri belirlemesi, tükenmişliği önlemede büyük önem taşımaktadır. İşe başlamadan önce yapılacak işin gereklilikleri, zorluklar ve riskler konusunda detaylı araştırma yapmak, karşılaşılabilecek sorunlara karşı hazırlıklı olmayı sağlamaktadır. Bu hazırlık süreci, bireyin iş hayatını sürdüreceği kurumu da kapsamalı, böylece olası hayal kırıklıklarının önüne geçilmelidir (Eroğlu ve Arıkan, 2016).

Buna ek olarak, işe başladıktan sonra ortaya çıkan zorluklarla başa çıkmak için duygularını ve yaşadıkları sıkıntıları paylaşmak, yardım istemek, sorunlar büyümeden müdahale etmek birey için faydalı olacaktır. Kişilerin iş dışında sosyal ilişkilere ve hobilerine zaman

ayırması, mizah gibi bireysel başa çıkma yöntemlerini kullanması da tükenmişlikle mücadelede etkili stratejiler arasındadır (Eroğlu ve Arıkan, 2016).

Örgütsel düzeyde başa çıkma yöntemleri

Tükenmişlikle mücadelede örgütsel düzeyde alınacak önlemler, bireysel çabalarla kıyaslandığında daha kapsamlı ve kalıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Örgütsel düzeyde başa çıkma yöntemleri, tükenmişlik sonuçlarının sadece bireyler için değil, örgüt için de ciddi sonuçlar doğurduğu ve bu yüzden sistemik önlemler alınması gerektiği bilinciyle geliştirilmelidir. Örgütsel stratejiler arasında; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, iş tanımlarının açıkça yapılması, katılımcı yönetim anlayışının benimsenmesi, işe alımlarda iş-kişî uyumunun dikkate alınması, oryantasyon ve eğitim programlarının artırılması, iş temposunun düzenlenmesi, adil görev ve ödül dağılımı gibi uygulamalar yer almalıdır (Aksu, 2010).

Ayrıca, iş saatlerinin esnekliği, yetki devri, personel güçlendirme gibi uygulamalar da tükenmişlikle mücadelede örgütsel düzeyde etkili olabilir. Örgüt içinde açık iletişim kanallarının oluşturulması ve sorunların erken çözüme kavuşturulması, örgütsel sağlığın korunmasında kritik rol oynamaktadır.

Diğer destek kaynakları

Tükenmişlikle mücadelede aile, dostlar ve iş arkadaşları gibi sosyal destek ağları da önemli bir yer tutmaktadır. Bu kişilerle zaman geçirmek, yaşananları paylaşmak, bireyin stresini azaltabilir ve problemlere daha objektif bir bakış açısıyla yaklaşmasını sağlayabilir. Ayrıca, profesyonel yardım almak; sosyal ilişkilerin, aile içi dinamiklerin ve iş yaşamının iyileştirilmesine katkıda bulunurken, maladaptif davranışların (alkol, sigara kullanımı gibi) ele alınması ve gerekiyorsa bu bağımlılıkların tedavi edilmesi de tükenmişlikle mücadelede hayati öneme sahiptir (Aksu, 2010).

2.4. İş Memnuniyeti

2.4.1. İş memnuniyeti kavramı ve tanımı

Çalışanların işe yönelik tutumları, iş memnuniyeti kavramı ile ifade edilmekte ve iş ortamında son derece önemli bir konumda yer almaktadır. İş memnuniyeti, çalışanların işlerine karşı geliştirdikleri duygusal ve zihinsel tepkilerin bütünsel bir ifadesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tepkiler, çalışanların iş ortamındaki davranışlarının temel belirleyicileri olarak görülmekte ve genellikle uzun süreli ile değişimi zor tutumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Tutum, bireylerin herhangi bir obje veya duruma karşı gösterdikleri zihinsel ve duygusal hazır oluş halidir ve bu, gözlemlenebilir davranışlara dönüşebilmektedir (Aşan ve Erenler, 2008).

İş memnuniyeti, çalışanların işleriyle ilgili olarak geliştirdikleri tutumların doğrudan bir sonucu olarak değerlendirilmekte ve bu tutumlar pozitif olduğunda iş memnuniyeti yüksek, negatif olduğunda ise düşük olarak kabul edilmektedir. Bu durum, bireyin işe yönelik genel duygusal değerlendirmesini ve bu değerlendirmenin iş yerindeki performansına ve iş tatminine olan etkilerini kapsamaktadır (Özkalp ve Kirel, 2016). Vroom ve diğer teorisyenler, iş memnuniyetini çalışanların iş rollerine karşı gösterdikleri duygusal tepkiler olarak tanımlamışlardır. Bu modelde, işe karşı olumlu duygusal tepkiler iş memnuniyeti olarak, olumsuz tepkiler ise iş memnuniyetsizliği olarak nitelendirilmektedir (Kök, 2006). İş memnuniyeti, çalışanların işe ve iş ortamına yönelik tepkilerinin bir ölçüsüdür ve bu tepkiler olumlu ya da olumsuz olarak iki kutuplu bir düzlemde değerlendirilir. Olumlu tutumlara sahip çalışanlar genellikle işlerinden memnun olduklarını ifade ederken, olumsuz tutumlar ise memnuniyetsizlikle sonuçlanmaktadır (Eğimli, 2009).

İş memnuniyeti, çalışanların işe yönelik pozitif bir ruh hali yaşaması ve bu hali, iş performansı, iş yerindeki bağlılık ve genel iş tatminine dönüşmesi anlamına gelmektedir. Buna karşın, olumsuz bir tutuma sahip çalışanlar, işlerine karşı genellikle negatif bir yaklaşım sergileyerek, iş ortamında uyumsuzluk ve verimsizlik gibi problemlere yol açabilirler. Bu bağlamda, iş memnuniyeti kavramı, çalışanların iş performansları üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğu gibi, organizasyonel sağlık ve verimlilik açısından da kritik bir öneme sahiptir. İş memnuniyeti yüksek olan çalışanlar, genellikle daha motive olmuş, üretken ve organizasyonlarına daha bağlı bireylerdir (Eğimli, 2009).

2.4.2. İş memnuniyeti kavramının özelliği ve önemi

İş memnuniyeti, çalışanların işlerine yönelik tutumlarının bir yansıması olarak kabul edilmekte ve bu kavram iş yaşamında kritik bir öneme sahiptir. İş memnuniyeti, çalışanların işlerine karşı geliştirdikleri subjektif ve duygusal tutumların doğrudan bir sonucu olarak görülmektedir. Bu tutumlar, öncelikle çalışanların işlerine karşı olan davranışlarını belirler ve bu davranışların gözlemlenmesi ile anlaşılabilir bir hale gelir. İş memnuniyeti, çalışanların işlerinde hissettikleri memnuniyetin, performansları üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir; yüksek iş memnuniyeti genellikle olumlu çalışma davranışlarına, düşük iş memnuniyeti ise olumsuz çalışma davranışlarına ve düşük verimliliğe yol açmaktadır (Özkalp ve Kırel, 2016).

İş memnuniyeti, aynı zamanda iş performansı, çalışanların örgütsel bağlılığı ve genel iş tatmini üzerinde önemli bir etken olarak tanımlanmaktadır. Çalışanlar, kendi duygusal ve düşünsel değerlendirmelerine dayanarak işlerinde ne kadar memnun olduklarını belirler ve bu duygusal durum, onların işe ve iş ortamına karşı genel tutumlarını şekillendirmektedir. Eğer çalışanlar işlerinde olumlu duygular içerisindeyse, bu durum genellikle yüksek iş memnuniyeti olarak ifade edilirken; memnuniyet düzeyi düşük olan çalışanlar genellikle motivasyon eksikliği yaşar ve bu da olumsuz iş davranışlarına sebebiyet verebilmektedir (Özkalp ve diğerleri, 2013). Literatürde iş memnuniyetiyle ilgili tanımlar, iş memnuniyetinin öne çıkan üç temel özelliğini vurgulamaktadır. Bunlar şöyledir:

- **Subjektif Duyguların İfadesi:** İş memnuniyeti, bireyin işle ilgili deneyimlerinden ve duygularından süzülerek ortaya çıkan öznel bir hissiyatıdır. Çalışanların iş memnuniyeti, ancak onların davranışlarının sonuçları üzerinden dolaylı yollarla anlaşılabilir.
- **İhtiyaç ve Beklentilerin Karşılanması:** İş memnuniyeti, çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin örgütsel düzeyde nasıl karşılandığına dair bir ölçümdür. Bu, ödüllendirme, tanınma ve kariyer gelişim fırsatları gibi örgütsel faktörlerle doğrudan ilişkilidir.
- **İçsel ve Dışsal Memnuniyet:** İş memnuniyeti, hem içsel hem de dışsal faktörlerden etkilenir. İçsel memnuniyet; işin kendisinden (işin içeriği, başarı duygusu, takdir) alınan doyumken, dışsal memnuniyet; işin çevresel faktörleri (maaş, çalışma koşulları, örgütsel politikalar) ile ilgilidir (Köroğlu, 2012: 279).

Bununla birlikte iş memnuniyetinin etkileri, genellikle üç ana nedene dayanmaktadır:

- İşten Kaçınma ve İş Değiştirme Niyeti: Düşük iş memnuniyetine sahip çalışanlar genellikle işten kaçınma yolları arar ve yeni iş fırsatlarına yönelir.
- Fiziksel ve Ruhsal Sağlık: Yüksek iş memnuniyeti yaşayan bireyler, iş kaynaklı stres ve olumsuz sağlık etkilerinden uzak durur, bu da onları daha sağlıklı ve verimli kılar.
- Örgütsel Sadakat ve Devamlılık: İş memnuniyeti yüksek olan çalışanlar genellikle işe zamanında gelir, devamsızlık yapmaz, işten ayrılma istekleri düşük olur ve yüksek çalışma motivasyonuna sahiptirler (Özkalp ve Kirel, 2016).

2.4.3. İş memnuniyeti ile ilgili faktörler

İş memnuniyeti, bireysel ve kültürel çeşitlilik gösteren dinamiklerce şekillendirilen, çok yönlü bir olgudur. Bu kavram, global çapta yapılan birçok sektörel ve bölgesel araştırma ile incelenmiş ve çalışanların işlerinden duydukları memnuniyet veya memnuniyetsizlik anlamak için önemli faktörler ortaya konmuştur. Araştırmalar, iş memnuniyetini etkileyen başlıca faktörler olarak ücret düzeyi, örgüt kültürü ve yapısı, yönetici davranışları, çalışma koşulları, meslektaşlar ile ilişkiler, kariyer gelişim fırsatları ve iş güvencesi gibi unsurları sıralamaktadır. Bu faktörlerin her biri, çalışanların işlerinden ayrılma eğilimlerini artırabilecek kadar kritik öneme sahiptir; dolayısıyla, bir organizasyonun başarısı, bu faktörlerin iyi anlaşılması ve yönetilmesine bağlıdır (Aylin ve ark. 2004).

Çalışan memnuniyetinin çok boyutlu yapısını doğru bir şekilde analiz etmek amacıyla, çeşitli bilimsel ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden bazıları, 1967 yılında Weis, Dawis, England ve Lofquist (2005) tarafından geliştirilen Minnesota İş Tatmin Ölçeği, 1969 yılında Smith, Kendall ve Hulin tarafından oluşturulan İş Tanımlama İndeksi, 1975'te Hackman ve Oldham tarafından geliştirilen İş Tanımlama Ölçeği ve 1985 yılında Spector tarafından tasarlanan İş Tatmin Ölçeği'ni içermektedir. Bu ölçekler, dünya genelinde yapılan pek çok çalışmada kullanılmış ve güvenilirlikleri ile geçerlilikleri kanıtlanmıştır (Dawis, Lofquist ve England, 2005; Hackman ve Oldham, 1976).

Örgütsel davranış biliminde yoğun olarak incelenen iş memnuniyeti, üç temel boyutta ele alınabilir:

- Duygusal Tutum: İş memnuniyeti, çalışanların iş yerine yansıyan ve doğrudan gözlemlenemeyen duygusal tutumlarından anlaşılabilir. Bu, iş yerindeki davranışlarından ve genel tutumlarından çıkarımlar yapılmasını gerektirmektedir.
- Karşılanan İhtiyaçlar ve Beklentiler: İş memnuniyeti, çalışanların işten aldıkları sonuçlar ve bu sonuçların kişisel ihtiyaç ve beklentilerini ne derece karşıladığı ile doğrudan ilişkilidir. Örneğin, bir çalışanın grup içindeki performansının yeterince ödüllendirilip ödüllendirilmediği, bu ölçüt doğrultusunda memnuniyet ya da memnuniyetsizlik duygusunu belirlemektedir.
- İlişkili Tutumlar: İş memnuniyeti, aynı zamanda işle ilgili çeşitli faktörlerin birebir etkileşiminden kaynaklanan tutumlar bütünüdür. Bu tutumlar, çalışanın işteki mutluluğunu ve doyumunu ifade eder ve işle ilgili tüm faktörlerin etkisi altında şekillenmektedir.

Literatürde iş memnuniyetini etkileyen faktörler geniş bir yelpazede incelenmiştir ve bu faktörler genellikle işin kendisiyle ilgili faktörler, bireysel faktörler ve dışsal faktörler olmak üzere üç ana kategoride gruplandırılmıştır. İçsel memnuniyet, çalışanın işin içsel niteliklerinden aldığı tatminle ilgilidir ve işin kendisi, başarı duygusu, takdir edilme gibi unsurları içermektedir. Dışsal memnuniyet ise, çalışma ortamı, örgütsel politikalar, ücret ve ödüllendirme gibi dışsal koşullar tarafından belirlenir. Bu çerçevede, iş memnuniyetinin etkili bir şekilde yönetilmesi, çalışanların işten kaçınma eğilimlerini azaltırken, işe olan bağlılıklarını ve genel iş verimliliklerini artırmada önemli bir rol oynamaktadır (Çınar, 2018).

İçsel ve dışsal faktörler

İçsel faktörler

İçsel faktörler, işin temel yapısını ve çalışanların işlerine dair algılarını kapsayan, iş memnuniyetini doğrudan etkileyen özelliklerdir. Bu faktörler arasında işin kimliği, işin önemi, çalışanların işlerini yaparken kullandıkları yetenekler, yöneticilerle olan uyumları ve üzerlerine yüklenen sorumluluklar bulunmaktadır. İşin toplumdaki algısı da önemli bir içsel faktördür; her toplumda prestijli kabul edilen ve edilmeyen meslekler vardır ve bireyler genellikle prestijli işlerde çalışmayı tercih ederler. (Karaman ve Altunoğlu, 2007).

Çalışanların işlerine yönelik duygusal ve zihinsel tutumları, işin ilgi çekiciliği, öğrenme ve gelişim fırsatları sunması, işin zorluk derecesi gibi unsurlar, iş memnuniyetini belirleyen kritik içsel faktörlerdendir. Araştırmalar genelde, iş yerinde öğrenme imkânları ve yeteneklerin kullanımının, iş doyumu için önemli belirleyiciler olduğunu ortaya koymaktadır. İşin zihinsel olarak zorlayıcı olması, çalışanların başarı elde etme ve bu başarıları sergileme ihtiyaçlarını tatmin ederek iş memnuniyetini artırabilir. Uygun zorluk derecesine sahip işler, çalışanların işlerine olan bağlılığını artırırken, aşırı zor veya aşırı basit işler çalışanlarda memnuniyetsizlik oluşturur ve bu durum moral bozukluğuna, tükenmişliğe ve sonuç olarak işten ayrılmaya yol açabilmektedir (Karaman ve Altunoğlu, 2007).

Çalışma yoğunluğu ve monotonluğu da iş memnuniyetini olumsuz yönde etkileyen içsel faktörler arasında yer almaktadır. Monoton ve aşırı yoğun işler, çalışanlarda mutsuzluk ve tükenmişlik hissi oluşturmakta, bu da devamsızlık ve işten ayrılma oranlarında artışa neden olmaktadır. İş memnuniyetini sağlama konusunda yapılan araştırmalar, çalışanın işteki sorumluluk ve pozisyonunun memnuniyet düzeyini nasıl etkileyebileceğini göstermiştir. Örneğin, işinde yüksek sorumluluk taşıyan ve bu sorumluluğun bilincinde olan bir çalışanın, iş değiştirme isteği düşük olabilmektedir (Serbest, 2019).

Hackman ve Oldham'ın teorisine göre, iş memnuniyeti beş temel iş özelliği tarafından etkilenmektedir:

- İşin Çeşitliliği: Çalışanların farklı yetenek ve becerilerini kullanmalarını gerektiren işler.
- Kimlik Duygusu: Çalışanın tamamladığı işin başlangıç ve bitişini görebilmesi ve işin bütünlüğünü kavrayabilmesi.
- Önem Duygusu: İşin diğer insanlar üzerindeki olumlu etkisinin farkında olması.
- Bağımsızlık: İşin yapılma şeklini ve zamanlamasını belirleme konusunda çalışanlara verilen özgürlük.
- Geri Bildirim: İş performansı hakkında düzenli ve açık geri bildirimler almak.

Bu beş özellik, içsel iş memnuniyeti faktörlerinin çerçevesini belirler ve çalışanların işlerinden aldıkları tatmini doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla, yöneticiler ve organizasyonlar için bu faktörleri optimize ederek çalışan memnuniyetini ve dolayısıyla örgütsel performansı maksimize etme potansiyeli bulunmaktadır. Bu durum, çalışanların

işlerini değiştirme ihtiyacını azaltırken, daha yüksek bir motivasyon ve işe adanmışlık seviyesi sunmaktadır (Serbest, 2019).

Beceri çeşitliliği

Bir işin yürütülmesi sırasında çeşitli faaliyetlerin yerine getirilmesi, bu faaliyetler için gerekli olan farklı beceri ve yeteneklerin kullanılmasını da beraberinde getirmektedir. Bir işin gerektirdiği beceri ve yeteneklerin çeşitliliği, işin karmaşıklığını ve çalışanların üzerine düşen sorumlulukların boyutunu belirlemekte önemli bir rol oynamaktadır. Bu çerçevede, bir işin kapsadığı beceri sayısı arttıkça, o işten alınan tatmin duygusunun da artacağı genel bir kabul olarak karşımıza çıkmaktadır (Arslan, 2016). Özellikle, çok fazla uzmanlık ve yüksek düzeyde yetenek gerektirmeyen, monoton ve tekdüze işlerde çalışan bireylerin daha yüksek düzeyde memnuniyetsizlik yaşadığı bilimsel araştırmalarla desteklenen bir bulgudur. Bu tür işler, bireylerin yeteneklerini etkin bir şekilde kullanma fırsatlarını sınırladığı için, iş doyumunun düşük olması kaçınılmaz hale gelmektedir. Dolayısıyla, işlerin beceri çeşitliliği açısından zenginleştirilmesi, çalışanların işlerinden aldıkları memnuniyeti artırmakta ve bu da genel iş verimliliğine olumlu yansımaktadır. Bu bağlamda, iş tasarımı süreçlerinde beceri çeşitliliğinin artırılması, örgütsel yapıların daha etkin ve verimli çalışmasını sağlayacak stratejik bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Kart ve Atagün, 2017).

Görev kimliği

Görev kimliği, bir işin gözle görülür sonuçlar üretme kapasitesi ile tanımlanmaktadır ve işin tamamlanması sürecinde çalışanların ne ölçüde yer aldıkları bu tanımın merkezinde yer almaktadır. İş süreçlerinde çalışanların katılımının yoğunluğu, üretilen son ürün veya hizmetin niteliği ile doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, çalışanların işin gerçekleştirilmesinde ne kadar büyük bir rol üstlendikleri, aldıkları memnuniyet derecesini arttıran önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Özellikle, otomobil üretimi veya konfeksiyon üretimi gibi sektörlerde gözlemlenen, çalışanların üretim sürecinin sadece belirli aşamalarında yer almaları, işe yabancılaşma hissinin ve memnuniyet eksikliğinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Erol, 1998).

İşe yabancılaşma, çalışanların görevlerinin bütünlüğünü ve sonuçlarını görmelerini engelleyen faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bu tür işlerde, bireyler genellikle üretim

zincirinin küçük bir parçası olarak işlev görmekte ve bu da onların işlerine olan bağlılıklarını ve işten aldıkları tatmini azaltmaktadır. Bu durum, çalışanların kendi görevlerini önemsiz ve anlamsız olarak algılamalarına sebep olmakta, dolayısıyla iş tatminlerinde düşüşlere yol açmaktadır. İşin yapılma sürecinde çalışanların daha fazla yer alması, iş sonuçlarının bütün çalışanlar tarafından görülmesi ve değerlendirilmesi, iş tatminini ve genel çalışan bağlılığını artırmada etkili yöntemler arasında gösterilmektedir (Utaş ve ark. 2017).

Bu nedenle, iş tasarımı süreçlerinde görev kimliğinin güçlendirilmesi, çalışanların üretim süreçlerine daha kapsamlı bir şekilde dâhil edilmesi, iş tatminini ve örgütsel bağlılığı artırmak için kritik öneme sahiptir. İşlerin daha anlamlı ve tatmin edici hale getirilmesi, çalışanların işlerine olan yabancılaşmalarını azaltacak ve bu da genel verimlilik artışına katkı sağlayacaktır. Bu stratejik yaklaşım, özellikle tekrar eden ve bölümlere ayrılmış iş süreçlerinde çalışanların motivasyonunu ve üretkenliğini önemli ölçüde iyileştirebilmektedir (Utaş ve ark. 2017).

Görevin anlamlılığı

Görevin anlamlılığı, yapılan işin hem organizasyon içindeki hem de organizasyon dışındaki bireyler üzerindeki etkilerinin önemini ifade etmektedir. Bu kavram, bir işin diğer insanların hayatlarındaki olumlu değişimlere katkıda bulunma kapasitesi ile ölçülmektedir. İşin bu şekilde anlamlı olması, çalışanlar için büyük bir doyum kaynağı olmaktadır. Özellikle, bilim insanları ve doktorlar gibi meslek grupları, faaliyetlerinin doğrudan insan hayatını iyileştiren sonuçlar doğurduğu için genellikle yüksek düzeyde iş tatmini yaşamaktadır (Serbest, 2019).

Bir işin anlamlılığı, çalışanın işe olan bağlılığını ve motivasyonunu artıran temel unsurlardan biri olarak kabul edilmektedir. İşin, bireyin kendi değerleri ve hedefleriyle uyumlu olması, onun işle ilgili algılarını ve işten aldığı tatmini pozitif yönde etkilemektedir (Utaş ve ark. 2017). Ayrıca, işin sonuçlarının açık ve ölçülebilir bir fayda sağladığının görülmesi, çalışanların işlerini daha anlamlı bulmalarını sağlamaktadır. Örneğin, sosyal hizmetler, sağlık ve eğitim sektörlerinde çalışan bireyler, faaliyetlerinin somut ve olumlu sonuçlarını gözlemleyebildikleri için genellikle daha yüksek bir iş tatmini deneyimi yaşamaktadır (Serbest, 2019).

Bu nedenle, yöneticilerin ve organizasyonların, işleri tasarlarlarken görevin anlamlılığını maksimize etmeye yönelik stratejiler geliştirmeleri önem arz etmektedir. İşlerin anlamlı hale getirilmesi, çalışanların motivasyonunu ve genel memnuniyetini artırarak, organizasyonun genel performansına da olumlu katkılar sağlayacaktır. Bu, özellikle toplumun refahı ve bireysel gelişim için kritik öneme sahip sektörlerde iş tatminini ve çalışan bağlılığını iyileştirmek için hayati bir yaklaşımdır.

Özerklik

Özerklik, bir işin planlanması ve yürütülmesi sırasında çalışana tanınan özgürlük, bağımsızlık ve takdir yetkisinin derecesini ifade etmektedir. Çalışma koşulları içinde özerkliğin sağlanması, çalışanların işlerini yönetme ve karar verme süreçlerine aktif olarak katılmalarını mümkün kılmaktadır. İşlerinde yüksek düzeyde özerkliğe sahip olan bireyler, genellikle işlerine karşı güçlü bir sorumluluk duygusu geliştirmekte ve bu da psikolojik tatminlerini artırmaktadır (Güllü, 2019).

Örneğin, temizlik işçileri veya sekreterler gibi görevleri genellikle amirlerinin direktifleri altında yürütülen kişilerde özerklik düzeyi düşüktür. Bu durum, bu tür pozisyonlarda çalışanların iş tatminlerinin genellikle sınırlı olmasına yol açmaktadır. Öte yandan, mimarlar, sanatçılar veya yöneticiler gibi profesyoneller, işlerini planlama ve uygulama konusunda geniş yetkilere sahip oldukları için yüksek derecede özerklikten faydalanabilmektedirler (Katırcıoğlu ve Kabakulak, 2020).

Çalışanlara işlerini yaparken daha fazla özgürlük ve seçenek sunulduğunda, genellikle iş memnuniyeti artmaktadır. Buna karşılık, çalışma saatlerini, dinlenme zamanlarını ve çalışma metodlarını belirleyemeyen, sürekli olarak dışarıdan kontrol ve yönlendirme altında olan çalışanlarda iş doyumu düşük görülmektedir. Bu bağlamda, özerkliğin artırılması, çalışanların kendilerini işlerine daha fazla adanmasına ve bu süreçte üretkenliklerini kullanarak daha verimli sonuçlar elde etmelerine olanak tanımaktadır (Katırcıoğlu ve Kabakulak, 2020).

Geribildirim

Geribildirim, işin gerektirdiği faaliyetlerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini belirlemek, çalışanın performansının etkinliği hakkında doğrudan ve açık bilgiler sağlamak amacıyla kullanılan bir yönetim aracıdır. Bu süreç, çalışanların işlerinin doğrudan sonuçlarını gözlemleyemedikleri durumlarda daha da kritik bir öneme sahiptir. Çalışanlar, performans değerlendirmelerini doğrudan işlerinin sonuçlarından, çalışma arkadaşlarından, amirlerinden, müşterilerden veya örgüt dışındaki diğer kişilerden alabilmektedirler (Bal, 2013).

Örneğin, bir bilgisayar mühendisi genellikle yaptığı yazılım veya sistem üzerinden hemen geribildirim alabilirken, bir tekstil işçisi ürettiği tişörtlerin kalitesi veya müşteri memnuniyeti gibi konularda geribildirimini genellikle amirleri aracılığıyla ve dolaylı yollarla alır. Çalışanlar, aldıkları geribildirimler sayesinde performanslarını objektif bir şekilde değerlendirme şansı bulurlar; böylece hatalarını düzeltebilir, kendilerini geliştirebilir ve iş süreçlerinde daha etkin rol alabilirler (Macit, 2001).

Geribildirimlerin etkinliği, onların yapıcı ve destekleyici bir biçimde sunulmasına bağlıdır. Yapıcı olmayan veya eleştirel geribildirimler, çalışanların motivasyonunu düşürebilir ve performanslarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle, geribildirim süreçlerinin, çalışanların kişisel ve profesyonel gelişimlerini destekleyecek şekilde tasarlanması gerekmektedir. İyi planlanmış ve düzenli olarak yapılan geribildirim oturumları, çalışanların kendilerine olan güvenlerini artırır, performanslarını sistematik bir şekilde iyileştirir ve iş doyumunu yükseltir (Macit, 2001).

Dışsal faktörler

Ekonomik Araçlar

Ekonomik faktörler, çalışan memnuniyetinin belirleyicileri arasında önemli bir yer tutmaktadır ve bu faktörlerin başında ücret gelmektedir. Ücret, çalışanlar için sadece temel yaşam maliyetlerini karşılamakla kalmaz, aynı zamanda iş yerindeki değerlerinin bir göstergesi olarak da görülmektedir. Çalışanların aldıkları ücret, yaşam standartlarını yeterince destekleyip desteklemediği, kişisel hedef ve gereksinimlerini karşılayıp

karşılamadığı yönünden değerlendirildiğinde, ücretin memnuniyet üzerindeki etkisi daha da belirginleşmektedir. Ücretin yalnızca bir geçim aracı olmanın ötesinde, çalışanların özsaygısını, örgütsel adanmışlığını ve motivasyonunu etkileyen çok boyutlu bir faktör olduğu kabul edilmektedir (Kılıç ve Keklik, 2012).

Çalışan memnuniyetinde, ücret dışında takdir ve ödüllendirme sistemleri de büyük bir rol oynamaktadır. İyi tasarlanmış bir ödüllendirme sistemi, çalışanların iş performansını ve işe olan bağlılıklarını artırarak, iş tatminini yükseltmektedir. Ödüller, kişisel başarıların tanınması ve teşvik edilmesi anlamına gelmekte olup, maddi ikramiyeler, terfiler, özel tanınmalar veya ekstra izin günleri gibi çeşitli şekillerde sunulabilmektedir. Bu tür ödüller, çalışanların kendilerini değerli hissetmelerini sağlayarak motivasyonlarını ve genel memnuniyetlerini artırmaktadır (Çatıkoğlu, 2006).

İş güvencesi de çalışan memnuniyeti için kritik bir faktördür. İş güvencesi, çalışanların işlerini kaybetme korkusu olmadan, uzun vadeli kariyer planları yapabilmelerine olanak tanır. Bu güvence, çalışanların iş stresini azaltır ve işe daha fazla odaklanmalarını sağlar, böylece hem bireysel hem de örgütsel performans üzerinde pozitif bir etki oluşturur. İş güvencesinin yüksek olduğu çalışma ortamlarında, çalışanlar risk almakta daha cesur olabilmekte ve yenilikçi fikirler ortaya koymakta daha istekli olabilmektedirler (Ağırbaş, Çelik ve Büyükkayıkçı, 2005).

Sonuç olarak, ücret ve ödüllendirme sistemlerinin yanı sıra iş güvencesi gibi faktörler, çalışan memnuniyetini önemli ölçüde etkileyen ekonomik araçlardır. Bu unsurların her biri, çalışanların hem finansal hem de psikolojik ihtiyaçlarını karşılamada önemli rol oynar. Örgütler, bu faktörleri etkin bir şekilde yöneterek çalışan memnuniyetini artırabilir ve bu da örgütün genel başarısına katkıda bulunur. Dolayısıyla, çalışan memnuniyetini artırmak adına ekonomik faktörlerin, özellikle de ücretin, adil ve rekabetçi bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Ayrıca, iş güvencesi sağlamak ve çeşitli ödüllendirme mekanizmaları kullanmak, çalışanların motivasyonunu ve bağlılığını sürekli kılmak için de elzemdir (Ağırbaş, Çelik ve Büyükkayıkçı, 2005).

Yönetmel araçlar

Yönetmel Araçlar bir kaç başlık altında değerdendirilebilir. Bunlar kararlara katılım, yetki devri ve yönetici davranışlarıdır. Aşağıda bu yönetmel araçlar detaylı şekilde incelenmiştir.

- **Kararlara Katılım:** Kararlara katılım süreci, çalışanların kendilerini ve işleri ile ilgili kritik kararlar alınmadan önce bu sürece dâhil edilmelerini, sorunların paylaşılmasını ve öneri ile görüşlerinin alınmasını içeren bilinçli ve stratejik bir organizasyon faaliyetidir. Çalışanların bu sürece aktif olarak katılmaları, hem motivasyonu artıran hem de iş tatminini yükselten temel faktörler arasında yer alır. Özellikle monoton ve rutin işlerle meşgul olan çalışanlar için, karar verme süreçlerine dâhil olmak, işlerine olan bağlılıklarını ve memnuniyetlerini önemli ölçüde artırır. Alınan kararların, iş görenler tarafından benimsenmesi ve desteklenmesi, karar alma sürecinin şeffaflığına ve anlaşılabilirliğine bağlıdır (Alanoğlu, 2019).

İş görenlerin ya da temsilcilerinin sadece görüşlerinin alındığı sembolik katılımlar yerine, kararların gerçekten uygulanabildiği, demokratik süreçlerin benimsendiği bir yapı, çalışanlar için daha inandırıcı ve şirkete olan bağlılığı artırıcı bir yöntem olacaktır. Yöneticiler, iş birliği içinde karar verdiklerinde, hem verimliliği hem de çalışan memnuniyetini maksimize ederler; bu da organizasyon için "biz" ruhunun güçlendirilmesi ve ortak çalışma kültürünün pekiştirilmesi anlamına gelir (Köroğlu, 2011).

- **Yetki Devri:** Yetki, belirli sınırlar içinde hareket etme ve yönetme hakkı olarak tanımlanabilir ve her birimin kendi iş bölümüne göre bir yetki alanına sahiptir. Yetki devri, özellikle büyüyen ve genişleyen organizasyonlarda, üst düzey yöneticilerin destek ihtiyacı ile alt kademelerin yönetim yeteneği ihtiyacının artması sonucunda zorunlu hale gelir. Yetki devri sürecinde, çalışanların yetenek ve tecrübelerine uygun olarak görevlendirilmeleri, karar verme alanları oluşturulması ve sorumluluk duygusunun pekiştirilmesi gereklidir (Koçak, 2011). İyi yönetilen bir yetki devri süreci, ara yöneticilere inisiyatif vererek onları güçlendirir, pratik çözümler üretmelerini sağlar, moral ve motivasyonu artırır, ayrıntılı işlerle uğraşma gereksinimini azaltarak zaman kazandırır ve karar mekanizmalarını hızlandırır. Zamanla, yetki ve sorumluluk yüklenen bireylerin karar alma çevresi genişler, bağımsızlıkları artar ve bu da genel çalışma memnuniyetini yükseltir (Artık, 2009).

- Yönetici Davranışları: Çalışan memnuniyeti, yöneticilerin yaklaşımları ve davranışları ile doğrudan ilişkilidir. İyi bir yönetici, resmi gücünden ziyade insan ilişkilerindeki yeteneğiyle öne çıkar. Çalışma ortamında yöneticilerin belirleyici rolleri, çalışanların adil ve takdir edildiğini hissetmeleri için kritik önem taşır. Çağdaş yönetim teorileri, görev ve insan odaklı yaklaşımları bir arada kullanmanın etkinliği artıracığını belirtir. Yöneticilerin, çalışanlarla sağlıklı ve destekleyici ilişkiler kurmaları, onları kurumun hedefleri doğrultusunda yönlendirmeleri ve adil bir liderlik sergilemeleri, hem verimliliği hem de memnuniyeti artıracaktır. İletişimde açık ve tutarlı olmaları, çalışanlara eşit davranmaları ve liderlik vasıflarını doğru kullanmaları, örgüt içindeki genel memnuniyet seviyesini yükseltecektir (Ceylan, Çelik ve Emhan, 2015).

Literatüre göre, yönetici davranışları ile çalışan memnuniyeti arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır; yöneticilerin yenilikçi, hızlı karar verebilen ve takdir eden liderlik özellikleri, çalışanların iş tatminini önemli ölçüde etkilemektedir. Yönetici türleri arasında, kurumsal ve kişisel sorumluluk alabilen, örgütsel işleyişi açık ve anlaşılır kılan ve ekip ruhunu güçlendiren yöneticiler, en etkin çalışma ortamını oluşturma konusunda öne çıkmaktadır (Zincirkıran, Yalçınsoy ve Işık, 2016).

Bireysel faktörler

İnsanların kişilik özellikleri arasındaki çeşitlilik, çalışan memnuniyeti üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu çeşitlilik, memnuniyet seviyesinin kişiden kişiye farklılık göstermesine ve memnuniyeti etkileyen değişkenler arasında bireysel faktörlerin önemli bir yere sahip olmasına yol açmaktadır. Çalışan memnuniyetini etkileyen bireysel faktörler, genel olarak iki ana kategori altında incelenebilir: bireyin doğuştan getirdiği özellikler ve yaşamı boyunca edindiği deneyimler (Çınar, 2018).

Bireyin doğuştan getirdiği özellikler; yaş, cinsiyet, kişilik özellikleri gibi sabit faktörler ve bireyin genetik yapısından kaynaklanan yetenek ve zekâ gibi unsurları içermektedir. Öte yandan, bireyin işe ve çalışma ortamına yönelik algıları da bu kategoride değerlendirilebilir. Bu özellikler, bireyin işe adapte olma biçimini ve iş ortamında gösterdiği performansı doğrudan etkilemektedir (Ünal, 2019).

Sonradan kazanılan faktörler ise bireyin medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleki statüsü ve hizmet süresi gibi değişkenlerden oluşmaktadır. Bu faktörler, kişinin yaşamı boyunca karşılaştığı sosyal ve ekonomik koşullar tarafından şekillendirilmekte ve bireyin iş yaşamındaki memnuniyet düzeyine etki etmektedir. Özellikle eğitim düzeyi, bireyin problem çözme yeteneği, yeniliklere adaptasyon süreci ve işle ilgili karmaşık konuları anlama kapasitesini belirleyen kritik bir faktördür. Ayrıca, hizmet süresinin uzunluğu ve mesleki deneyim, çalışanın iş yerindeki yeterlilik algısını ve kariyer hedeflerine ulaşmadaki beklentilerini de önemli ölçüde etkilemektedir (Ünal, 2019).

Kişinin kendisinden kaynaklanan faktörler

Kişinin kendisinden kaynaklanan faktörlerden ilki yaştır. Yaş, çalışan memnuniyetini etkileyen kritik değişkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalarda, yaş ile memnuniyet arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiş ve bu ilişki üç farklı modelle açıklanmıştır. İlk model, yaştan artmasıyla çalışan memnuniyetinin artış gösterdiği pozitif doğrusal bir ilişkiyi ifade etmektedir. Araştırmacılar, bu modeli, yaş ilerledikçe çalışanların işle ilgili gerginliklerin azalması, mesleki deneyimlerin artması ve bu deneyimlerle birlikte işle ilgili zorlukların daha kolay yönetilmesi şeklinde açıklamaktadırlar. Genç çalışanlar genellikle iş güvencesizliği, düşük kademelerde çalışma ve işten yüksek beklentiler gibi faktörler nedeniyle daha az memnun olmaktadır (Karcıoğlu ve Akbaş, 2010).

İkinci model olan U şekli ilişkisi, çalışanların kariyerlerinin başlangıcında yüksek iş tatmini yaşadıklarını, orta yaşlarda bu tatminin azaldığını ve ileri yaşlarda tekrar yükseldiğini öne sürmektedir. Bu model, işe yeni başlamanın heyecanı ile yüksek memnuniyet yaşanmasını, zamanla işin monotonluğu ve beklentilerin karşılanmaması nedeniyle memnuniyetin düşmesini ve yaştan ilerlemesiyle birlikte duruma uyum sağlama kapasitesinin artması sonucu memnuniyetin yeniden yükselmesini açıklar. Üçüncü model olan ters U şekli ise, memnuniyetin yaşla birlikte arttığını ancak bir noktadan sonra azaldığını göstermektedir (Köroğlu, 2011).

Kişinin kendisinden kaynaklanan faktörlerden bir diğeri cinsiyettir. Yapılan çalışmalarda cinsiyet kompozisyonunun memnuniyet üzerinde belirgin bir etkisi olduğu görülmüştür. Jackson ve diğerleri (1998) tarafından yapılan bir araştırma, çalışanların benzer cinsiyet kompozisyonuna sahip gruplarda daha yüksek memnuniyet yaşadıklarını ortaya koymuştur

(Jackson, Potter ve Dale, 1998). Fields ve Blum'un (1997) çalışması, cinsiyet dengesinin sağlandığı gruplarda hem erkeklerin hem de kadınların daha yüksek memnuniyet seviyelerine ulaştığını göstermiştir. Bu sonuçlar, iş yerinde cinsiyet dengesinin sağlanmasının, çalışan memnuniyetini artırıcı önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır (Fields ve Blum, 1997).

Kişilik özellikleri, bireylerin çalışma ortamlarına adaptasyonu ve iş memnuniyeti üzerinde belirleyici rol oynamaktadır. Kişilik, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenir. Araştırmalar, kişilik özelliklerinin (utangaçlık, saldırganlık, otoritecilik gibi) bireylerin iş performansını ve memnuniyet düzeylerini nasıl etkilediğini detaylı bir şekilde incelenmiştir. Örneğin, içten denetimli (içsel motivasyona sahip) kişiler, yaşadıkları sorunları kendi kontrolleri altında gördüklerinden, genellikle daha yüksek memnuniyet seviyesine sahiptir. Dıştan denetimli (dışsal faktörlere bağımlı) kişiler ise memnuniyetsizliklerini genellikle dış faktörlere atfederler. Makyevelist kişilik özelliklerine sahip bireyler, rekabetçi ve hedef odaklı iş ortamlarında daha yüksek başarı ve memnuniyet gösterirken, risk almayı seven kişiler hızlı karar verme yetenekleri sayesinde belirsiz ortamlarda dahi yüksek memnuniyet yaşayabilirler (Köroğlu, 2011).

Sonradan kazanılan faktör

Sonradan kazanılan faktörler içerisinde medeni durum çalışan memnuniyetini etkileyebilecek önemli bir faktördür. Literatürde, medeni durum ile çalışan memnuniyeti arasında farklı sonuçlar rapor edilmiştir. Genel kanı, evli çalışanların bekârlara göre daha yüksek memnuniyet düzeylerine sahip oldukları yönündedir. Bu farklılıklar, çalışanın işlevi gibi değişkenlere bağlı olarak değişebilmektedir. Örneğin, stresli işlerde çalışan evli bireyler, evdeki artan sorumluluklar nedeniyle daha düşük memnuniyet seviyeleri rapor edebilirken, bekâr bireyler, daha az kişisel sorumlulukları olduğu için işlerinden aldıkları tatmin düzeyi daha yüksek olabilmektedir (Gümüştekin ve Gültekin, 2015).

Eğitim düzeyi, çalışan memnuniyetini etkileyen başka bir kritik faktördür. Eğitim düzeyinin memnuniyet üzerine hem pozitif hem de negatif etkileri olabilir. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler, genellikle daha yüksek ücretli işler bulma potansiyeline sahiptir, bu da dolaylı olarak iş tatminini artırabilir. Ancak, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin işten

beklentileri de artar, bu da eğer işler bu beklentileri karşılamazsa memnuniyetsizlikle sonuçlanabilir (Gümüştekin ve Gültekin, 2015).

Meslek, bireyin eğitimiyle doğrudan ilişkilidir ve çalışan memnuniyetinde önemli bir rol oynar. Yanlış meslek seçimi, bireyin iş performansını ve dolayısıyla memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilir. Öte yandan, bireyin kişiliğine uygun ve severek yapacağı bir meslek seçimi, iş doyumunu önemli ölçüde artırabilir. Meslek gruplarına yönelik yapılan araştırmalarda, toplumsal algı bakımından prestijli mesleklerde çalışan bireylerin genellikle daha yüksek iş tatminine sahip olduğu görülmüştür. Bu durum, mesleğin toplumdaki değeri ile bireyin kendine olan saygısının artması ve bu sayede iş tatmininin yükselmesi arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır (Elyas, 2016).

Rol ve statü, bireyin örgütsel davranışını ve memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerdir. Bireyin işyerindeki rolü, örgüt içindeki işbirliği ve sosyal etkileşimlerle doğrudan ilişkilidir. İyi tanımlanmış bir rol, bireyin işini daha etkin bir şekilde yerine getirmesine ve dolayısıyla daha yüksek memnuniyet duymasına olanak tanır. Statü ise, bireyin toplumdaki ve işyerindeki değerini ve saygınlığını ifade eder. Yüksek statüye sahip bireyler, genellikle işyerinde daha fazla saygı görür ve bu durum iş memnuniyetini pozitif yönde etkiler (Elyas, 2016).

2.4.4. İş memnuniyetini açıklayan teoriler

Motivasyon teorileri

Motivasyon Teorileri üzerine yapılan akademik çalışmalar, bireylerin belirli bir hedefe ulaşma sürecinde gösterdikleri yüksek çaba ve azmin analizini merkeze almaktadır. Motivasyon, insanların bir amaç doğrultusunda harekete geçirilmesi ve bu süreçte etkili olan faktörlerin saptanması olarak tanımlanabilir. Motivasyonda, davranışların yoğunluğu, yönü ve sürekliliği olmak üzere üç temel boyut öne çıkmaktadır. Yoğunluk, bireyin amaca ulaşmak için ne derece çaba sarf ettiği ile ilgilidir; fakat bu çaba, organizasyonun hedefleri doğrultusunda uygun bir yönlendirme göstermezse, arzu edilen iş performansı elde edilemeyecektir (Alan, 2006).

Motivasyonun süreklilik boyutu ise, bireyin çabasını ne kadar süreyle ve ne derecede istikrarla sürdürdüğü ile ilintilidir. Çalışma motivasyonu, kişinin işle ilgili amaçlara yönelik tutumları aracılığıyla şekillenir; bu da çalışanların iş başarısını artıran ve gösterdikleri performansı doğrudan etkileyen temel bir dinamik olarak kabul edilir. Motivasyon, yüksek kalitede iş çıktıları elde etmek için çalışan motivasyonunun stratejik olarak yönetilmesini gerektirmektedir. Motivasyonun temel itici güçleri arasında yer alan çalışan memnuniyeti, iş tatmini ile doğrudan bağlantılıdır ve bu, bireylerin amaçlarına ulaşma sürecinde duydukları arzu ile bu amaçlara eriştikten sonra yaşadıkları memnuniyet arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Başarıya ulaşmanın temsilcisi olarak motivasyon, sonuç olarak elde edilen memnuniyetle değerlendirilmektedir (Seker, 2015).

Sanayi devrimi sonrasında meydana gelen teknolojik ilerlemeler, iş bölümü ve uzmanlaşma, çalışma yaşamında önemli değişiklikler yapmıştır. Bu değişimler, işe karşı ilgisizlik ve isteksizlik gibi olumsuz duyguların artmasına neden olmuş ve işletmeler için ciddi zararlar doğurmuştur. Bu sorunları ele almak ve çalışanları yeniden motive etmek amacıyla davranış bilimciler tarafından çeşitli araştırmalar yapılmış ve bir dizi motivasyon teorisi geliştirilmiştir. Bu teoriler, içsel motivasyon faktörlerini inceleyen "Kapsam Kuramları" ve hem içsel hem de çevresel faktörleri hesaba katan "Süreç Kuramları" olmak üzere iki ana kategoride toplanmıştır (Kaplan, 2007). Kapsam Kuramları, bireyin iç dünyasındaki etmenleri ve bu etmenlerin bireyi belirli davranışlara yönlendirme şeklini açıklarken, Süreç Kuramları, bireysel davranışları etkileyen çevresel faktörleri de dikkate alarak, motivasyon süreçlerinin daha geniş bir perspektiften anlaşılmasını sağlar. Bu kuramların her biri, motivasyonun karmaşık yapısını ve iş performansı üzerindeki etkilerini derinlemesine anlamak için kritik öneme sahiptir (Kaya, Yıldız ve Yıldız, 2013).

Kapsam teorileri

Kapsam Teorileri, insanın sürekli gelişmekte olan bir varlık olarak ele alındığı, bireysel gelişim, içsel yetenekler, potansiyel, tutumlar ve duygu ile düşüncelerin temelini oluşturan rasyonel ve duygusal yönlerin incelendiği kuramlardır. Bu teorik yaklaşımlar, bireyleri belirli bir davranışa yönlendiren faktörleri belirlemeye ve bu yönlendirme sürecindeki motivasyon mekanizmalarını detaylandırmaya odaklanmaktadır. Kapsam kuramları, insan davranışını motive eden temel unsurları açıklama gayreti içerisinde ve bu unsurların

tanımlanması, bireylerin niçin belirli davranışları sergiledikleri sorusuna cevap aramaktadır (Özer ve Topaloğlu, 2008).

Kapsam kuramlarının odak noktası, bireyin ihtiyaçlarını tatmin etme veya amaçlarına ulaşma çabasıdır. Bu kuramlar, insan davranışını tetikleyen temel faktörleri ve bu faktörlerin nasıl bir etkileşim içinde olduğunu sorgular. İlgili literatürde dört ana kapsam teorisi öne çıkmaktadır. Bunlar Abraham Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi, Frederick Herzberg'in Çift Etmen Teorisi, Clayton Alderfer'in ERG Teorisi (Var Olma, İlişki Kurma, Gelişme) ve David McClelland'ın Başarma İhtiyacı Teorisidir. (Tekin ve Görgülü, 2018).

Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi, bireysel ihtiyaçların bir piramit şeklinde sıralandığı, temel ihtiyaçların karşılanmasıyla daha yüksek düzeydeki ihtiyaçların gündeme geldiği bir model önermektedir (Özer ve Topaloğlu, 2008). Herzberg'in Çift Etmen Teorisi ise, iş tatmini ve işten duyulan memnuniyetsizliği sürükleyen faktörlerin iki farklı kategoride incelenmesi gerektiğini savunur: motivasyon etmenleri ve hijyen faktörleri. Alderfer'in ERG Teorisi, Maslow'un modelini daha esnek bir yapıda yeniden formüle ederek, insan ihtiyaçlarının üç temel kategori altında toplanabileceğini öne sürer: var olma, ilişki kurma ve gelişme. McClelland'ın Başarma İhtiyacı Teorisi ise, başarı, güç ve bağlılık gibi içsel motivasyon kaynaklarını vurgulamaktadır (Kaya, Yıldız ve Yıldız, 2013).

Süreç kuramları

Süreç kuramları, bireylerin davranışlarının altında yatan psikolojik dinamiklere odaklanmaktadır. Bu kuramlar, özellikle bir davranışın başlangıcını, sürdürülüşünü ve bireylerin karar alma mekanizmalarını detaylı bir şekilde açıklamaya yönelik teorik çerçeveler sunmaktadır. Bu kuramların temel amacı, bireysel davranışların neden tekrarlandığı veya neden tekrarlanmadığına dair bilgiler sağlayarak, bu davranışların yönetilmesi ve modifiye edilmesi için stratejiler geliştirmektir. Süreç kuramları, bireyin iç dünyasındaki ihtiyaçlarını ve bu ihtiyaçların davranışlarını nasıl şekillendirdiğini ele alırken, aynı zamanda çevresel ve dışsal faktörlerin davranışlar üzerindeki etkilerini de göz önünde bulundurmaktadır (Özer ve Topaloğlu, 2008).

Süreç kuramlarının en bilinen temsilcilerinden biri, Christina Maslach ve Susan E. Jackson tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Envanteri'ni temel alan Maslach'ın Tükenmişlik

Teorisi'dir (Maslach ve Jackson, 1981). Bu teori, tükenmişliği üç ana bileşen üzerinden değerlendirir: duygusal tükenmişlik, kişisel başarıda azalma ve duyarsızlaşma. Maslach ve Jackson'a göre, tükenmişlik süreci, işle ilgili stresin yönetilememesi ve bu stresin bireyin başa çıkma kapasitesini aşması sonucu başlar. Duygusal tükenmişlik, sürekli stres altında çalışmanın ilk sonucu olarak ortaya çıkar; kişisel başarıda azalma ve duyarsızlaşma ise zamanla gelişen ve bireyin işe olan bağlılığını azaltan faktörlerdir.

Bir diğer önemli süreç teorisi ise, Arnold B. Bakker ve Evangelia Demerouti tarafından geliştirilen Tükenmişlik ve İşle İlgili Talepler-Kaynaklar (JD-R) Modelidir (Bakker ve Demerouti, 2007). Bu model, işin psikolojik talepleri ile bireyin bu taleplerle başa çıkabilmek için sahip olduğu kaynaklar arasındaki dengesizliğin tükenmişliği tetiklediğini öne sürer. Model, iş yerindeki yüksek taleplerin (örneğin, aşırı iş yükü, zaman baskısı) ve yetersiz kaynakların (örneğin, destek eksikliği, ödüllendirme yetersizliği) bireyde duygusal tükenmişlik oluşturma potansiyeline sahip olduğunu belirtir. Ayrıca, bu model işle ilgili kaynakların artırılmasının, duygusal tükenmişliği azaltabileceği ve iş tatminini artırabileceği görüşünü destekler.

Tükenmişlik süreç kuramları, özellikle insan kaynakları yönetimi ve organizasyonel psikoloji alanında, tükenmişliği anlamak ve önlemek için kritik öneme sahiptir. Bu kuramlar sayesinde, iş yerinde tükenmişliği azaltıcı müdahalelerin ve politikaların geliştirilmesine yönelik bilimsel bir temel sunulmuştur. Tükenmişlikle mücadelede proaktif yaklaşımlar geliştirilmesi, bu kuramların sağladığı anlayışlarla mümkün olmaktadır. Dolayısıyla, süreç teorileri, tükenmişliğin önlenmesi ve yönetilmesi konusunda önemli stratejilerin oluşturulmasında temel bir rol oynamaktadır (Leiter ve Maslach, 2004).

2.4.5. İş memnuniyetinin önemi ve unsurları

İş memnuniyeti, çalışanların işlerine karşı geliştirdikleri duygusal ve düşünsel tutumların bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tutumlar, subjektif bir biçimde, çalışanlar tarafından belirlenmekte ve dolayısıyla gözle görülmeyen, elle tutulamayan niteliklere sahip olmaktadır (Serbest, 2019). İş memnuniyetinin anlaşılabilmesi için, çalışanların davranışlarının dikkatlice gözlemlenmesi gerekmektedir. Bu gözlemler sonucunda, çalışanların işe yönelik davranışlarının niteliği, iş memnuniyetini belirleyen temel unsurlar olarak değerlendirilmektedir. Eğer çalışanlar iş memnuniyeti yüksek bir durumdaysa, işe yönelik

davranışları genellikle olumlu yönde olmakta, aksi takdirde iş performansı olumsuz etkilenmekte ve genel verimlilik düşmektedir (Seker, 2015).

İş memnuniyeti, iş performansı, örgütsel bağlılık gibi kritik iş sonuçlarını etkileyen temel bir mekanizma olarak kabul edilmektedir. Çalışanların işe yönelik duygusal ve düşünsel değerlendirmeleri, kendilerini ne kadar memnun hissettiklerini ve bu memnuniyetin iş yerinde oluşturduğu olumlu duygusal atmosferi belirlemektedir. Memnuniyet düzeyi düşük olan çalışanlar genellikle yeterli motive edici duygulara sahip olmadıkları için olumsuz davranışlar sergileyebilmektedir. Bu durum, işin kalitesini ve etkinliğini doğrudan etkileyen bir faktördür (Serbest, 2019).

İş memnuniyeti kavramı, bireysel ve örgütsel düzeydeki birçok faktörü içermekte ve bu faktörlerin çalışanlar üzerindeki etkisini belirlemektedir. İş memnuniyeti genellikle iki ana kategori altında incelenmektedir: içsel memnuniyet ve dışsal memnuniyet. İçsel memnuniyet, bireyin işle ilgili içsel faktörlerden duyduğu tatmin olup, kendini gerçekleştirme, başarı, takdir edilme gibi unsurları kapsamaktadır. Dışsal memnuniyet ise çalışanın işyeri koşulları, örgütsel kültür, yönetim politikaları, ücret ve ödüllendirme sistemleri gibi dışsal faktörlerle ilgilidir (Ünal, 2019).

İş memnuniyetinin tanımları ve bu tanımlardan yola çıkarak belirlenen üç ana özellik; bireysel duyguların ifadesi, ihtiyaç ve beklentilerin karşılanma derecesi ve işle ilgili tutumların kapsamı olarak sıralanabilir. Bu özellikler, iş memnuniyetinin bireyler üzerindeki etkilerini belirlemekte ve çalışanların işten kaçınma, işe devam etme niyeti ve işteki performans düzeyleri gibi önemli iş davranışlarını etkilemektedir (Ünal, 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, İstanbul ili sınırları içerisinde yer alan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Kamu hastaneleri Başkanlıkları evde sağlık birimlerinde görev yapan sağlık çalışanları personelinin katılımı ile yürütülmüştür.

3.2. Araştırma bölgesinin Tanıtımı

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri olarak Sağlık Bakanlığı'nın yayımladığı 10 Mart 2005 tarihli 25751 sayılı yönergenin yayınlanmasına istinaden kurulmuş ve hizmete başlamışlardır. İstanbul ilinde 6 Evde Sağlık Birimi merkezleri oluşturmaktadır. İstanbul il nüfusu 15.656.000 kişi oluşturmaktadır 06 Şubat TÜİK verilerine göre, toplamda 39 ilçe bulunmakta ESH birimi merkezleri nüfus dağılımına göre belirlenmiş olup 6 ilçede bulunmaktadır Anadolu yakası Tuzla, Üsküdar, Avrupa yakası Bahçelievler, Şişli, Fatih, Beylikdüzü her ESH birimi bulundukları lokasyonda çevre ilçelerinde temsil etmektedir.

İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı ESH birimleri Kamu hastaneleri Tuzla Devlet Hastanesi Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı (KHHB 1 Evde Sağlık Birimi), Üsküdar Devlet Hastanesi (KHHB 2) Bahçelievler Devlet Hastanesine (KHHB 3), İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesine (KHHB 4 Evde Sağlık Birimi), Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesine (KHHB 5), Beylikdüzü Devlet Hastanesine (KHHB6). İstanbul ESH Birimleri Başkanlığı nüfusun çokluğu ve ulaşımın sorun olduğu nedenlerden dolayı koordinasyon merkezli sağlık hizmeti sunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; Evde sağlık birimleri merkezinde İstanbul ilinde İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Kamu hastaneleri Başkanlıkları evde sağlık birimlerinde çalışan sağlık

personeli oluşturmaktadır. Sağlık personeli kapsamında doktorlar, hemşireler, fizyoterapistler, sağlık teknikerleri diyetisyen psikologlar sağlık hizmet sunumunda aktif olarak rol aldıkları için çalışmaya dâhil edilmiştir. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Her (KHHB) Evde sağlık birimleri merkezinde Hekim, Hemşire, Fiziyoterapist, Evde Bakım teknikeri, Diyetisyen, Psikolog şeklinde bulunmakta. Araştırma sürecinde 200 sağlık çalışanı personeli oluşturulduğu personel işleri biriminden öğrenilmiştir. (KHHB) Evde sağlık hizmetleri birimlerinde görevli sağlık çalışanlarının tümüne ulaşılmaya çalışılarak anket iletilmiştir, çalışmaya 177 kişi katılmıştır. Güvenlik hizmeti, şoför, sekreterlik hizmeti, teknik hizmet, idari ve mali hizmet veren destek personeller, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde arka planda rol aldıkları için araştırma kapsamında değerlendirilmemiştir.

3.5. Araştırmanın Etik İzni

Araştırmanın Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan 07.02.2023 (Araştırma Kod No:2023-276) tarihinde izin alınmıştır (EK-2).

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden 20.06.2023(2023/11 sayılı karar) tarihinde izin alınmıştır (EK-3).

3.6. Araştırmanın Uygulama Süresi

11 Aralık 2022 – 15 Şubat - 2023 tarihlerinde araştırma tasarlanmış, literatür taraması yapılmış ve araştırma için etik izin alınmıştır. 04.03-20.06.2023 tarihlerinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden (KHHB) izin alınmıştır, anket formu hazırlanmış ve Google Forms anketi oluşturulmuş, anketin uygulanabilirliği 10 kişilik bir grupta test edilmiş ve anket uygulama öncesi son haline getirilmiştir. Araştırma Verileri 20.07.2023-01.03.2024 tarihleri arasında toplanmıştır . Veri toplama işlemi tamamlanmış anket verileri SPSS veri tabanına aktarılmıştır. 15 Mart -8 Nisan 2024 tarihlerinde araştırma raporunun giriş, genel bilgiler, gereç ve yöntem bölümleri yazılmıştır. 2-14 Mayıs 2024 tarihleri arasında analizler tamamlanmıştır. 15 Mayıs – 7 Haziran 2024 tarihlerinde araştırma sonuçları ile tartışma bölümü yazılmış ve raporlama tamamlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Veri Kaynağı Uygulama şekli ve Toplama Araçları

Araştırmada veri kaynağı olarak “İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin İş Memnuniyetiyle İlişkisi anket formu kullanılmıştır (EK-1). Araştırma, araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Ankete başlanmadan önce çalışmaya katılımın gönüllülük esası olacağı, çalışmanın niteliği, çalışmanın gerekçesi ve çalışma için toplanan verilerin çalışma dışında paylaşılmayacağı açıklanarak katılımcılardan kişisel onam alınmıştır. Veriler, yüz yüze ve Google Forms üzerinden oluşturulan anket linki kullanılarak ESH’ri birimleri yöneticilerinin destekleriyle ve birimler ziyaret edilerek yüz yüze görüşme ile form doldurma takip edilerek elde edilmiştir. Bir anketin uygulama süresi ortalama 8-10 dakikadır. Anketi doldurmayanlara doldurmaları için birimler ziyaret edilerek 2 kez daha duyuru talebi ve yüz yüze uygulama yapılmıştır.

Veri toplama anket formu toplam 93 soru ve 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara ait temel tanımlayıcı özellikler, ikinci bölümde çalışma yaşamı ile ilgili özellikler üçüncü bölümde Maslach tükenmişlik ölçeği, dördüncü bölümde Beck depresyon ölçeği ve beşinci bölümde çalışan memnuniyeti ölçeği yer almaktadır.

3.7.1. Temel tanımlayıcı özellikler

Bu bölümde cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, meslekteki süre, evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, mesleği isteyerek seçme, meslekten memnuniyet.

3.7.2. Çalışma yaşamı ile ilgili özellikler

Evde sağlık hizmetlerinde çalışmaktan memnuniyet, Mesleği yakınlarına önerme, haftalık çalışma saati, yurtdışına gitmeyi tercih etme, kronik hastalık varlığı, sağlık durumu, evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ve yönetici pozisyonunda çalışıp çalışmamam gibi sorulara yer verilmiştir.

3.7.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması Ergin, C. (1992). Türkiye'deki ilk uyarlamalarından birini yapmıştır. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik, bu çalışma

Maslach Tükenmişlik ölçeğinin ve sağlık çalışanları üzerinde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirmiştir. H.Aslan, N.Aslan 2010 çalışmasında, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının farklı meslek gruplarında geçerliliğini ve güvenirliğini test etmiştir (Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 39, 24-32). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması İnce ve Şahin (2015) tarafından yapılmıştır. İnce ve Şahin (2015)'in çalışmasında, her bir alt boyut için ayrı ayrı hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı duygusal tükenme boyutu için 0.88, duyarsızlaşma boyutu için 0.78, kişisel başarı boyutu için 0.74 olarak bulunmuştur.

Maslach tükenmişlik ölçeği 22 madde içermektedir. Ölçek duygusal tükenme (9 madde), duyarsızlaşma (5 madde) ve kişisel başarı (8 madde) olmak üzere 3 boyuttan oluşmaktadır. Ölçek cevapları olarak “kesinlikle katılmıyorum” ile “kesinlikle katılıyorum” cevaplarını içeren 5’li likert ölçeği kullanılmıştır ve toplam puan hesaplanmaktadır.

Maslach vd (2010)’a göre Envanterin üç boyutundan alınabilecek puan aralıkları ve bu aralıkların karşılık geldiği düzeyler Çizelge 3.1’de yer almaktadır.

Çizelge 3.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği düzeyleri

	Düşük Düzey	Orta Düzey	Yüksek Düzey
Duygusal Tükenme	0-16	17-26	27 ve Üzeri
Duyarsızlaşma	0-8	9-13	14 ve Üzeri
Kişisel Başarı	37 ve Üzeri	31-36	0-30

3.7.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Envanteri depresyonun ölçümünde yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biridir. Beck Depresyon Envanteri'nin Hisli tarafından 1988’de Türkçe’ye çevrilmiş, Türk örnekleme üzerindeki geçerliliğini incelemiş ve ölçeğin depresyonu ölçmede güvenilir bir araç olduğunu ortaya koymuştur (Turkish Journal of Psychology, 6(22), 118-126). Beck Depresyon Envanteri'nin ikinci versiyonu (BDI-II) E.G.Kapci, R.Uslu, H.Turkcapar, A. Karaoglan 2008 yılında Türk yetişkin popülasyonundaki psikometrik özelliklerini değerlendirmiştir. Araştırma, ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir. Beck depresyon ölçeği 21 sorudan oluşmaktadır. Her soruya verilen cevaplar 0 ile 4 puan aralığında değişmektedir. Ölçekte toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-63 arasında değişmektedir.

Alınan puanlara göre depresyon düzeyi Çizelge 3.2’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.2. Depresyon düzeyleri

	Puan Aralığı
Minimal Depresyon	0-9
Hafif Depresyon	10-16
Orta Depresyon	17-29
Şiddetli Depresyon	30-63

3.7.5. Çalışan Memnuniyeti Ölçeği

ÇMÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve kamu ile özel sektör çalışanları arasında karşılaştırmalar gerçekleştirilmiştir. "Çalışan Memnuniyeti Ölçeğinin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi" - (Doktora Tezi): Bu tezde, ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği detaylı olarak ele alınmış ve istatistiksel analizlerle desteklenmiştir. "Sağlık Sektöründe Çalışan Memnuniyeti ve İş Tatmini: Özel Bir Hastane Örneği" - (Yüksek Lisans Tezi): Sağlık sektöründeki çalışanların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ve kullanılan ölçeklerin geçerlilik analizleri yapılmıştır. Çalışan memnuniyeti ölçeği toplam 34 sorudan oluşmaktadır ve toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçek bir bütün olarak kullanılabilir. Ölçek çalışma ortamından memnuniyet (11 madde), aidiyet (4 madde), yenilik, değişim ve kalite (7 madde), bireysel ve mesleki gelişim (6 madde), sosyal ve kültürel imkânlar (6 madde) olmak üzere 5 boyut içermektedir. Ölçek cevapları olarak “kesinlikle katılmıyorum” ile “kesinlikle katılıyorum” cevaplarını içeren 5’li likert ölçeği kullanılmıştır ve ortalama puan hesaplanmaktadır.

3.8. Veri Toplama Araçlarının Güvenirliliği ve Dağılım Özelliği

Katılımcıların araştırmada kullanılan Maslach tükenmişlik, Beck depresyon ile çalışan memnuniyeti ölçeklerine yönelik yapılmış olan güvenilirlik ve dağılım özellikleri Çizelge 3.3’de gösterilmiştir.

Çizelge 3.3. Güvenirlilik ve dağılım özellikleri

Ölçekler ve Alt Boyutları	Cronbach Alpha	Madde Sayısı	Çarpıklık	Basıklık
Maslach Tükenmişlik Ölçeği				
Duygusal Tükenme	0,829	9	0,251	-0,827
Duyarsızlaşma	0,779	5	0,609	-0,163
Kişisel Başarı	0,746	8	-0,491	0,101
Beck Depresyon Ölçeği	0,907	21	1,019	0,686
Çalışan Memnuniyet Ölçeği	0,965	34	-0,309	0,027

Güvenirlilik analizi için, genellikle Cronbach Alpha katsayısı kullanılmaktadır. Cronbach Alpha katsayısının en az 0,7 olması arzu edilmektedir (Karagöz; 2021). Karagöz (2021)'e göre, ölçeklere ait Cronbach Alpha katsayısı güvenilir düzeydedir.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini anlamının yollarından biri, çarpıklık ve basıklık değerlerine bakmaktır. Çarpıklık ve basıklık değerleri -1,5 ile +1,5 arasında yer alması, verilerin normal bir dağılıma sahip olduğunu göstermektedir (Tabachnick ve Fidell; 2013). Tabachnick ve Fidell (2013)'e göre, ölçeklere ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin normal dağılım sınırları içerisinde yer aldığı görülmektedir.

3.9. İstatistiksel Analiz Süreci

Araştırmada toplanan verilerin analiz edilebilmesi için, IBM SPSS 28 paket programı kullanılmıştır. Araştırma parametreleri hakkında tanımlayıcı istatistikler frekans analizi yapılarak verilmiştir. Kategorik parametreler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ise ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerden faydalanılmıştır.

Sayısal değişkenler normallik varsayımları, çarpıklık ve basıklık ile değerlendirilmiştir. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği dikkate alınarak, parametrik analiz tekniklerinden bağımsız örneklem T-testi ve Anova (tek yönlü varyans) analizi kullanılmıştır. Anova analizinin anlamlı çıkması durumunda, hangi gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğunu belirlemek amacıyla Post-Hoc testlerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışan memnuniyeti ile yapılmış olan korelasyon analizi sonucu anlamlı çıkan değişkenler çoklu regresyon analizine eklenmiştir. Bağımsız değişkenlerin (sağlık durumu, mesleği isteyerek tercih etme, mesleği yakınlarına önerme, yurtdışına çıkmayı düşünme, meslekten memnuniyet, evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet, evde sağlık

hizmetleri yöneticilerinden memnuniyet, duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı ve depresyon), bağımlı değişken (çalışan memnuniyeti) üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırma raporu oluşturulurken, anlamlılık düzeyi için %95 güven aralığı ($p < 0,05$) kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Kısıtlıkları

Soruların beyana dayalı olması, geçmişe yönelik sorularda hafıza faktörü, verilerin güvenilirliğini olumsuz etkilemiş olabilir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara Yönelik Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Sosyo-demografik özellikler

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik tanımlayıcı bilgiler Çizelge 4.1’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Sosyo-demografik özellikler

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	69	39,0
Kadın	108	61,0
Medeni Durum		
Evli	82	46,3
Bekâr	95	53,7
Kronik Hastalık		
Var	25	14,1
Yok	152	85,9
Algılanan Sağlık Durumu		
Çok Kötü	1	0,6
Kötü	6	3,4
Kararsızım	44	24,9
İyi	88	49,7
İyi Çok İyi	38	21,5
Yaş		
30 Yaş ve Altı	110	62,1
31-40 Yaş	42	23,7
41-50 Yaş	21	11,9
51 yaş ve Üzeri	4	2,3

Araştırmaya katılanların 69’u (%39) erkek, 108’i (%61) kadındır. Evli olan 82 (%46,3) katılımcı varken, 95’i (%53,7) bekindir. Katılımcıların 25’i (%14,1) kronik hastalığı olduğunu ve %4’ü algılanan sağlık durumunun kötü ve çok kötü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaşları 20 ile 59 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 30,87’dir. Katılımcıların 110’u (%62,1) 30 yaş altındadır.

4.1.2. Mesleki Özellikler

Katılımcıların mesleki özelliklerine yönelik tanımlayıcı bilgiler Çizelge 4.2 ve Çizelge 4.3'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.2. Mesleki özelliklere yönelik tanımlayıcı analizler

	n	%
Meslek		
Hekim	40	22,6
Hemşire	58	32,8
Fizyoterapist	8	4,4
Diyetisyen ve Psikolog	2	1,2
Sağlık Teknikeri	69	39,0
Yönetici Pozisyonu		
Evet	12	6,8
Hayır	165	93,2
Mesleği İsteyerek Tercih Etme		
Hiç İstemedim	3	1,7
İstemedim	19	10,7
Kararsızım	22	12,4
İsteyerek	109	61,6
Çok İsteyerek	24	13,6
Mesleği Yakınlarına Önerme		
Kesinlikle Önermem	15	8,5
Önermem	37	20,9
Kararsızım	35	19,8
Öneririm	77	43,5
Kesinlikle Öneririm	13	7,3
Yurtdışında Çalışmayı Düşünme		
Kesinlikle Düşünürüm	52	29,4
Düşünürüm	36	20,3
Kararsızım	33	18,6
Düşünmem	31	17,5
Kesinlikle Düşünmem	25	14,1
Meslekten Memnuniyet		
Kesinlikle Değilim	8	4,5
Değilim	21	11,9
Kararsızım	32	18,1
Memnunum	96	54,2
Kesinlikle Memnunum	20	11,3
Evde Sağlık Hizmetlerinde Çalışmaktan Memnuniyet		
Kesinlikle Değilim	5	2,8
Değilim	8	4,5
Kararsızım	20	11,3
Memnunum	102	57,6
Kesinlikle Memnunum	42	23,7
Evde Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinden Memnuniyet		
Kesinlikle Değilim	9	5,1
Değilim	22	12,4
Kararsızım	22	12,4
Memnunum	88	49,7
Kesinlikle Memnunum	36	20,3

Katılımcıların 40'ı (%22,6) hekim, 58'i (%32,8) hemşire, 69'u (%39) sağlık teknikeri, 8'i (%4,4) fizyoterapist, 1'i (%0,6) diyetisyen ve 1'i (%0,6) psikolog olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların 12'sinin (%6,8) yönetici görevi bulunmaktadır.

Katılımcıların 24'ü (%13,6) mesleği çok isteyerek tercih ettiğini, 13'ü (%7,3) mesleği yakınlarına kesinlikle önereceğini, 25'i yurtdışında çalışmayı kesinlikle düşünmediğini, 20'si (%11,3) meslekten kesinlikle memnun olduğunu, 42'si (%23,7) evde sağlık hizmetlerinden kesinlikle memnun olduğunu ve 36'sı (%20,3) evde sağlık hizmetlerin yöneticilerinden kesinlikle memnun olduğunu belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Mesleki özellikler ortalamaları

	X	Ss.	Min	Maks
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	39,05	9,37	4	56
Meslekteki Süre (Yıl)	7,10	7,52	1	35
Evde Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresi (Yıl)	2,79	2,35	1	12

Katılımcıların haftalık çalışma süresi ortalaması 39,05 saat, meslekteki ortalama süreleri 7,10 yıl ve evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi ortalamaları 2,79 yıldır.

4.1.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine yönelik bulgular

Katılımcıların Maslach tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından oldukları puan ortalamaları Çizelge 4.4'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.4. Maslach Tükenmişlik Ölçeğine yönelik tanımlayıcı bulgular

Ölçek Alt Boyutları	X	Ss.	Min	Maks
Duygusal Tükenme	23,80	8,94	9	45
Duyarsızlaşma	10,94	4,38	5	25
Kişisel Başarı	26,06	6,79	8	40

Katılımcıların 23,80 duygusal tükenme ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Duygusal tükenme boyutundan alınabilecek puan aralığı 9 ile 45 arasında değişmektedir.

Katılımcıların 10,94 duyarsızlaşma ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Duyarsızlaşma boyutundan alınabilecek puan aralığı 5 ile 25 arasında değişmektedir.

Katılımcıların 26,06 kişisel başarı ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Kişisel başarı boyutundan alınabilecek puan aralığı 8 ile 40 arasında değişmektedir.

Katılımcıların araştırmada kullanılan Maslach tükenmişlik ölçeğinden almış oldukları puanların, katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile karşılaştırılmasına yönelik analizler bu başlık altında ele alınmıştır. Gruplararası homojenizasyonun sağlanabilmesi ve analiz gücünün artırılması amacıyla, fizyoterapist (8 katılımcı) ile diyetisyen ve psikolog (2 katılımcı) grupları, “diğerleri” ismi altında birleştirilmiş ve analizlere devam edilmiştir.

4.1.4. Tükenmişlik ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırması

Katılımcıların duygusal tükenme boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.5’te gösterilmiştir.

Çizelge 4.5. Sosyo-demografik özelliklere göre duygusal tükenme

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	21,86	8,92	t=-2,327	0,021*
Kadın	25,04	8,77		
Medeni Durum				
Evli	20,90	8,20	t=-2,327	0,001*
Bekâr	26,31	8,84		
Kronik Hastalık				
Var	26,00	10,33	t=1,329	0,186
Yok	23,44	8,67		

*p<0,05

Kadınların (X=25,04) duygusal tükenme düzeyleri, erkeklere (X=21,86) göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Bekârların (X=26,31) duygusal tükenme düzeyleri, evlilere (X=20,90) göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Kronik hastalığı olanların (X=26,00) duygusal tükenme düzeyleri, kronik hastalığı olmayanlara (X=23,44) göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Katılımcıların duyarsızlaşma boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.6’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. Sosyo-demografik özelliklere göre duyarsızlaşma

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	10,38	4,25	t=-1,380	0,169
Kadın	11,31	4,43		
Medeni Durum				
Evli	9,99	4,08	t=-2,749	0,007*
Bekâr	11,77	4,48		
Kronik Hastalık				
Var	11,16	4,27	t=0,266	0,790
Yok	10,91	4,41		

*p<0,05

Kadınların (X=11,31) duyarsızlaşma düzeyleri, erkeklere (X=10,38) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Bekârların (X=11,77) duyarsızlaşma düzeyleri, evlilere (X=9,99) göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Kronik hastalığı olanların (X=11,16) duyarsızlaşma düzeyleri, kronik hastalığı olmayanlara (X=10,91) göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Katılımcıların kişisel başarı boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.7’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.7. Sosyo-demografik özelliklere göre kişisel başarı

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	24,96	7,35	t=-1,732	0,085
Kadın	26,76	6,34		
Medeni Durum				
Evli	24,74	6,69	t=-2,422	0,016*
Bekâr	27,19	6,71		
Kronik Hastalık				
Var	23,32	7,77	t=-2,198	0,029*
Yok	26,51	6,53		

*p<0,05

Kadınların ($X=26,76$) kişisel başarı düzeyleri, erkeklere ($X=24,96$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Bekârların ($X=27,19$) kişisel başarı düzeyleri, evlilere ($X=24,74$) göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayanların ($X=26,51$) kişisel başarı düzeyleri, kronik hastalığı olmayanlara ($X=23,32$) göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının, yaş ve sağlık durumu ile ilişkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.8’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.8. Yaş ve algılanan sağlık durumu ile tükenmişlik ilişkisi

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	r	r	r
Yaş	-0,120	-0,175*	-0,23
Algılanan Sağlık Durumu	-0,378**	-0,341**	0,144

* $p<0,05$

Duygusal tükenme ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Duygusal tükenme ile algılanan sağlık durumu arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,378$; $p<0,05$).

Duyarsızlaşma ile yaş arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r=-0,175$; $p<0,05$). Duyarsızlaşma ile algılanan sağlık durumu arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,341$; $p<0,05$).

Kişisel başarı ile yaş ve sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

4.1.5. Tükenmişlik ile mesleki özelliklerin karşılaştırması

Katılımcıların duygusal tükenme boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.9’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.9. Mesleki özelliklere göre duygusal tükenme

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	25,35	8,89	F=4,478	0,005*
Hemşire	26,31	9,19		
Diğerleri	20,30	9,64		
Sağlık Teknikeri	21,30	7,96		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	23,14	10,59	t=-0,359	0,720
Hayır	23,89	8,73		

*p<0,05

Katılımcıların duygusal tükenme düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bonferroni testine göre; hemşirelerin ($X=26,31$), sağlık teknikerlerine ($X=21,30$) göre daha yüksektir ($p<0,05$). Yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcıların ($X=23,89$) duygusal tükenme düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışan katılımcılara ($X=23,14$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların duyarsızlaşma boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.10 da gösterilmiştir.

Çizelge 4.10. Mesleki özelliklere göre duyarsızlaşma

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	11,98	4,53	F=2,035	0,111
Hemşire	11,41	4,54		
Diğerleri	10,00	3,62		
Sağlık Teknikeri	10,01	4,13		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	11,05	4,58	t=0,116	0,908
Hayır	10,93	4,36		

*p<0,05

Katılımcıların duyarsızlaşma düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Yönetici pozisyonunda çalışan katılımcıların ($X=11,05$) duyarsızlaşma düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcılara ($X=10,93$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların kişisel başarı boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.11’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.11. Mesleki özelliklere göre kişisel başarı

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	24,98	6,03	F=2,423	0,068
Hemşire	27,96	6,06		
Diğerleri	24,20	8,51		
Sağlık Teknikeri	25,34	7,29		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	25,95	8,89	t=-0,075	0,941
Hayır	26,07	6,49		

*p<0,05

Katılımcıların kişisel başarı düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcıların ($X=26,07$) kişisel başarı düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışan katılımcılara ($X=25,95$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının, sayısal mesleki özellikler ile ilişkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.12.’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.12. Mesleki özellikler ile tükenmişlik ilişkisi

	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
	r	r	r
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	-0,065	-0,058	-0,089
Meslekteki Süre (Yıl)	-0,024	-0,139	0,010
Evde Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresi (Yıl)	-0,186*	-0,169*	-0,004
Mesleği İsteyerek Tercih Etme	-0,211**	-0,140	0,031
Mesleği Yakınlarına Önerme	-0,547**	-0,394**	0,136
Yurtdışında Çalışmayı Düşünme	0,365**	0,257**	0,117
Meslekten Memnuniyet	-0,524**	-0,383**	0,100
Evde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet	-0,420**	-0,317**	0,098
Evde Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinden Memnuniyet	-0,359**	-0,331**	0,089

*p<0,05

Duygusal tükenme ile haftalık çalışma süresi ve meslekteki süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Duygusal tükenme ile evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi ($r=-0,186$), mesleği isteyerek tercih etme ($r=-0,211$), mesleği yakınlarına önerme ($r=-0,547$), meslekten memnuniyet ($r=-0,524$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=-0,420$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ($r=-0,359$) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, yurtdışına çıkmayı düşünme ($r=0,365$) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Duyarsızlaşma ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre ve mesleği isteyerek tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Duyarsızlaşma ile evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi ($r=-0,169$), mesleği yakınlarına önerme ($r=-0,394$), meslekten memnuniyet ($r=-0,383$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=-0,317$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ($r=0,331$) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, yurtdışına çıkmayı düşünme ($r=0,257$) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Kişisel başarı ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre, evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, mesleği isteyerek tercih etme, mesleği yakınlarına önerme, yurtdışına çıkmayı düşünme, meslekten memnuniyet, evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

4.2. Beck Depresyon Ölçeğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların Beck depresyon ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları Çizelge 4.13.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.13. Beck Depresyon Ölçeğine yönelik tanımlayıcı bulgular

Ölçek	X	Ss.	Min	Maks
Beck Depresyon Ölçeği	11,64	9,50	0	63

Katılımcıların 11,64 Beck depresyon ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Beck depresyon ölçeğinde alınabilecek puan aralığı 0 ile 63 arasında değişmektedir. Ölçekten 0-9 arasında puan alınması durumunda minimal depresyon, 10-16 arasında puan alınması durumunda hafif depresyon, 17-29 arasında puan alınması durumunda orta depresyon ve 30-

63 arasında puan alınması durumunda şiddetli depresyondan bahsedilmektedir. Katılımcıların 89'u (%50,3) minimal depresyon, 42'si (%23,7) hafif depresyon, 33'ü (%18,6) orta depresyon ve 13'ü (%7,3) şiddetli depresyondadır.

Katılımcıların araştırmada kullanılan Beck depresyon ölçeğinden almış oldukları puanların, katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile karşılaştırılmasına yönelik analizler bu başlık altında ele alınmıştır.

4.2.1. Depresyon ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırması

Katılımcıların beck depresyon ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.14.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.14. Sosyo-demografik özelliklere göre depresyon

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	10,72	9,25	t=-1,029	0,305
Kadın	12,23	9,65		
Medeni Durum				
Evli	9,43	8,41	t=-2,946	0,004*
Bekâr	13,56	10,01		
Kronik Hastalık				
Var	15,96	11,41	t=2,486	0,014*
Yok	10,93	8,99		

*p<0,05

Kadınların (X=12,23) depresyon düzeyleri, erkeklere (X=10,72) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Bekârların (X=13,56) depresyon düzeyleri, evlilere (X=9,43) göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Kronik hastalığı olanların (X=25,96) depresyon düzeyleri, kronik hastalığı olmayanlara (X=10,93) göre yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Katılımcıların Beck depresyon ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarının, yaş ve sağlık durumu ile ilişkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.15.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.15. Sosyo-demografik özellikler ile depresyon ilişkisi

	Depresyon
	r
Yaş	-0,036
Sağlık Durumu	-0,522**

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

Depresyon ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Depresyon ile sağlık durumu arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,522$; $p<0,05$).

4.2.2. Depresyon ile mesleki özelliklerin karşılaştırması

Katılımcıların beck depresyon ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.16.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.16. Mesleki özelliklere göre depresyon

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	12,60	8,98	F=3,460	0,018*
Hemşire	14,27	10,65		
Diğerleri	9,20	7,39		
Sağlık Teknikeri	9,23	8,04		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	10,57	9,28	t=-0,550	0,583
Hayır	11,79	9,54		

*p<0,05

Katılımcıların depresyon düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bonferroni testine göre; hemşirelerin ($X=14,27$), sağlık teknikerlerine ($X=9,23$) göre daha yüksektir ($p<0,05$). Yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcıların ($X=11,79$) depresyon düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışan katılımcılara ($X=10,57$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların tükenmişlik ölçeği alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının, sayısal mesleki özellikler ile ilişkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.17.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.17. Mesleki özellikler ile depresyon ilişkisi

	Depresyon
	r
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	-0,094
Meslekteki Süre (Yıl)	0,054
Evde Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresi (Yıl)	-0,127
Mesleği İsteyerek Tercih Etme	-0,244**
Mesleği Yakınlarına Önerme	-0,490**
Yurtdışında Çalışmayı Düşünme	0,305**
Meslekten Memnuniyet	-0,425**
Evde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet	-0,380**
Evde Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinden Memnuniyet	-0,324**

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

Depresyon ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre ve evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Depresyon ile mesleği isteyerek tercih etme ($r=-0,244$), mesleği yakınlarına önerme ($r=-0,490$), meslekten memnuniyet ($r=-0,425$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=-0,380$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ($r=-0,324$) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, yurtdışına çıkmayı düşünme ($r=0,305$) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

4.3. Çalışan Memnuniyet Ölçeğine Yönelik Bulgular

Katılımcıların araştırmada kullanılan çalışan memnuniyeti ölçeğinden ve alt boyutlarından oldukları puan ortalamaları Çizelge 4.18’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.18. Çalışan Memnuniyeti Ölçeğine yönelik tanımlayıcı bulgular

Ölçek ve Alt Boyutları	X	Ss.	Min	Maks
Çalışan Memnuniyet Ölçeği	3,12	0,83	1	5
Çalışma Ortamından Memnuniyet	3,21	0,98	1	5
Aidiyetten Memnuniyet	2,65	0,69	1	5
Yenilik, Değişim ve Kalite Memnuniyet	3,30	1,01	1	5
Bireysel ve Mesleki Gelişim Memnuniyet	3,24	0,98	1	5
Sosyal ve Kültürel İmkanlardan Memnuniyet	2,39	1,01	1	5

Katılımcıların 3,21 genel çalışan memnuniyet ortalamasına, 3,21 çalışma ortamından memnuniyet ortalamasına, 2,65 aidiyet memnuniyeti ortalamasına, 3,30 yenilik, değişim ve

kalite memnuniyeti ortalamasına, 3,24 bireysel mesleki gelişim memnuniyeti ortalamasına ve 2,39 sosyal kültürel imkânlardan memnuniyet ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışan memnuniyeti ve alt boyutlarından alınabilecek puan aralığı 0 ile 5 arasında değişmektedir. Sonuçlar incelendiğinde en yüksek memnuniyetin bireysel mesleki gelişim boyutundan olduğu, en düşük memnuniyetin ise sosyal kültürel imkânlar boyutundan olduğu görülmektedir.

Katılımcıların araştırmada kullanılan çalışan memnuniyeti ölçeğinden almış oldukları puanların, katılımcıların sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile karşılaştırılmasına yönelik analizler bu başlık altında ele alınmıştır.

4.3.1. Çalışan memnuniyet ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırması

Katılımcıların çalışan memnuniyeti ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.19’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.19. Sosyo-demografik özelliklere göre çalışan memnuniyeti puanı

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	3,13	0,87	t=0,220	0,826
Kadın	3,10	0,80		
Medeni Durum				
Evli	3,17	0,76	t=0,868	0,387
Bekâr	3,07	0,87		
Kronik Hastalık				
Var	3,03	0,96	t=-0,547	0,585
Yok	3,13	0,80		

*p<0,05

Erkeklerin (X=3,13) çalışan memnuniyeti düzeyleri, kadınlara (X=3,10) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Evlilerin (X=3,17) çalışan memnuniyeti düzeyleri, bekârlara (X=3,07) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Kronik hastalığı olmayanların (X=3,13) çalışan memnuniyeti düzeyleri, kronik hastalığı olanlara (X=3,03) göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Katılımcıların çalışan ortamından memnuniyet alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.20’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.20. Sosyo-demografik özelliklere göre çalışan ortamından memnuniyeti puanı

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	3,24	1,04	t=0,377	0,706
Kadın	3,18	0,93		
Medeni Durum				
Evli	3,24	0,93	t=0,351	0,726
Bekâr	3,18	1,02		
Kronik Hastalık				
Var	3,07	1,13	t=-,786	0,433
Yok	3,24	0,95		

*p<0,05

Erkeklerin (X=3,24) çalışma ortamından memnuniyet düzeyleri, kadınlara (X=3,18) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Evlilerin (X=3,24) çalışma ortamından memnuniyet düzeyleri, bekârlara (X=3,18) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Kronik hastalığı olmayanların (X=3,24) çalışma ortamından memnuniyet düzeyleri, kronik hastalığı olanlara (X=3,07) göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Katılımcıların aidiyet alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.21’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.21. Sosyo-demografik özelliklere göre aidiyet puanı

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	2,59	0,74	t=-0,924	0,357
Kadın	2,69	0,64		
Medeni Durum				
Evli	2,50	0,64	t=-2,763	0,006*
Bekâr	2,78	0,69		
Kronik Hastalık				
Var	2,48	0,71	t=-1,368	0,173
Yok	2,68	0,68		

*p<0,05

Erkeklerin ($X=2,59$) aidiyet düzeyleri, kadınlara ($X=2,69$) göre daha düşüktür ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Evlilerin ($X=2,50$) aidiyet düzeyleri, bekârlara ($X=1,78$) göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayanların ($X=2,68$) aidiyet düzeyleri, kronik hastalığı olanlara ($X=2,48$) göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların yenilik, değişim, kalite alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.22’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.22. Sosyo-demografik özelliklere göre yenilik, değişim, kalite puanı

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	3,31	0,74	$t=-0,017$	0,986
Kadın	3,30	0,64		
Medeni Durum				
Evli	3,33	0,95	$t=0,422$	0,674
Bekâr	3,27	1,05		
Kronik Hastalık				
Var	3,21	1,17	$t=-0,454$	0,651
Yok	3,32	0,98		

* $p<0,05$

Erkeklerin ($X=3,31$) yenilik, değişim, kalite düzeyleri, kadınlara ($X=3,30$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Evlilerin ($X=3,33$) yenilik, değişim, kalite, bekârlara ($X=3,27$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Kronik hastalığı olmayanların ($X=3,32$) yenilik, değişim, kalite düzeyleri, kronik hastalığı olanlara ($X=3,21$) göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların bireysel mesleki gelişim alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.23.’te gösterilmiştir.

Çizelge 4.23. Sosyo-demografik özelliklere göre bireysel mesleki gelişim puanı

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	3,14	1,02	t=-0,952	0,343
Kadın	3,29	0,95		
Medeni Durum				
Evli	3,28	0,94	t=0,591	0,555
Bekâr	3,19	1,02		
Kronik Hastalık				
Var	3,23	1,12	t=-0,011	0,991
Yok	3,24	0,96		

*p<0,05

Erkeklerin (X=3,14) bireysel mesleki gelişim düzeyleri, kadınlara (X=3,29) göre daha düşüktür ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Evlilerin (X=3,28) bireysel mesleki gelişim, bekârlara (X=3,19) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Kronik hastalığı olmayanların (X=3,24) bireysel mesleki gelişim düzeyleri, kronik hastalığı olanlara (X=3,23) göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Katılımcıların sosyal kültürel imkânlar alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.24'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.24. Sosyo-demografik özelliklere göre sosyal kültürel imkânlar puanı

	X	Ss.	Test	p
Cinsiyet				
Erkek	2,51	0,88	t=1,316	0,190
Kadın	2,30	1,08		
Medeni Durum				
Evli	2,58	0,95	t=2,455	0,015*
Bekâr	2,21	1,03		
Kronik Hastalık				
Var	2,34	1,09	t=-0,250	0,803
Yok	2,39	1,01		

*p<0,05

Erkeklerin (X=2,51) sosyal kültürel imkânlar düzeyi, kadınlara (X=2,30) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Evlilerin (X=2,58) sosyal kültürel imkânları, bekârlara (X=2,21) göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak

anlamlıdır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayanların ($X=2,39$) sosyal kültürel imkânlar düzeyi, kronik hastalığı olanlara ($X=2,34$) göre yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların çalışan memnuniyeti ölçeği ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının, yaş ve sağlık durumu ile ilişkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.25.'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.25. Sosyo-demografik özellikler ile çalışan memnuniyeti ve alt boyutları ilişkisi

	ÇM	ÇOM	A	YDK	BMG	SKİ
	r	r	r	r	r	r
Yaş	0,094	0,047	-0,084	0,114	0,174*	-0,040
Sağlık Durumu	0,341*	0,322*	-0,049	0,236*	0,274*	0,307*

* $p<0,05$; ÇM: Çalışan Memnuniyeti; ÇOM: Çalışma Ortamından Memnuniyet; A: Aidiyet; YDK: Yenilik, Değişim, Kalite; BMG: Bireysel Mesleki Gelişim; SKİ: Sosyal Kültürel İmkanlar

Çalışan memnuniyeti ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Çalışan memnuniyeti ile sağlık durumu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,341$; $p<0,05$).

Çalışma ortamından memnuniyet ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Çalışma ortamından memnuniyet ile sağlık durumu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,322$; $p<0,05$).

Aidiyet ile yaş ve sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Yenilik, değişim, kalite ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Yenilik, değişim, kalite ile sağlık durumu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,236$; $p<0,05$).

Bireysel mesleki gelişim ile yaş arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,174$; $p<0,05$). Bireysel mesleki gelişim ile sağlık durumu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,274$; $p<0,05$).

Sosyal kültürel imkânlar ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Sosyal kültürel imkânlar ile sağlık durumu arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,307$; $p<0,05$).

4.3.2. Çalışan memnuniyet ile mesleki özelliklerin karşılaştırması

Katılımcıların çalışan memnuniyeti ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık/ilişki gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.26’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.26. Mesleki özelliklere göre çalışan memnuniyeti puanı

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	2,99	0,64	F=3,436	0,018*
Hemşire	2,91	0,81		
Diğerleri	3,27	1,10		
Sağlık Teknikeri	3,33	0,85		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	3,28	0,73	t=0,961	0,338
Hayır	3,09	0,83		

* $p<0,05$

Çalışan memnuniyeti düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bonferroni testine göre; sağlık teknikerlerinin ($X=3,33$), hemşirelere ($X=2,91$) göre daha yüksektir. Yönetici pozisyonunda çalışan katılımcıların ($X=3,28$) çalışan memnuniyeti düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcılara ($X=3,09$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların çalışma ortamından memnuniyet alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık/ilişki gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.27’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.27. Mesleki özelliklere göre çalışma ortamından memnuniyet puanı

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	3,12	0,82	F=3,335	0,020*
Hemşire	2,95	1,01		
Diğerleri	3,20	1,22		
Sağlık Teknikeri	3,48	0,94		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	3,33	0,78	t=0,585	0,559
Hayır	3,20	1,01		

*p<0,05

Katılımcıların çalışma ortamından memnuniyet düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bonferroni testine göre; sağlık teknikerlerinin ($X=3,48$), hemşirelere ($X=2,95$) göre daha yüksektir ($p<0,05$)... Yönetici pozisyonunda çalışan katılımcıların ($X=3,23$) çalışma ortamından memnuniyet düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcılara ($X=3,20$) göre daha düşüktür ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların aidiyet alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık/ilişki gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.28’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.28. Mesleki özelliklere göre aidiyet puanı

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	2,69	0,64	F=0,880	0,453
Hemşire	2,73	0,68		
Diğerleri	2,75	0,60		
Sağlık Teknikeri	2,55	0,72		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	2,79	0,84	t=1,020	0,309
Hayır	2,63	0,66		

*p<0,05

Katılımcıların aidiyet düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Yönetici pozisyonunda çalışan katılımcıların ($X=2,79$) aidiyet düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcılara ($X=2,63$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların yenilik, değişim, kalite alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık/ilişki gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.29’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.29. Mesleki özelliklere göre yenilik, değişim, kalite puanı

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	3,14	0,82	F=1,561	0,201
Hemşire	3,16	1,01		
Diğerleri	3,57	1,29		
Sağlık Teknikeri	3,46	1,03		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	3,65	0,95	t=1,715	0,088
Hayır	3,25	1,01		

*p<0,05

Katılımcıların yenilik, değişim, kalite düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Yönetici pozisyonunda çalışan katılımcıların ($X=3,65$) yenilik, değişim, kalite düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcılara ($X=3,25$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların bireysel mesleki gelişim alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık/ilişki gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.30’da gösterilmiştir.

Çizelge 4.30. Mesleki özelliklere göre bireysel mesleki gelişim

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	3,17	0,91	F=0,604	0,613
Hemşire	3,15	1,02		
Diğerleri	3,15	1,19		
Sağlık Teknikeri	3,35	0,96		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	3,42	1,04	t=0,919	0,360
Hayır	3,21	0,97		

*p<0,05

Katılımcıların bireysel mesleki gelişim düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p<0,05$). Yönetici pozisyonunda çalışan katılımcıların ($X=3,42$) bireysel mesleki gelişim düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcılara ($X=3,21$) göre daha yüksektir ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların sosyal kültürel imkânlar alt boyutundan almış oldukları puan ortalamalarının, mesleki özelliklere göre farklılık/ilişki gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.31’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.31. Mesleki özelliklere göre sosyal kültürel imkânlar puanı

	X	Ss.	Test	p
Meslek				
Hekim	2,21	0,78	F=6,288	0,001*
Hemşire	2,04	0,98		
Diğerleri	2,97	1,09		
Sağlık Teknikeri	2,69	1,03		
Yönetici Pozisyonu				
Evet	2,29	1,07	t=-0,487	0,627
Hayır	2,40	1,01		

*p<0,05

Katılımcıların sosyal kültürel imkânlar düzeyleri, mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bonferroni testine göre; sağlık teknikerleri ($X=2,69$) ve diğerleri ($X=2,97$), hemşirelere ($X=2,04$) göre daha yüksektir ($p<0,05$). Yönetici pozisyonunda çalışan katılımcıların ($X=2,29$) sosyal kültürel imkânlar düzeyleri, yönetici pozisyonunda çalışmayan katılımcılara ($X=2,40$) göre daha düşüktür ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Katılımcıların tükenmişlik ölçeği ve alt boyutlarından almış oldukları puan ortalamalarının, sayısal mesleki özellikler ile ilişkisi olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.32’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.32. Mesleki özellikler ile çalışan memnuniyeti ve alt boyutları ilişkisi

	ÇM	ÇOM	A	YDK	BMG	SKİ
	r	r	r	r	r	r
Haftalık Çalışma Süresi (Saat)	-0,104	-0,093	0,054	-0,070	-0,059	-0,087
Meslekteki Süre (Yıl)	0,050	0,016	-0,017	0,088	0,118	-0,075
Evde Sağlık Hizmetlerinde Ç.S.	0,080	0,025	-0,076	0,110	0,098	0,064
Mesleği İsteyerek Tercih Etme	0,199*	0,208**	--0,115	0,144	0,176**	0,124
Mesleği Yakınlarına Önerme	0,443*	0,411*	-0,208*	0,322*	0,327*	0,361*
Yurtdışında Çalışmayı Düşünme	-0,171**	- 0,156**	0,166**	-0,120	-0,185**	-0,126
Meslekten M.	0,400*	0,352*	-0,177**	0,306*	0,308*	0,343
Evde Sağlık Hizmetlerinden M.	0,479*	0,487*	-0,083	0,369*	0,400*	0,289*
Evde Sağlık Hizmetleri Yönetici M.	0,621*	0,652*	-0,197*	0,510*	0,527*	0,285*

*p<0,01; **p<0,05; ÇM: Çalışan Memnuniyeti; ÇOM: Çalışma Ortamından Memnuniyet; A: Aidiyet; YDK: Yenilik, Değişim, Kalite; BMG: Bireysel Mesleki Gelişim; SKİ: Sosyal Kültürel İmkanlar; M.Memnuniyet; Ç.S:Çalışma Süresi

Çalışan memnuniyeti ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre ve evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Çalışan memnuniyeti ile mesleği isteyerek tercih etme ($r=0,199$), mesleği yakınlarına önerme ($r=0,443$), meslekten memnuniyet ($r=0,400$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=0,479$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ($r=0,621$) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, yurtdışına çıkmayı düşünme ($r=-0,171$) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Çalışma ortamından memnuniyet ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre ve evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Çalışma ortamından memnuniyet ile mesleği isteyerek tercih etme ($r=0,208$), mesleği yakınlarına önerme ($r=0,411$), meslekten memnuniyet ($r=0,352$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=0,487$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ($r=0,652$) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, yurtdışına çıkmayı düşünme ($r=-0,156$) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Aidiyet ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre, evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, mesleği isteyerek tercih etme ve evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Aidiyet ile mesleği yakınlarına önerme ($r=-0,166$), meslekten memnuniyet ($r=-0,177$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden

memnuniyet ($r=-0,197$) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, yurtdışına çıkmayı düşünme ($r=0,166$) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Yenilik, değişim, kalite ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre, evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, mesleği isteyerek tercih etme ve yurtdışına çıkmayı düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Yenilik, değişim, kalite ile mesleği yakınlarına önerme ($r=0,322$), meslekten memnuniyet ($r=0,306$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=0,369$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ($r=0,510$) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Bireysel mesleki gelişim ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre ve evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Bireysel mesleki gelişim ile mesleği isteyerek tercih etme ($r=0,176$), mesleği yakınlarına önerme ($r=0,327$), meslekten memnuniyet ($r=0,308$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=0,400$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ($r=0,527$) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken, yurtdışına çıkmayı düşünme ($r=-0,185$) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

Sosyal, kültürel imkânlar ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre, evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, mesleği isteyerek tercih etme, yurtdışına çıkmayı düşünme ve meslekten memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Sosyal, kültürel imkânlar ile mesleği yakınlarına önerme ($r=0,361$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=0,289$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ($r=0,2857$) arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$).

4.4. Tükenmişlik ve Depresyon ile Çalışan Memnuniyeti İlişkisi

Korelasyon iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi ifade eder. Korelasyon analizi sonucunda hesaplanan korelasyon katsayısı, -1 ile +1 arasında değer alır. Korelasyon katsayısı 1'e yaklaştıkça, iki değişken arasındaki ilişkinin gücü artmaktadır. Genel olarak; korelasyon katsayısı $0,1 \leq r \leq 0,3$ aralığında ise zayıf ilişki, $0,3 \leq r \leq 0,5$ aralığında ise orta ilişki,

0,5≤r≤0,8 aralığında ise güçlü ilişki ve 0,8≤r ve üzeri ise çok güçlü ilişkiden bahsedilebilir (Karagöz; 2021).

Katılımcıların tükenmişlik, depresyon düzeyleri ile çalışan memnuniyeti düzeyleri arasında ilişki olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılmış olan analiz sonuçları Çizelge 4.33'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.33. Tükenmişlik ve depresyon ile çalışan memnuniyeti ilişkisi

	ÇM	ÇOM	A	YDK	BMG	SKİ
	r	r	r	r	r	r
Maslach Tükenmişlik Ölçeği						
Duygusal Tükenme	-0,484*	-0,406*	0,591*	-0,354*	-0,393*	-0,464
Duyarsızlaşma	-0,414*	-0,323*	0,556*	-0,373*	-0,346*	-0,332*
Kişisel Başarı	0,170**	0,183**	0,281*	0,245*	0,157**	-0,175*
Beck Depresyon Ölçeği	-0,498*	-0,427*	0,224*	-0,373*	-0,389*	-0,472*

* p<0,05; ÇM: Çalışan Memnuniyeti; ÇOM: Çalışma Ortamından Memnuniyet; A: Aidiyet; YDK: Yenilik, Değişim, Kalite; BMG: Bireysel Mesleki Gelişim; SKİ: Sosyal Kültürel İmkanlar

Duygusal tükenme ile çalışan memnuniyeti (r=-0,484), çalışma ortamından memnuniyet (r=-0,406), yenilik, değişim, kalite (r=-0,354), bireysel mesleki gelişim (r=-0,393) ve sosyal kültürel imkânlar (r=-0,464) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,05). Duygusal tükenme ile aidiyet arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,591; p<0,05).

Duyarsızlaşma ile çalışan memnuniyeti (r=-0,414), çalışma ortamından memnuniyet (r=-0,323), yenilik, değişim, kalite (r=-0,373), bireysel mesleki gelişim (r=-0,346) ve sosyal kültürel imkânlar (r=-0,332) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,05). Duygusal tükenme ile aidiyet arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=0,556; p<0,05).

Kişisel başarı ile çalışan memnuniyeti (r=0,498), çalışma ortamından memnuniyet (r=0,183), aidiyet (r=0,281), yenilik, değişim, kalite (r=0,245) ve bireysel mesleki gelişim (r=0,157) arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (p<0,05). Duygusal tükenme ile sosyal kültürel imkânlar arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır (r=-0,175; p<0,05).

Depresyon ile çalışan memnuniyeti (r=-0,484), çalışma ortamından memnuniyet (r=-0,427), yenilik, değişim, kalite (r=-0,373), bireysel mesleki gelişim (r=-0,389) ve sosyal kültürel

imkânlar ($r=-0,472$) arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$). Duygusal tükenme ile aidiyet arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($r=0,224$; $p<0,05$).

4.5. Tükenmişlik ve Depresyonun Çalışan Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi

Yapılmış olan çoklu regresyon analizi sonuçları Çizelge 4.34'te gösterilmiştir.

Çizelge 4.34. Tükenmişlik ve depresyonun çalışan memnuniyeti etkisi

	β	Std. Ht.	Güven Aralığı	p
Sağlık Durumu	0,024	0,0069	(0,650-1,538)	0,732
Mesleği İsteyerek Tercih Etme	-0,034	0,056	(0,794-1,260)	0,545
Mesleği Yakınlarına Önerme	0,087	0,063	(0,404-2,272)	0,166
Yurtdışında Çalışmayı Düşünme	0,014	0,035	(0,786-1,273)	0,683
Meslekten Memnuniyet	0,008	0,066	(0,462-2,162)	0,906
Evde Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet	0,028	0,068	(0,546-1,831)	0,682
Evde Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinden Memnuniyet	0,339	0,053	(0,590-1,695)	0,001*
Duygusal Tükenme	-0,010	0,009	(0,283-3,538)	0,274
Duyarsızlaşma	-0,008	0,015	(0,469-2,132)	0,570
Kişisel Başarı	0,013	0,007	(0,850-1,176)	0,075
Beck Depresyon Ölçeği	-0,016	0,007	(0,445-2,247)	0,027*

R=0,723; R²=0,523; Δ R²=0,492
F=16,468; p<0,001

(Bağımlı Değişken: Çalışan Memnuniyeti); *p<0.05

Analize dahil edilen değişkenlerin, çalışan memnuniyeti üzerinde etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla kurulmuş olan regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir (F=16,468; p<0,05). Analize dahil edilen değişkenler dahil edilen, çalışan memnuniyetinin yaklaşık %49'unu açıklamaktadır ($\Delta R^2=0,234$).

Evde sağlık hizmetleri yöneticilerinden memnuniyetin, çalışan memnuniyeti üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta=0,339$, p<0,05). Evde sağlık hizmetleri yöneticilerinden memnuniyet 1 birim arttığında, çalışan memnuniyeti de 0,339 birim artmaktadır.

Beck depresyonunun, çalışan memnuniyeti üzerinde negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta=-0,016$, p<0,05). Beck depresyon 1 birim arttığında, çalışan memnuniyeti 0,016 birim azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nde görev yapan sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve bu düzeylerin iş memnuniyetiyle olan ilişkisi değerlendirilmiştir.

5.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcılara yönelik tanımlayıcı bulgular incelendiğinde katılımcıların büyük bir kısmının kadın (%61), bekâr (%53,7) ve 30 yaş altı (%62,1) olduğunu görülmektedir. Katılımcıların %39'u erkek ve %46,3'ü evli olup, %14,1'i kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların sağlık durumu genel olarak iyi olup, %71,2'si sağlık durumunu iyi veya çok iyi olarak değerlendirmiştir. Mesleki özellikler incelendiğinde, katılımcıların %39'u sağlık teknikeri, %32,8'i hemşire, %22,6'sı hekim, %4,4'ü fizyoterapist ve %1,2'si diyetisyen veya psikologdur. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%93,2) yönetici pozisyonunda değildir. Mesleki memnuniyet açısından, %54,2'si mesleklerinden memnun olduğunu, %11,3'ü ise kesinlikle memnun olduğunu ifade etmiştir. Evde sağlık hizmetlerinde çalışmaktan memnun olanların oranı ise %81,3'tür.

Katılımcılara yönelik çalışmanın tanımlayıcı bulguları, literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında. Z. Ü. Yılmaz (2014) Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik, Depresyon ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi (İstanbul İki özel ve iki kamu hastanesi Doktorlar, hemşireler, teknikerler, eczacılar 168 katılımcı), yapılan çalışmada, katılımcıların %71'i kadın, %29'u erkek olarak bildirilmiştir. Ayrıca, katılımcıların %48,5'i 21-30 yaş aralığında olup, %59'u evli olarak kaydedilmiştir. Benzer şekilde, bu çalışmada da kadın katılımcıların oranı yüksek (%61) ve genç yaş grubu (30 yaş ve altı) dominanttır (%62,1). Ancak, evli katılımcı oranı (%46,3) Zeynep Yılmaz'ın çalışmasından (%59) daha düşüktür.

Döne Çolak (2021) Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi (102 Doktor Hemşire Ebe İstanbul) Yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %72,8'i kadın, %27,2'si erkektir. Katılımcıların %48,5'i 26-35 yaş aralığında olup, %52,5'i lisans eğitim seviyesine sahiptir Bu çalışmada ise katılımcıların eğitim seviyesine ilişkin veriler toplanmamış olup, mesleki memnuniyet ve sağlık durumları üzerine odaklanılmıştır. Z. Okray ve E. Çakıcı (2008) tarafından yapılan "Sağlık

çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu (K.K.T.C) araştırmaya 230 sağlık çalışanı katılım sağlamıştır devlet özel hastane, çalışmada, katılımcıların %61,3'ü kadın, %38,7'si erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 35,69 olup, %77,7'si evlidir. Okray ve Çakıcı'nın çalışmasında katılımcıların yaş ortalaması ve evli olma oranı daha yüksektir. Ayrıca, çalışmada duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma boyutlarına ilişkin tükenmişlik düzeyleri ve iş doyumu da incelenmiştir. Shailesh Kumar'ın (2016)Yeni Zelanda'daki Otago Üniversitesi' çalışmasında "Tükenmişlik ve Doktorlar: Yaygınlık, Önleme ve Müdahale" başlıklı çalışması, birçok ülkeden veri içermektedir. Çalışmada yaş, cinsiyet, medeni durum gibi demografik faktörlerin tükenmişlik riskini artırabileceği belirtilmiştir. Özellikle, genç yaşın tükenmişlik için bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir. Sonuç olarak yukarıda belirtilen çalışmanın ortaya koyduğu veriler değerlendirildiğinde, sağlık sektöründeki çalışanların demografik ve mesleki yapılarını detaylı bir şekilde yansıttığı görülmektedir. Kadın katılımcıların yüksek oranı (%61), sağlık sektöründeki cinsiyet dağılımını ve bu alandaki kadın egemenliğini yansıtmaktadır. Bu durum, literatürdeki benzer çalışmalarla da uyumludur ve sektördeki cinsiyet dinamiklerinin daha derinlemesine incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Yaş dağılımı açısından, 30 yaş altı grubun (%62,1) baskın olması, genç sağlık profesyonellerinin sektördeki önemini ve bu grubun kariyer beklentileri ile iş doyumunu şekillendirme potansiyelini vurgulamaktadır. Ancak, evli olma oranının (%46,3) diğer çalışmalara kıyasla düşük olması, demografik faktörlerin iş ve özel hayat dengesine etkilerini daha fazla araştırmayı gerektirebilir. Mesleki memnuniyet ve sağlık durumlarına ilişkin bulgular, katılımcıların genel olarak pozitif bir iş ve sağlık profiline sahip olduklarını göstermektedir. Ancak, bu sonuçların sektör genelindeki zorluklar ve stres faktörleri ile nasıl etkileşime girdiği konusunda daha fazla bilgi edinmek, yöneticiler ve politika yapıcılar için stratejik içgörüler sağlayabilir.

5.2. Maslach Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Çalışmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmeler sonucunda, katılımcıların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri belirlenmiştir. Katılımcıların duygusal tükenme puan ortalaması 23,80 (SS = 8,94) olarak belirlenmiştir. İnce ve Şahin (2015)'e göre, bu puan orta düzeyde duygusal tükenmeye işaret etmektedir. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının yoğun iş yükü ve evde sağlık hizmetlerinin getirdiği özel zorluklar nedeniyle orta düzeyde duygusal tükenme yaşadıklarını göstermektedir. Okray ve Çakıcı (2008) çalışmada, katılımcıların duygusal tükenme puan ortalaması 13,10 (SS = 7,02)

olarak bulunmuştur. Bu çalışma ile karşılaştırıldığında, evde sağlık hizmetlerinde çalışanların duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu fark, evde sağlık hizmetlerinin daha fazla duygusal ve fiziksel talepleri olmasıyla açıklanabilir. Zeynep Yılmaz (2014) ise devlet ve özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeylerini karşılaştırmış ve devlet hastanelerinde çalışanların duygusal tükenme düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada da benzer şekilde, kamu sektöründe çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların duyarsızlaşma puan ortalaması 10,94 (SS = 4,38) olarak belirlenmiştir. Bu puan, İnce ve Şahin (2015)'e göre orta düzeyde duyarsızlaşmaya işaret etmektedir. Sağlık çalışanlarının duygusal tükenmenin bir sonucu olarak hastalarına karşı duyarsızlaşma eğiliminde oldukları anlaşılmaktadır. Okray ve Çakıcı (2008) çalışmasında duyarsızlaşma puan ortalaması 5,76 (SS = 3,92) olarak bulunmuştur. Bu bulgu, çalışmamızda elde edilen duyarsızlaşma puanları ile karşılaştırıldığında oldukça düşük bir düzeyde kalmaktadır. Okray ve Çakıcı'nın çalışmasında elde edilen bu düşük duyarsızlaşma puanları, sağlık çalışanlarının iş ortamlarında karşılaştıkları stres faktörlerinin ve tükenmişlik belirtilerinin düşük seviyelerde olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda ise, duyarsızlaşma düzeylerinin daha yüksek olması, araştırma yapılan sağlık kurumlarında çalışanların iş yükü, stres ve tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olabileceğini işaret etmektedir. Bu farklılıklar, sağlık kurumlarının yönetim politikaları, çalışan destek sistemleri ve iş ortamı koşullarındaki farklılıklardan kaynaklanabilir. Dolayısıyla, sağlık çalışanlarının duyarsızlaşma ve tükenmişlik düzeylerinin azaltılması için, kurumlar arası karşılaştırmalı çalışmalar yapılarak, en iyi uygulamaların belirlenmesi ve yaygınlaştırılması önem arz etmektedir (Okray ve Çakıcı, 2008). Zeynep Yılmaz (2014) çalışmasında, devlet hastanelerinde çalışanların duyarsızlaşma puanlarının özel hastanelerde çalışanlardan anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur. Bu bulgu, kamu hastanelerinde çalışanların daha fazla duyarsızlaşma yaşadığını göstermektedir ve bu çalışmanın bulgularıyla tutarlıdır.

Çalışmada katılımcıların kişisel başarı puan ortalaması 26,06 (SS = 6,79) olarak bulunmuştur. İnce ve Şahin (2015)'e göre, bu puan yüksek düzeyde kişisel başarı hissine işaret etmektedir. Bu bulgu, sağlık çalışanlarının genel olarak mesleklerinde kendilerini başarılı hissettiklerini göstermektedir. Okray ve Çakıcı (2008) çalışmasında kişisel başarı puan ortalaması 22,01 (SS = 4,95) olarak bulunmuştur. Bu çalışma ile karşılaştırıldığında,

evde sağlık hizmetlerinde çalışanların kişisel başarı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, evde sağlık hizmetlerinin çalışanlara hastalarla daha yakın ve kişisel bir ilişki kurma frsat vermesiyle açıklanabilir. Z.Yılmaz (2014) alışmasında ise devlet hastanelerinde çalışanların kişisel başarı puanlarının özel hastanelerde çalışanlara kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışmadaki bu bulgular, evde sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeylerinin orta düzeyde, kişisel başarı hissinin ise yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, evde sağlık hizmetlerinde çalışanların tükenmişlik düzeylerinin diğer sağlık kurumlarında çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu, ancak kişisel başarı hissinin de daha yüksek olduğu görülmektedir. Evde sağlık hizmetlerinin getirdiği özel zorluklar ve fırsatlar nedeniyle çalışanların duygusal ve fiziksel olarak daha fazla zorlandığını, ancak hastalarla daha kişisel ve tatmin edici ilişkiler kurabildiklerini göstermektedir.

Çalışmada tükenmişlik ile sosyo-demografik özellikler karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgulara göre kadın sağlık alışanlarının ($X=25,04$) duygusal tükenme düzeylerinin erkeklerden ($X=21,86$) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ($p<0,05$). Bu sonuçlar, literatürdeki benzer çalışmalarla tutarlıdır. Örneğin, Okray ve akıcı (2008) alışmasında da kadınların duygusal tükenme düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dne olak (2021) alışmasında da kadınların duygusal tükenme puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu, ancak bu farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Medeni durum açısından, bekâr katılımcıların ($X=26,31$) duygusal tükenme düzeylerinin evli katılımcılardan ($X=20,90$) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgu da literatürde desteklenmektedir. Ebru Kokara (2024) alışmasında, bekâr katılımcıların duygusal tükenme puanlarının evlilerden daha yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. D. olak (2021) alışmasında ise bekâr katılımcıların depresyon puanlarının evlilerden daha yüksek olduğu, ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Ebru Kokara (2024) alışmasında, katılımcıların Maslach Tükenmişlik leği puan ortalaması 51,41 olarak bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, medeni durum ve gelir durumuna göre tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde, kadınların duygusal tükenme puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Bu

çalışmada da benzer şekilde, kadınların duygusal tükenme düzeylerinin erkeklerden yüksek olduğu, ancak farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Okray ve Çakıcı (2008) çalışmasında, kadınların daha fazla duygusal tükenme yaşadığı ve erkeklerin iş doyumunun anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, çalışmamızdaki cinsiyet farklılıkları ile tutarlıdır. Ayrıca, yaş gruplarına göre yapılan analizlerde, 41-50 yaş grubunun 18-30 yaş grubuna göre daha yüksek kişisel başarı ve iş doyumunu yaşadığı saptanmıştır. Bu durum, yaşın iş memnuniyeti ve kişisel başarı üzerindeki etkisini göstermektedir.

D. Çolak (2021) çalışmasında, kadınların duygusal tükenme boyutunda erkeklerden daha yüksek puan aldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Medeni durum açısından ise, bekar katılımcıların duygusal tükenme puanlarının evlilerden daha yüksek olduğu, ancak farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızdaki medeni durum ve cinsiyet farklılıkları ile uyumludur. Kronik hastalık durumu incelendiğinde, kronik hastalığı olanların ($X=26,00$) duygusal tükenme düzeylerinin kronik hastalığı olmayanlara ($X=23,44$) göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bu sonuçlar, kronik hastalıkların sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini artırabileceğini göstermektedir (D. Çolak, 2021).

Çalışmada duyarsızlaşma ve sosyo-demografik özellikler incelendiğinde, kadın sağlık çalışanlarının ($X=11,31$) duyarsızlaşma düzeylerinin erkeklere ($X=10,38$) göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bekâr katılımcıların ($X=11,77$) duyarsızlaşma düzeylerinin evlilere ($X=9,99$) göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olanların ($X=11,16$) duyarsızlaşma düzeylerinin kronik hastalığı olmayanlara ($X=10,91$) göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Maslach ve Jackson (1981), tükenmişlik sendromunun cinsiyetler arasında farklılık gösterebileceğini, ancak bu farklılığın her zaman istatistiksel olarak anlamlı olmayabileceğini belirtmiştir. Diğer taraftan, bazı araştırmalar kadınların sağlık hizmetlerinde daha yüksek tükenmişlik riski taşıdığını vurgulamaktadır. Literatürdeki benzer çalışmalar da bu bulgularla uyumludur. Örneğin, Okray ve Çakıcı (2008) çalışmasında, evli katılımcıların duyarsızlaşma düzeylerinin bekâr katılımcılara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da evli katılımcıların duyarsızlaşma düzeylerinin daha düşük

olduğu bulunmuştur. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasındaki ilişki, literatürde sıklıkla vurgulanan bir konudur. Akalın ve Modanlıoğlu (2021) Covid-19 Pandemi Sürecinde, Yoğun Bakım Biriminde Aktif Çalışmakta Bulunan Sağlık Personelinin, Duygu-Durum Ve Tükenmişlik Düzeylerinin Tespiti Amaçlanmıştır (katılımcı 122 İstanbul). Çalışmasında sağlık çalışanlarının duygusal tükenmişliklerinin arttıkça duyarsızlaşma ve genel tükenmişliklerinin de arttığı bulunmuştur. Derya Hoşgör ve ark. (2021) tarafından yapılan Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: (İstanbul İli Örneği 120 katılımcı) çalışmada da benzer şekilde, duygusal tükenme ile duyarsızlaşma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, çalışmamızda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif bir ilişki olduğunu desteklemektedir. Selim Arpacıoğlu ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik,, Depresyon, Mesleki Doyum Düzeyleri ve İlişkili Faktörler Covid 19 dönemi (371 sağlık çalışanı) çalışmada, tükenmişlik düzeyleri arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı ifade edilmiştir. Bu bulgu, tükenmişlik ve depresyon arasındaki pozitif ilişkiyi vurgulamakta ve çalışmamızdaki sonuçlarla paralellik göstermektedir. Yıldırım (2020) çalışmasında, katılımcıların duygusal tükenme düzeyleri arttıkça duyarsızlaşma düzeylerinin de arttığı ve kişisel başarılarının azaldığı bulunmuştur. Bu durum, duygusal tükenmenin duyarsızlaşma ve kişisel başarı üzerindeki olumsuz etkilerini göstermektedir.

Çalışmamızda, yaşın duyarsızlaşma üzerindeki etkisi incelenmemiştir, literatürde bu konuda çeşitli bulgular bulunmaktadır. Okray ve Çakıcı (2008) çalışmasında, yaş gruplarına göre duyarsızlaşma puanlarının farklılık göstermediği belirtilmiştir. Ancak, genel olarak yaş arttıkça duygusal tükenmenin azaldığı, kişisel başarının arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular, yaşın tükenmişlik ve iş doyumunu üzerindeki karmaşık etkilerini ortaya koymaktadır. İlknur Koç (2019) tarafından yapılan çalışmada, Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromunun İş Doyumu Ve Depresyonla İlişkisi incelenmiştir (İst. Haseki EAH. Katılım 304 sağlık çalışanı). Çalışmada, Beck Depresyon Envanteri ile tükenmişlik ölçeği, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak, kişisel başarı boyutunda negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, çalışmamızda elde edilen sonuçlarla paralellik göstermekte olup, tükenmişlik düzeylerinin iş doyumunu ve depresyon ile olan ilişkisini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, kadın sağlık çalışanlarının ($X=26,76$) kişisel başarı düzeylerinin erkeklere ($X=24,96$) göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı

bulunmuştur ($p>0,05$). Bekâr katılımcıların ($X=27,19$) kişisel başarı düzeylerinin evli katılımcılardan ($X=24,74$) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların ($X=26,51$) kişisel başarı düzeylerinin kronik hastalığı olanlara ($X=23,32$) göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Bulgularımıza göre, kadın katılımcıların kişisel başarı puanları erkek katılımcılardan yüksek çıkmıştır, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonuç, kadınların erkeklere kıyasla kişisel başarıda daha yüksek performans gösterme eğiliminde olabileceğini, ancak bu farkın sosyal ve iş çevresine bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir. Literatürde, Hoşgör ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, evli katılımcıların genel tükenmişlik ve duygusal tükenme boyutlarından aldıkları puanların bekârlardan daha yüksek olduğu, ancak duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutlarından aldıkları puanların daha düşük olduğu, ancak bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda da evli katılımcıların kişisel başarı düzeylerinin bekârlardan daha düşük olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

I. Sayıl ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor Ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri (Katılımcı 165 doktor hemşire), hemşirelerin duygusal tükenme boyutlarının hekimlerden daha yüksek olduğu, hekimlerin ise duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, çalışmamızda da sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin meslek gruplarına göre farklılık gösterebileceği görülmektedir. Çolak (2021) ise çalışmasında, çocuk sahibi olan katılımcıların duygusal tükenme ve kişisel başarı boyutlarından aldıkları puanların çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu, ancak bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızda, kronik hastalığı olan katılımcıların kişisel başarı düzeylerinin daha düşük olduğu, ancak bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu bulgu, kronik hastalıkların sağlık çalışanlarının kişisel başarı hissini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında, bu bulgular genel olarak tutarlıdır ve sosyo-demografik özelliklerin kişisel başarı üzerindeki etkilerini vurgulamaktadır. Özellikle medeni durumun kişisel başarı üzerindeki etkisi belirgin olup, evli sağlık çalışanlarının kişisel başarı düzeylerinin bekârlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, evli sağlık çalışanlarının iş ve aile yaşamı arasında denge kurma zorluğundan kaynaklanabilir.

Çalışmanın bulguları, yaş ile tükenmişlik alt boyutları arasında belirgin bir ilişki olmadığını göstermektedir. Yaş ile duygusal tükenme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış ($r=-0,120$, $p>0,05$), ancak duyarsızlaşma ile yaş arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0,175$, $p<0,05$). Kişisel başarı ile yaş arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bahadır ve Kalender (2017) çalışmasında, depresyon, duygusal tükenme, kişisel başarı eksikliği ve duyarsızlaşma puanlarının çeşitli yaşam kalitesi değişkenleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda, yaşın tükenmişlik üzerindeki etkisi literatürdeki bu bulgularla kısmen uyumludur; yaşın artmasıyla duyarsızlaşmanın azalması, yaşam deneyimi ve iş memnuniyeti arasında olası bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlık durumu ile tükenmişlik arasındaki ilişki ise daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmıştır. Duygusal tükenme ve sağlık durumu arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,378$, $p<0,05$). Benzer şekilde, duyarsızlaşma ile sağlık durumu arasında da negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,341$, $p<0,05$). Bu bulgular, sağlık durumunun iyileştirilmesinin tükenmişlik düzeylerini azaltabileceğini göstermektedir.

Cinsiyet ve Tükenmişlik açısından incelendiğinde literatürde Eda Candaş (2018) tarafından yapılan “Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında Görevli Araştırma Görevlisi ve Uzman Hekimlerinde Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Verilerle İncelenmesi” (İstanbul 350 katılımcı) çalışmasında, kadınların duygusal tükenme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, ancak duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı alt boyutlarında cinsiyet açısından anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur. Canan *Ergin (1995) Sağlık Personelinin İş Anlayışları Ve Tutumları Araştırması ise kadınların toplumsal rolleri gereği daha fazla duygusal tükenme yaşadıklarını belirtmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde, kadınların tükenmişlik düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu, ancak bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu durum, kadın sağlık çalışanlarının duygusal yüklerinin daha fazla olabileceğini göstermektedir.

Katılımcıların Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları değerlendirilerek, mesleki özellikler ile olan ilişkileri analiz edilmiştir. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının duygusal tükenme düzeylerinin mesleklerine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Hemşirelerin ($X=26,31$) duygusal tükenme düzeylerinin sağlık teknikerlerine ($X=21,30$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hekimlerin duygusal tükenme düzeyleri ($X=25,35$) diğer sağlık personeline göre daha yüksek bulunmuştur. Bu

bulgular, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur. Okray ve Çakıcı (2008) çalışmasında, hemşirelerin duygusal tükenme düzeylerinin doktorlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Sayıl ve arkadaşları (1997) hemşirelerin doktorlara kıyasla daha fazla tükenmişlik yaşadığını saptamıştır. Bu durum, hemşirelerin hastalarla daha fazla birebir ilişki kurmaları ve duygusal yüklerinin daha fazla olmasından kaynaklanabilir. Hemşirelerin duygusal tükenme düzeylerinin yüksek olması, mesleklerinin getirdiği ağır iş yükü, hastalarla yakın temas ve sürekli stres altında çalışmalarından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, katılımcıların duyarsızlaşma düzeylerinin mesleklerine göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Ancak, literatürde bu konuda farklı bulgular bulunmaktadır. Örneğin, Bahadır ve Kalender (2017) çalışmasında, hemşire ve sağlık memurlarının duyarsızlaşma düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin iş yükü ve hastalarla yoğun iletişimleri nedeniyle duyarsızlaşma düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir. Çalışmamızda, kişisel başarı boyutunda mesleki özelliklere göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak, literatürde bu konuda farklı bulgular mevcuttur. Örneğin, Sayıl ve arkadaşları (1997) çalışmasında, hekimlerin kişisel başarı düzeylerinin hemşirelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, hekimlerin mesleki tatminlerinin ve kariyer beklentilerinin daha yüksek olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda, yönetici pozisyonunda çalışan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme düzeylerinin yönetici pozisyonunda olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Yönetici pozisyonundaki sağlık çalışanlarının daha fazla yetkiye ve kararlara katılım imkânına sahip olmaları, tükenmişlik düzeylerini azaltabilir.

Literatürde, sağlık çalışanları arasında tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin mesleki özelliklere göre farklılık gösterdiği sıklıkla vurgulanmıştır. Örneğin, Altay, Gönener ve Demirkıran (2010) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi (Samsun 191 hemşire) çalışmasında, hemşirelerin depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin iş yükü, hasta ve yakınlarıyla sürekli etkileşim içinde olmaları, bu yüksek düzeydeki tükenmişliğin başlıca nedenleri olarak gösterilmiştir. Hekimlerin de yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmiştir. Genişletilmiş Hemşirelik Stres Ölçeği'nin ampirik değerlendirmesi (French, Lenton, Walters ve Eyles, 2000; Kaçmaz, 2005). Hekimlerin, hemşirelerin mesleklerinin getirdiği stres,

sürekli sağlıksız bireylerle ilgilenme ve hastane sistemindeki düzensizlikler, tükenmişlik ve depresyon seviyelerini araştırmaktadır.

Çalışmamızda, katılımcıların duyarsızlaşma düzeylerinin mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Hekimler, hemşireler, diğer sağlık personeli ve sağlık teknikerleri arasında duyarsızlaşma puanları arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte, hekimlerin duyarsızlaşma düzeyleri ($X=11,98$) diğer meslek gruplarına göre biraz daha yüksektir. Bu bulgu, literatürdeki bazı çalışmalarla uyumludur. Örneğin, Okray ve Çakıcı (2008) çalışmasında da meslekler arasında duyarsızlaşma puanları açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Katılımcıların kişisel başarı düzeylerinin mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$). Hemşirelerin kişisel başarı puanları ($X=27,96$) diğer meslek gruplarına göre biraz daha yüksek çıkmıştır, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde benzer şekilde, Sayıl ve arkadaşları (1997) çalışmasında da hekimlerin kişisel başarı düzeylerinin hemşirelerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir, ancak farklı çalışmalar bu konuda tutarsız sonuçlar göstermektedir. Duygusal tükenme düzeyleri mesleklere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Hemşirelerin ($X=26,31$) duygusal tükenme düzeylerinin sağlık teknikerlerine ($X=21,30$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yüksek duygusal tükenme düzeyleri, iş yükleri ve hastalarla yoğun iletişimlerinden kaynaklanabilir. Bahadır ve Kalender (2017) çalışmasında da hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamızda, tükenmişlik alt boyutlarının çeşitli mesleki özelliklerle olan ilişkileri analiz edilmiştir. Duygusal tükenme ile evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi ($r=-0,186$), mesleği isteyerek tercih etme ($r=-0,211$), mesleği yakınlarına önerme ($r=-0,547$), meslekten memnuniyet ($r=-0,524$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=-0,420$) ve evde sağlık hizmetleri yöneticilerinden memnuniyet ($r=-0,359$) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca, yurtdışında çalışmayı düşünme ($r=0,365$) ile pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Bu bulgular, literatürdeki çalışmalarla tutarlıdır. Okray ve Çakıcı (2008) çalışmasında, meslek yaşamında daha yeni olanların iş doyumlarının daha düşük olduğu ve tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, uzun yıllar çalışanların tükenmişlik düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, çalışmamızda da tükenmişlik düzeylerinin mesleki memnuniyet ve meslek tercihi ile olan ilişkisiyle uyumludur. Literatürde, sağlık çalışanları arasında tükenmişlik ve

depresyon düzeylerinin mesleki özelliklere göre farklılık gösterdiği sıklıkla vurgulanmıştır. B. Altay, Gönener ve Demirkıran (2010) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi (Samsun 191 hemşire) çalışmasında, hemşirelerin depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Hemşirelerin iş yükü, hasta ve yakınlarıyla sürekli etkileşim içinde olmaları, bu yüksek düzeydeki tükenmişliğin başlıca nedenleri olarak gösterilmiştir. Kaçmaz (2005) yapılan incelemede "Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri ve Başa Çıkma Yöntemleri" ve sağlık çalışanlarının önemli bir bölümünün tükenmişlik yaşadığı tespit edilmiştir. French, L. ve Walters., E. (2000) Kanada'daki Mc Master Üniversitesi'nde yaptıkları incelemede "Sağlık Profesyonellerinde Tükenmişlik, Hekimlerin mesleklerinin getirdiği stres, ve hastane sistemindeki düzensizlikler, tükenmişlik ve depresyon seviyelerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Bu çalışmada elde edilen veriler ve Kumar'ın (2016) çalışmasındaki bulgular karşılaştırıldığında, doktorların tükenmişlik düzeylerinin evrensel olarak yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmada hekimlerin duygusal tükenme puanı 25,35 iken, Kumar'ın çalışmasında kırsal British Columbia'da doktorların %80'i, Avrupa'da %43'ü ve ABD'de %46'sı yüksek duygusal tükenme yaşamaktadır. Duyarsızlaşma puanları bu çalışmada hekimlerde 11,98, yöneticilik pozisyonunda olmayanlarda 10,93 ve yöneticilik pozisyonunda olanlarda 11,05 olarak bulunmuştur. Kumar'ın (2016) çalışmasında kırsal British Columbia'da doktorların %61'i ve Avrupa'da %35'i yüksek duyarsızlaşma puanlarına sahiptir. Kişisel başarı düzeyleri bu çalışmada hekimlerde 24,98, yönetici olmayanlarda 26,07 ve yöneticilerde 25,95 olarak tespit edilmiştir. Kumar'ın çalışmasında ise Avrupa'da katılımcıların %32'si ve kırsal British Columbia'da %44'ü düşük kişisel başarı puanına sahiptir. Ülkeler arası farklılıklar değerlendirildiğinde, ABD'de doktorların %50'si ve üzeri tükenmişlik yaşarken, Avrupa'da bu oran daha düşük ve Arap ülkelerinde %30'un üzerindedir. Bu veriler, ve literatürdeki diğer örneklerle göre doktorların mesleklerinden kaynaklanan yüksek stres seviyeleri ile ilişkilendirilen duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı düzeylerinin yaygın olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, tükenmişliği önleyici stratejilerin geliştirilmesi ve doktorların çalışma koşullarının iyileştirilmesi, küresel sağlık sistemleri için kritik bir gerekliliktir. Ayrıca, farklı bölgelerdeki doktorların karşılaştığı özgün zorlukları ve kültürel faktörleri dikkate alarak bölgesel ve kültürel uyumlu müdahale stratejilerinin tasarlanması önem arz etmektedir. Bu bulgular, doktorların iş yüklerini azaltacak, mesleki destek sistemlerini güçlendirecek ve iş-yaşam dengelerini iyileştirecek politikaların benimsenmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

5.3. Beck Depresyon Ölçeği Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği'nden (BDÖ) aldıkları puanlar değerlendirilmiş ve çeşitli sosyo-demografik ve mesleki özelliklerle karşılaştırılmıştır. Katılımcıların BDÖ puan ortalamasının 11,64 olduğu belirlenmiştir. Ölçek puanlarının dağılımına göre katılımcıların %50,3'ü minimal depresyon, %23,7'si hafif depresyon, %18,6'sı orta depresyon ve %7,3'ü şiddetli depresyon seviyesindedir. Bu bulgular, evde sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin önemli bir kısmının depresyon riski taşıdığını göstermektedir. Kadınların BDÖ puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu ($X=12,23$; $X=10,72$) ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür. Literatürde kadınların depresyon düzeylerinin erkeklerden genellikle daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Örneğin, Candaş (2018) çalışmasında, kadınların duygusal tükenme düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, kadınların iş ve ev yaşamındaki rollerinin getirdiği ek yüklerle açıklanabilir.

Bekâr katılımcıların depresyon düzeylerinin evlilere göre daha yüksek olduğu ($X=13,56$; $X=9,43$) ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bekâr bireylerin sosyal destek sistemlerinin daha zayıf olabileceği ve bu durumun depresyon riskini artırabileceği düşünülmektedir. Bahadır ve Kalender (2017) Sağlık Çalışanlarında Depresyon Tükenmişlik Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi (İstanbul katılımcı 200) çalışmasında da evli bireylerin depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların depresyon düzeylerinin ($X=15,96$), kronik hastalığı olmayanlara göre ($X=10,93$) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Literatürde Dawani, S., (2014 Ürdün) tarafından yapılan Sağlık çalışanlarında Kronik hastalıkların bulunanlarda yaşam kalitesi ve depresyon riskine etkileri araştırmada Kronik hastalıkların bireylerin yaşam kalitesini düşürerek depresyon riskini artırdığı belirtilmiştir. Yaş ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak, sağlık durumu ile depresyon arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,522$; $p<0,01$). Bu bulgu, bireylerin sağlık durumunun depresyon düzeylerini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir.

Literatürde kadınların depresyon düzeylerinin erkeklerden genellikle daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Örneğin, Candaş (2018) çalışmasında kadınların depresyon düzeylerinin erkeklerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, çalışmamızdaki

kadınların daha yüksek depresyon puanlarına sahip olmasıyla tutarlıdır. Bekâr bireylerin depresyon düzeylerinin evlilere göre daha yüksek olması, literatürde de desteklenmektedir. Bahadır ve Kalender (2017) çalışmasında, evli bireylerin depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu, sosyal destek sistemlerinin evli bireylerde daha güçlü olabileceği ve bu durumun depresyon riskini azalttığını göstermektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, literatürde de yaygın olarak belirtilmektedir. Dawani ve arkadaşları (2014) çalışmasında da kronik hastalıkların depresyon riskini artırdığı vurgulanmıştır.

Çalışmamızda depresyon ile sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırması sonucu elde edilen bulgular, kadınların depresyon düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu ($X=12,23$; $X=10,72$) ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($p>0,05$). Literatürde, kadınların depresyon düzeylerinin erkeklerden genellikle daha yüksek olduğuna dair bulgular mevcuttur. Candaş (2018) çalışmasında da benzer şekilde kadınların duygusal tükenme düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Medeni duruma göre yapılan analizlerde, bekâr katılımcıların depresyon düzeylerinin evlilere göre daha yüksek olduğu ($X=13,56$; $X=9,43$) ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgu, bekâr bireylerin sosyal destek sistemlerinin evli bireylere göre daha zayıf olabileceğini ve bu durumun depresyon düzeylerini artırabileceğini göstermektedir. Bahadır ve Kalender (2017) çalışmasında da evli bireylerin depresyon düzeylerinin bekâr bireylerden daha düşük olduğu belirtilmiştir. Kronik hastalığı olan katılımcıların depresyon düzeylerinin ($X=15,96$), kronik hastalığı olmayanlara göre ($X=10,93$) daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgu, kronik hastalıkların bireylerin yaşam kalitesini düşürerek depresyon riskini artırdığını göstermektedir. Dawani ve arkadaşları (2014) çalışmasında da kronik hastalıkların depresyon üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirtilmiştir. Yaş ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu durum, depresyon düzeylerinin yaşa göre belirgin bir farklılık göstermediğini düşündürmektedir. Ancak, sağlık durumu ile depresyon arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,522$; $p<0,01$). Sağlık durumu kötü olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, sağlık durumunun bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışma, katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları puanların, mesleki özellikler ile ilişkisini analiz etmiştir. Bu kapsamda elde edilen sonuçlar, katılımcıların depresyon düzeyleri mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ortaya koymaktadır ($p<0,05$). Hemşirelerin depresyon düzeylerinin ($X=14,27$), sağlık teknikerlerine ($X=9,23$) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur. Altay, Gönener ve Demirkıran (2010) çalışmasında hemşirelerin depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bahadır ve Kalender (2017) çalışmasında da benzer şekilde hemşirelerin depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin en yüksek olduğu ve yaşam kalitesi puanlarının en düşük olduğu saptanmıştır. Yönetici pozisyonunda çalışan ve çalışmayan katılımcıların depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yönetici pozisyonunda çalışanların iş yükünün ve sorumluluklarının daha fazla olması, depresyon düzeylerini artırabilir, ancak bu çalışmada böyle bir fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Depresyon ile haftalık çalışma süresi, meslekteki süre ve evde sağlık hizmetlerinde çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Ancak, depresyon ile mesleği isteyerek tercih etme ($r=-0,244$), mesleği yakınlarına önerme ($r=-0,490$), meslekten memnuniyet ($r=-0,425$), evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ($r=-0,380$) ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet ($r=-0,324$) arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Literatürde, sağlık çalışanları arasında tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin mesleki özelliklere göre farklılık gösterdiği sıklıkla vurgulanmıştır. Erol, Sarıççek ve Gülseren (2007) ile Yeşil ve arkadaşlarının (2010) Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi (117 hekim asistan) çalışmalarında, sağlık çalışanlarında düşük düzeyde depresyon ve orta düzeyde tükenmişlik olduğu bulunmuştur. Hemşireler ve sağlık teknikerleri arasında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinde belirgin farklar bulunmuştur. Hemşirelerin iş yükü ve hasta ilişkileri, depresyon ve tükenmişlik düzeylerini artıran önemli faktörler olarak gösterilmektedir.

Candaş (2018) çalışmasında, depresyon tanısı konmuş hekimlerin tükenmişlik alt boyutları olan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmada depresyon ve tükenmişlik arasındaki ilişkilerin çeşitli boyutlarına incelendiğinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin duygusal tükenme boyutu ile Beck Depresyon Ölçeği arasında -0,484 gibi oldukça güçlü bir negatif korelasyon saptanmıştır.

($p<0,05$). Bu, depresyon düzeyi yükseldikçe duygusal tükenme puanlarının da arttığını göstermektedir. Aynı şekilde, duyarsızlaşma ve kişisel başarı gibi diğer tükenmişlik alt boyutları da depresyon puanları ile benzer yönde ilişkili bulunmuştur. Bu sonuçlar depresyon ve tükenmişlik arasındaki ilişkinin sağlık çalışanları arasında önemli olduğunu göstermektedir. Yılmaz (2014) çalışmasında, devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin depresyon düzeylerinin özel hastanelerde çalışanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanlarının değerlendirilmesi, evde sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin önemli bir kısmının depresyon riski taşıdığını göstermektedir. Katılımcıların BDÖ puan ortalaması 11,64 olup, Literatürde genellikle kadınların depresyon düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Kumar'ın (2016) çalışması ise doktorlar arasında yüksek depresyon oranlarını vurgulamakta olup, depresyonun tükenmişlik, anksiyete, uyku bozuklukları, kronik depresyon riski ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Kırsal British Columbia'da yapılan bir çalışmada doktorların %44'ünün depresyon belirtileri gösterdiği, Avrupa'da ise doktorlar arasında depresyon oranlarının genellikle yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu bulgular, evde sağlık hizmetlerinde çalışanların yanı sıra genel sağlık çalışanları arasında da depresyonun yaygın olduğunu ve mesleki stres faktörlerinin depresyon düzeylerini artırdığını göstermektedir. Bu sebeple, depresyonun önlenmesi ve yönetimi için destekleyici müdahale stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

5.4. Çalışan Memnuniyet Ölçeği Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Çalışan memnuniyet ölçeğine yönelik bulgular katılımcıların genel çalışan memnuniyet ortalamasının 3,12 olduğu göstermektedir. En yüksek memnuniyet düzeyi bireysel ve mesleki gelişim ($X=3,24$), en düşük memnuniyet düzeyi ise sosyal ve kültürel imkânlardan memnuniyet ($X=2,39$) boyutunda bulunmuştur. Bu bulgular, sağlık çalışanlarının mesleki gelişim imkânlarından memnun olduklarını ancak sosyal ve kültürel imkânların yetersizliğinden memnun olmadıklarını göstermektedir. Literatürde benzer çalışmalarda da çalışan memnuniyeti ve memnuniyetsizliğin farklı boyutlarda olduğu gözlemlenmiştir. Eylem Işık ve K. Arslan (2017) yaptıkları araştırmada, Konya ilindeki sağlık kurumlarında çalışan personelin tükenmişlik düzeyleri ve iş tatminlerini ele almaktadır. Konya ilindeki sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin bireysel gelişim memnuniyetiyle ilgili sonuçlar, genel olarak memnuniyet düzeyinin orta seviyede olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu,

çalışmamızda da gözlemlenen sosyal ve kültürel imkânlardan memnuniyetsizliği desteklemektedir.

Çalışan memnuniyeti, sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirildiğinde, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyinin memnuniyet üzerinde anlamlı farklılıklar oluşturduğu gözlemlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda da benzer bulgular mevcuttur. Örneğin, Güdük ve Sertbaş (2020) Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Sağlık İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi çalışmasında, kadınların, daha düşük eğitim seviyesine sahip kişilerin ve daha uzun süre hizmet alanların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin kişisel ve çevresel faktörlerle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Mesleki özellikler açısından değerlendirildiğinde, çalışma ortamından memnuniyetin en yüksek düzeyde olduğu ($X=3,21$), aidiyet memnuniyetinin ise en düşük düzeyde olduğu ($X=2,65$) gözlemlenmiştir. Yönetici pozisyonunda çalışanların iş memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışan memnuniyeti ve alt boyutları incelendiğinde katılımcıların genel çalışan memnuniyet ortalamasının 3,12 olduğu bulunmuştur. Çalışma ortamından memnuniyet ($X=3,21$) ve bireysel mesleki gelişim memnuniyeti ($X=3,24$) en yüksek puanlara sahipken, aidiyetten memnuniyet ($X=2,65$) ve sosyal ve kültürel imkânlardan memnuniyet ($X=2,39$) en düşük puanlara sahiptir. Bu sonuçlar, sağlık çalışanlarının mesleki gelişim fırsatlarından memnun olduğunu ancak sosyal ve kültürel imkânların yetersizliğinden memnun olmadıklarını göstermektedir. Literatürde benzer çalışmalarda da çalışan memnuniyeti ve memnuniyetsizliğin farklı boyutlarda olduğu gözlemlenmiştir. Örneğin, Güdük ve arkadaşlarının (2020) evde sağlık hizmeti alan hastalarla yaptıkları çalışmada, sağlık personelinin güler yüz ve nezaketinden memnuniyetin yüksek olduğu, ancak yeterli açıklama yapma durumunda memnuniyetin düşük olduğu belirtilmiştir.

Çalışan memnuniyeti, sosyo-demografik özellikler açısından değerlendirildiğinde, cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyinin memnuniyet üzerinde anlamlı farklılıklar yaptığı gözlemlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda da benzer bulgular mevcuttur. Güdük ve Sertbaş (2020) çalışmasında, kadınların, daha düşük eğitim seviyesine sahip kişilerin ve daha uzun süre hizmet alanların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Mesleki özellikler açısından değerlendirildiğinde, çalışma ortamından memnuniyetin en

yüksek düzeyde olduğu ($X=3,21$), aidiyet memnuniyetinin ise en düşük düzeyde olduğu ($X=2,65$) gözlemlenmiştir. Meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde, hemşirelerin depresyon düzeylerinin ($X=14,27$) sağlık teknikerlerine ($X=9,23$) göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Literatürdeki benzer çalışmalarda, evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların memnuniyet düzeylerinin genelde yüksek olduğu, ancak bazı alanlarda iyileştirme gerektiği belirtilmiştir. Algamdi ve Johnson (2014) Suudi Arabistan Al Baha Bölgesinde Evde Sağlık Bakım Programından Memnuniyet: (Yaşlı Hasta Perspektifi) çalışmasında, memnuniyet düzeyinin ve başkalarına tavsiye etme düşüncesinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak, Dawani ve arkadaşları (2014) çalışmasında, evde sağlık hizmeti alanların memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu ve özellikle tedavi planı ile ilgili bilgilendirmenin yetersiz algılandığı belirtilmiştir. Bahadır ve Kalender (2017) çalışmasında, hemşire ve sağlık memurlarının depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu durum, sağlık çalışanlarının mesleklerinin getirdiği zorlukların depresyon ve tükenmişlik düzeylerini artırabileceğini göstermektedir. Yönetici pozisyonunda çalışanların iş memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Shailesh Kumar'ın (2016) çalışmasında, doktorların çeşitli ülkelerde iş memnuniyetinin yetersiz olması ile kronik stres ve tükenmişliğin depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, yorgunluk, ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bu faktörlerin etkisini yaşayan doktorların iş memnuniyeti düşmekte ve hasta bakım kalitesini de olumsuz etkilediğini vurgulamıştır. Bu nedenle, iş-yaşam dengesini sağlamak, iş güvenliğinin sağlık çalışanı her koşul çalışma şartlarına göre gereksinimlerini tamamlamak gibi stratejilerle sağlık çalışanlarında iş memnuniyetini olumsuz etkileyen faktörlerin önlenmesi bilirdiğini belirtmiştir. Buna yönelik sağlık çalışanı iş memnuniyetini olumsuz etkileyen faktörlerin politik yapılandırmalar etkinliğiyle önlenmesi önermiştir.

5.5. Tükenmişlik ve Depresyonun Çalışan Memnuniyeti Üzerindeki İlişkisi

Çalışmamızda yapılan çoklu regresyon analizi sonuçları, tükenmişlik ve depresyonun çalışan memnuniyeti üzerindeki etkisini göstermektedir. Regresyon modelinin anlamlı olduğu ve bağımsız değişkenlerin çalışan memnuniyetinin yaklaşık %49'unu açıkladığı bulunmuştur ($\Delta R^2=0,492$, $F=16,468$, $p<0,001$). Analiz sonuçlarına göre, evde sağlık

hizmetleri yöneticilerinden memnuniyetin çalışan memnuniyeti üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi vardır ($\beta=0,339$, $p<0,05$). Bu bulgu, yöneticilerden memnuniyetin, çalışanların genel iş memnuniyetini artırmada önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Literatürde benzer çalışmalar, yöneticilerin desteğinin ve liderlik kalitesinin çalışan memnuniyeti üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamaktadır (Algamdi ve Johnson, 2014; Güdük ve Sertbaş, 2020). Sağlık durumu, mesleği isteyerek tercih etme, mesleği yakınlarına önerme, yurtdışında çalışmayı düşünme, meslekten memnuniyet, evde sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve evde sağlık hizmetlerindeki yöneticilerden memnuniyet gibi diğer değişkenlerin çalışan memnuniyeti üzerindeki ilişkisi incelenmiş ancak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum, çalışan memnuniyetinin daha çok yönetici desteği ve depresyon düzeyi gibi faktörler tarafından etkilendiğini göstermektedir.

Literatürde yöneticilerin çalışan memnuniyeti üzerindeki ilişkisi inceleyen çalışmalar, yöneticilerin liderlik tarzının, desteğinin ve iletişim becerilerinin çalışanların memnuniyetini artırmada önemli olduğunu göstermektedir. Algamdi ve Johnson (2014) çalışmasında, yönetici desteğinin yüksek olduğu durumlarda çalışan memnuniyetinin de yüksek olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, Güdük ve Sertbaş (2020) çalışmasında da yöneticilerin çalışanlarla etkileşimi ve destekleyici tutumlarının memnuniyeti artırdığı bulunmuştur. Çalışmamızda kullanılan Beck Depresyon Ölçeği sonuçları, depresyon puanlarının artmasının çalışan memnuniyetinde önemli düşüslere sebep olduğunu açıkça göstermektedir ($\beta = -0,016$, $p < 0,05$). Bu bulgu, depresyonun iş ortamında memnuniyeti azaltıcı bir ilişkisi olduğunu net bir şekilde ortaya koymaktadır. Depresyon düzeyi arttıkça, çalışanların iş yerindeki memnuniyet düzeylerinin anlamlı derecede azaldığı gözlemlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, depresyon seviyesinin artması, çalışan memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır. Bahadır ve Kalender (2017) çalışmasında da depresyon düzeyinin yüksek olduğu durumlarda iş memnuniyetinin azaldığı belirtilmiştir. Bu bulgu, çalışmamızda elde edilen depresyonun iş memnuniyeti üzerindeki negatif ilişkisi ile örtüşmektedir. Benzer şekilde, Dawani ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada, depresyonun iş memnuniyeti ve genel yaşam kalitesi üzerindeki negatif etkileri vurgulanmıştır. Bu çalışmada da depresyonun sağlık çalışanlarının sadece iş memnuniyetini değil, aynı zamanda genel yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bu sonuçlar, depresyonun sadece bireysel sağlık üzerinde değil, profesyonel performans ve iş memnuniyeti üzerinde de ilişkiler oluşturduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda yapılan çoklu regresyon analizi, tükenmişlik ve depresyonun çalışan memnuniyeti üzerindeki ilişkisini anlamak için önemli veriler sunmuştur. Modelin anlamlılığı F-testi ile de desteklenmiş olup, bulguların güvenilirliğini ve modelin sağlamasını ortaya koymaktadır. Beck Depresyon Ölçeği puanlarının çalışan memnuniyeti üzerinde negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, depresyon seviyesinin artmasıyla birlikte çalışan memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır. Korelasyon analizinde de benzer şekilde, depresyonun ve tükenmişliğin negatif yönlü anlamlı ilişkileri gözlenmiştir. Özellikle depresyon ile çalışan memnuniyeti arasındaki negatif korelasyon oldukça güçlüdür ($r = -0,484$, $p < 0,01$). Çalışma ortamından memnuniyet ($r = -0,427$), yenilik, değişim, kalite ($r = -0,373$), bireysel mesleki gelişim ($r = -0,389$) ve sosyal kültürel imkânlar ($r = -0,472$) ile olan ilişkiler de benzer negatif eğilimler göstermiştir. Bu sonuçlar, depresyonun sadece genel iş memnuniyetini değil, aynı zamanda işin diğer boyutlarını da olumsuz bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır.

Dawani ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir başka çalışmada, depresyonun iş yerindeki verimliliği düşürdüğü ve sağlık çalışanlarının hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup, depresyon düzeylerinin yükselmesiyle iş memnuniyetinde ve çalışma ortamındaki verimlilikte düşüşler gözlemlenmiştir. M.Melchior ve arkadaşları (Sosyal, ve Gelişimsel Psikiyatri Merkezi, Londra 2007), sağlık sektöründe çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları bir çalışmada, depresyonun iş memnuniyeti üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışmanın bulguları, depresyonun hemşirelerin iş yerindeki stresi artırdığını, iş yükünü daha zor hale getirdiğini ve iş memnuniyetini azalttığını ortaya koymuştur. Bu bulgular, çalışmamızın sonuçları ile tutarlıdır; depresyonun hemşirelerin iş yükünü ve stresi artırarak iş memnuniyetini düşürdüğü saptanmıştır. Shanafelt ve arkadaşları (ABD 2012), sağlık çalışanları arasında depresyon ve iş memnuniyeti arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Çalışma, depresyonun doktorların iş memnuniyetini ciddi şekilde azalttığını ve tükenmişlik sendromuna yol açtığını göstermiştir.

Ayrıca, depresyonun doktorların hasta bakım kalitesini düşürdüğü ve mesleki hataların artmasına neden olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular, depresyonun sağlık çalışanları üzerindeki geniş kapsamlı olumsuz etkilerini vurgulamaktadır ve çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Paul Jacob, (2019) tarafından yapılan çalışmada (Kanada'da Hemşirelerin Görev Performansından Memnuniyetini Etkileyen Faktörler araştırmasında, sağlık çalışanlarının

tükenmişlik ve depresyon faktörlerinin memnuniyet üzerindeki etkilerini incelemiştir. Araştırmanın sonucunda stres seviyelerini azaltmak ve profesyonel eşitliği artırmak için hastanelerde daha iyi çalışma ortamlarının geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. İyi liderlik, daha iyi bir örgüt kültürü ve destekleyici bir çalışma ortamının varlığı, hem günlük sıkıntı seviyelerini azaltmakta hem de sağlık çalışanlarının görevlerinden duydukları memnuniyeti artırdığını belirtmiştir. Dyrbye ve arkadaşları (ABD 2014 Mayo Clinic), sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları bir çalışmada, depresyonun iş memnuniyeti üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Araştırma, depresyonun bu gruptaki bireylerde yüksek düzeyde iş stresi ve düşük iş memnuniyeti ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde, depresyonun erken teşhis edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılmasının, çalışan memnuniyetini artırmak için kritik öneme sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın bulguları, depresyonun sağlık çalışanlarının iş memnuniyeti üzerindeki olumsuz etkilerini açıkça ortaya koymaktadır. Sağlık sektöründe çalışan bireylerin psikolojik sağlıklarının korunması ve desteklenmesi, hem çalışan memnuniyetini hem de hasta bakım kalitesini artırmak için kritik öneme sahiptir. Bu bağlamda, iş yerinde sağlık ve psikolojik destek programlarının güçlendirilmesi, erken müdahale ve sürekli eğitim programları, sağlık çalışanlarının hem kişisel hem de profesyonel refahını destekleyecektir. Shailesh Kumar 2016 çalışmasında çeşitli ülkelerde doktorların tükenmişlik ve depresyonun iş memnuniyetiyle önemli düzeyde negatif ve anlamlı ilişkisi olduğunu belirtmiştir.

6. SONUÇ

Bu araştırmanın bulguları, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin iş memnuniyeti üzerinde önemli düzeyde negatif ilişkisi olduğunu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, özellikle, depresyon düzeyinin iş memnuniyetini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Evde sağlık hizmetleri yöneticilerinden memnuniyetin ise iş memnuniyetini artırdığı ve bu ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler, kadın sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ve depresyon düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir. Bekâr sağlık çalışanlarının evli çalışanlara göre daha yüksek tükenmişlik ve depresyon düzeylerine sahip olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığı olan katılımcıların, olmayanlara göre daha yüksek depresyon ve tükenmişlik düzeyleri yaşadığı ve bu farkın da anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Mesleki özellikler incelendiğinde, hemşirelerin duygusal tükenme ve depresyon düzeylerinin sağlık teknikerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yönetici pozisyonunda çalışanların tükenmişlik düzeyleri, yönetici olmayanlara göre daha düşük bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmamıştır. Ayrıca, meslekteki çalışma süresi ve haftalık çalışma saatlerinin tükenmişlik ve depresyon üzerinde belirgin bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak, bu araştırma, evde sağlık hizmetleri biriminde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin iş memnuniyeti ile yakından ilişkili olduğunu olumsuz etkilediği göstermektedir. Çalışma sonucunda iş memnuniyetini olumsuz etkileyen ilişkilere yönelik, iş-yaşam dengesini sağlamak, iş güvenliğinin sağlık çalışanı her koşul çalışma şartlarına göre gereksinimlerini tamamlamak ve evde sağlık çalışanlarında iş memnuniyetini olumsuz etkileyen faktörlerin iyileştirmeye yönelik stratejilerle önlenmesi bilirdiğini mümkün göstermektedir. Buna yönelik sağlık çalışanı iş memnuniyetini olumsuz etkileyen faktörlerin politik yapılandırmaların buna periodik yenilikler düzenleyerek desteklenmesi daha da güçlü hale getirecektir. Depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin azaltılması için sağlık çalışanlarına yönelik psikososyal destek ve danışmanlık hizmetlerinin artırılması, çalışma ortamının iyileştirilmesi ve çalışan memnuniyetini olumsuz ilişkisi olan

faktörlerin önlemlerinin alınması gerektiği sonucuna varılmıştır. Elde edilen sonuçlar kapsamında aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Sağlık çalışanlarının depresyon ve tükenmişlik düzeylerini azaltmak amacıyla, düzenli olarak psikolojik destek ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Bu hizmetlerin erişilebilir ve çalışanlar için teşvik edici olması önemlidir.

Çalışma ortamının fiziksel ve psikososyal koşulları iyileştirilmelidir. Sağlık çalışanlarının iş yükü dengelenmeli ve dinlenme süreleri artırılmalıdır. Ayrıca, çalışma ortamının güvenli ve destekleyici olması sağlanmalıdır.

- Sağlık çalışanlarına yönelik tükenmişlik, stres yönetimi ve depresyon belirtileri konularında eğitim ve farkındalık programları düzenlenmelidir. Bu programlar, çalışanların kendi ruh sağlıklarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilir.
- Özellikle bekâr ve kronik hastalığı olan çalışanlar için sosyal destek mekanizmaları güçlendirilmelidir. Çalışanların ekipleriyle ve yöneticileriyle olan iletişim ve işbirliği artırılmalı, destekleyici bir iş ortamı oluşturulmalıdır.
- Yönetici ve liderlik rollerindeki kişilerin, çalışanların memnuniyetini artıracak şekilde liderlik yapmaları teşvik edilmelidir. Yönetici-çalışan iletişimi güçlendirilerek, çalışanların ihtiyaçlarına duyarlı bir yönetim anlayışı benimsenmelidir.
- Sağlık çalışanlarının kariyer gelişimlerine destek olacak eğitim ve sertifikasyon programları düzenlenmelidir. Bu tür fırsatlar, çalışanların mesleki tatminlerini artırabilir ve iş memnuniyetini olumlu yönde etkileyebilir.
- Çalışanların motivasyonunu artırmak için performansa dayalı ödüllendirme ve teşvik sistemleri oluşturulmalıdır. Başarılı çalışanlar takdir edilmeli ve ödüllendirilmelidir.
- Çalışanların iş ve özel yaşam dengelerini korumalarına yardımcı olacak esnek çalışma saatleri ve izin politikaları benimsenmelidir. Bu, çalışanların genel yaşam memnuniyetini ve iş verimliliğini artırabilir.

KAYNAKLAR

- Acar, A., Nemutlu, E., Gürhan, G., ve Liman, V. (2004). Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi araştırma görevlilerinin iş memnuniyeti ve bunu etkileyen faktörler. *Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy*, (2), 95-106.
- Adam, D. K., ve Hablemitoğlu, Ş. (2021). Sosyal Hizmet Bağlamında Depresyon ve İlişki Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Aydın İlinde Bir Araştırma. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 5(1), 36-46.
- Ağcasulu, H. (2021). Sosyal Politika Olarak Evde Bakım Hizmetleri: Ülke Örnekleri Ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 167-183.
- Ağırbaş, İ., Çelik, Y., ve Büyükkayıkçı, H. (2005). Motivasyon araçları ve iş tatmini: sosyal sigortalar kurumu başkanlığı hastane başhekim yardımcıları üzerinde bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 326-350.
- Ak, M., Kırpınar, İ., Atmaca, M., Yüce, A. E., Güler, Ö., Kesici, Ş. ve Kumsar, N. A., (2020). *Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Akbaba, A. N. B., ve Bulut, N. (2021). Pandemi Sürecinde Muhasebe Meslek Mensuplarının Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *European Journal of Managerial Research (EUJMR)*, 5(1), 35-48.
- Akçamete, G., Kaner, S., and Sucuoğlu, B. (2001). *Burnout, job satisfaction and personality in teachers*. Ankara: Nobel Publication, 124-125.
- Akgüç, O. M. (2021). *Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Otomatik Düşünceler ve Benlik Saygısının Sosyodemografik Değişkenlere Göre İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 54-57.
- Aksu, A. (2010). *Tükenmişlik sendromunun örgütsel bağlılığa etkileri: Bir sağlık kuruluşunda uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya, 27-28.
- Aktaş, H., ve Şimşek, E. (2015). Bireylerin Örgütsel Sessizlik Tutumlarında İş Doyumu Ve Duygusal Tükenmişlik Algılarının Rolü. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 11(24), 205-230.
- Akyürek, M. İ. (2020). Öğretmenlerde tükenmişlik. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(37), 35-47.
- Alan, M. (2022). *Terapötik dozda atipik antipsikotik kullanımının gündüz uykululuğu üzerine etkisi*. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ, 39-41.
- Alan, U. (2006). *Motivasyon teorileri ve motivasyonun iş hayatı üzerindeki etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 65-66.

- Alanoğlu, M. (2019). *Algılanan okul müdürü yönetim tarzları ile öğretmenlerin karara katılma, örgütsel adalet, iş doyumu ve tükenmişlik algıları arasındaki ilişkinin analizi*. Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, 38.
- Algamdi, S. J., and Johnson, M. (2014) Older Patient Satisfaction with Home Health Care Program in Saudi Arabia AlBaha Region. *Macrojournals*, 2(1), 157-177.
- Altuntaş, M., Yilmazer, T., Güçlü, Y., ve Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20, 153-158.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Text revision*, 357.
- Anber, T., Akar, T., ve Altun, F. (2021). Depresyon ve toplum ruh sağlığı. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 99-103.
- Andiç, Ö. (2020). *Bakım evlerinde bakım hizmeti alan bireylerde depresyon ve umutsuzluk ile ilişkili faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Angle, H. L., and Perry, J. L. (1983). Organizational commitment: Individual and organizational influences. *Work and Occupations*, 10(2), 123-146.
- Anık, H., Uyanık, G., ve Yılmaz, M. (2023). Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kullanımlarının İncelenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 9(1).
- Anker-Hansen, C., Skovdahl, K., McCormack, B., and Tønnessen, S. (2018). The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services- A systematic review from a person-centred perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1309-e1326.
- Ardıç, K., ve Polatci, S. (2009). Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (32), 21-46.
- Arkar, H. (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. Düşünen Adam: *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3), 37-40.
- Arslan, V. (2016). *Yönetici desteğinin iş memnuniyeti, duygu düzenleme becerisi ve örgütsel performans algısı üzerine aracı etkisi: Sağlık sektöründe bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Elazığ, 22-24.
- Artık, S. (2009). *Yönetimsel davranış biçimlerinin iş doyumuna etkisi üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,
- Aslan, A. A., Sarı, B. A., ve Kuruoğlu, A. (2012). Depresif duygudurumdan major depresyona klinik spektrum. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 56-64.
- Aslan, Ş., Uyar, S., ve Güzel, Ş. (2018). Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 45-56.

- Aslan, V. (2014). *Farklı yaş kategorilerindeki atletlerin depresyon düzeyleri ve imgeleme biçimlerine etkisinin araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, 50-54.
- Aslan, Z., and Etyemez, S. (2015). The impact of burnout level of employees on intention to leave: A research on the hotels in Hatay. *Journal of Business Research Turk*, 7(3), 482-507.
- Aşan, Ö., ve Erenler, E. (2008). İş Tatmini ve Yaşam Tatmini İlişkisi. *Süleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences*, 13(2).
- Avşaroğlu, S., Deniz, E.M., Kahraman, A. (2005). Teknik öğretmenlerde yaşam boyu iş doyumunu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14, 115-129.
- Aydemir, Ö. (2004). Atipik depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 49-53.
- Aydinoğlu, N. (2023). *Tükenmişlik algısı ve duygusal emek davranışlarının çalışan performansına etkisinde yöneticiye duyulan güvenin moderatör rolü: Covid 19 pandemi sürecinde huzurevi çalışanları üzerinde bir saha çalışması*. Doktora Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 28-29.
- Ayduğ, Ç., ve Ünsar, A. S. (2021). *Örgütsel tükenmişlik. Negatif Yönlü Örgütsel Davranış*. İstanbul: Efe Akademi Yayınları, 237-266.
- Aysan, F., ve Bozkurt, N. (2013). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Kullandığı Başaçıkma Stratejileri İle Depresif Eğilimleri Ve Olumsuz Otomatik Düşünceleri Arasındaki İlişki. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 12(12), 25-38.
- Bağrıyanık, Y. (2019). *Psikiyatri yataklı servisinde çalışan hemşirelerin iş stresi ile depresyon, duygusal tükenme, ikincil travmatik stres ve eşduyum yorgunluğu arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Bahadır, E., ve Kalender, B. (2017). Sağlık Çalışanlarında Depresyon Tükenmişlik Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 5(40), 454-465.
- Bakker, A. and Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. and Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285.
- Bal, C. G. (2013). Sağlık Kurumlarında İletişim Doyumu Üzerine Bir Alan Araştırması. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 13(25), 107-126.
- Bass, B.M. (1990). From Transactional To Transformational Leadership: Learning To Share The Vision. *Organizational Dynamics*, Winter Press, 18(3), 19-31.

- Başol, G., ve Altay, M. (2009). Eğitim yöneticisi ve öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 58(58), 191-216.
- Batur, S., ve Demir, H. K. (2009). Depresyonun tedavisi: Bilişsel davranışçı yaklaşım. *Bilişsel Davranışçı Terapiler*, 4, 15-56.
- Bayrakçı, M. (2007). Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (14), 198-210.
- Bekircan, E., ve Okanlı, A. (2023). Yaşlı bireylerde depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 16(1), 16-22.
- Berg, M., and Cocks, G. (Eds.). (2002). *Medicine and modernity: public health and medical care in nineteenth-and twentieth-century Germany*. Cambridge University Press.
- Bianchi, R., Truchot, D., Laurent, É., Brisson, R., and Schonfeld, I. (2014). Is burnout solely job-related? a critical comment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(4), 357-361.
- Bihan, B. L., and Martin, C. (2006). A comparative case study of care systems for frail elderly people: Germany, Spain, France, Italy, United Kingdom and Sweden. *Social policy & administration*, 40(1), 26-46.
- Bolat, O. (2011). İş yükü, iş kontrolü ve tükenmişlik ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(2), 87-101.
- Bonde, J. P. E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and environmental medicine*, 65(7), 438-445.
- Brenner, J. (2020). *Examining the Stage Progression of Employee Burnout*. Hofstra University.
- Brummelhuis, L., Hoeven, C., Bakker, A., and Peper, B. (2011). Breaking through the loss cycle of burnout: the role of motivation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(2), 268-287.
- Budak, G., ve Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 95-108.
- Bulgurcu Gürel, E. (2016). Duygusal Tükenmişlik, İş Stresi Ve İşe Bağlılığın İş-Aile Çatışması Üzerindeki Etkisi: Ampirik Bir Araştırma. *Dumlupınar University Journal of Social Science/Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (48), 349-364.
- Bülbül, A. (2016). *Sağlık Çalışanlarının Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Sürdürülebilirliği Konusundaki Algı Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Saha Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Büyükçolpan, H. (2019). *Üniversite Öğrencilerinde Nomofobi, Bağlanma Biçimleri, Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 22-23.

- Can R. (2017). *Hemşirelerde Profesyonellik Durumu Ve Tükenmişlik Sendromu Düzeyi*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 55-59.
- Candaş, E. N. (2018). *Anesteziyoloji ve reanimasyon anabilim dalında görevli araştırma görevlisi ve uzman hekimlerde tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik verilerle incelenmesi*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, 33-34.
- Cengiz, Y., Kutlar, T., Hacıoğlu, M., ve Yaman, M. (2004). Distimik Bozukluk: Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*, 17(1), 21-6.
- Cerrah, L. C., Umar, E. K., Oral, M., ve Pak, M. (2024). Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Ve Bakım Verenlerinin Karşılaştıkları Sosyal Sorunlar Üzerine Nitel Bir Çalışma: Oltu Örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 24(62), 77-96.
- Ceylan, A. K., Çelik, G. M., ve Emhan, A. (2015). Personel güçlendirmesi ve yönetici desteğinin iş memnuniyeti üzerindeki etkisi: enerji sektöründe bir uygulama. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 168-185.
- Chen, C. C., Yamada, T., Nakashima, T., and Chiu, I. M. (2017). Substitution of formal and informal home care service use and nursing home service use: health outcomes, decision-making preferences, and implications for a public health policy. *Frontiers in Public Health*, 5, 297.
- Chen, J., Li, J., Cao, B., Feng, W., Luo, L., and Xu, J. (2019). Mediating effects of self-efficacy, coping, burnout, and social support between job stress and mental health among young chinese nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 163-173.
- Cihan, B. B. (2011). *Farklı illerde çalışan ilköğretim okullarında görevli beden eğitimi öğretmenlerinin, mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi ve karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 44-49.
- Clark, D. A. (2022). Cognitive reappraisal. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(3), 564-566.
- Coşkun, N. (2011). *Evde Sağlık Hizmetlerinde Yaşam Kalitesi Ve Hasta Memnuniyeti*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 54-57.
- Çalışkan Ayşe (2010). *Yeni Mezun Hemşirelerde İş Doyumu Tükenmişlik Ve Gerçeklik Şokunun İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 66-67.
- Çam, O. (1999). Tükenmişlik üzerine bir değerlendirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 14(1), 81-93.
- Çatıkoğlu, M. E. (2006). *Kurum kültürü, motivasyon ve iş memnuniyetine etki eden faktörlerin karşılaştırmalı analizi*. Doktora Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın, 37-38.
- Çayır, Y. (2020). Home health care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(1), 147-152.

- Çetin, F., Basım, H. N., ve Aydoğan, O. (2011). Örgütsel bağlılığın tükenmişlik ile ilişkisi: öğretmenler üzerine bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (25), 61-70.
- Çetin, P. İ. (2022). *Evlad edinen ailelerin evlat edinme süreçlerinin incelenmesi*. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, 70-71.
- Çınar, M. (2018). Çalışanın memnuniyetini etkileyen faktörler: Bursa örneği. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 39-62.
- Çoban, M., ve Esatoğlu, A. (2004). Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku*, 12, 109-120.
- Çolak, D. (2021). *Covid-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 66-67.
- Çubuk, B. (2020). Covid-19 İle Gelen Kayıp Nesne, Yas ve Depresyon. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(21), 90-99.
- Davison, G. C., Neale, J. M., and Kring, A. M. (2004). *Abnormal psychology: With cases*. Hoboken, NJ : John Wiley, 164-171.
- Dawani, H. A., Hamdan-Mansour, A. M., and Ajlouni, M. T. (2014). *Users' perception and satisfaction of current situation of home health care services in Jordan*. Philadelphia: Scientific Research Publishing Inc., 67074.
- Dawis, R. V., Lofquist, L., and England, G. (2005). The Minnesota theory of work adjustment. *Career Development*, 1, 1993-2012.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., and Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, 86(3), 499.
- Demir, A. (1995). *Hemşirelerin tükenmişlik (burnout) düzeyleri ve tükenmişliği etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 66-69.
- Dibekoğlu, Z. (2006). *Okul yöneticilerinin denetim odaklarına göre tükenmişlik düzeyleri (Sakarya ili örneği)*. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, 38.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for anational index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Díez, M., Dolan, S., Sierra, V., and Cannings, K. (2008). Personal and organizational determinants of well-being at work. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 598-610.
- Doğan, T. (2006). *Üniversite öğrencilerinin sosyal zeka düzeylerinin depresyon ve bazı değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, 49-50.

- Doğusan, A. R. (2019). Türkiye'de evde sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve gelişimi. *Ankara Medical Journal*, 19(3), 684-693.
- Dolgun, U. (2010). Tükenmişlik sendromu. *Örgütsel Davranışta Güncel Konular*, 287, 310.
- Dursun, S. (2000). Öğretmenlerde tükenmişlik ile yükleme biçimi, cinsiyet, eğitim düzeyi ve hizmet süresi değişkenleri arasındaki yordayıcı ilişkilerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 22-23.
- Edis, E. K., ve Keten, M. (2022). COVID-19 pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, iş tatmini ve yaşam doyumu. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(2), 331-342.
- Eğnli, A. T. (2009). Çalışanlarda iş doyumu: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş doyumuna yönelik bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(3), 35-52.
- Elyas, S. (2016). Çalışan memnuniyetinin sağlanmasında örgütsel faktörlerin rolü: Bir özel hastaneye ilişkin araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 68-71.
- Erdem, Ö., ve Çelepkolu, T. (2014). Postpartum depresyonun risk faktörleri ve nedenleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(3), 93-99.
- Erdoğan, A., ve Hocaoglu, Ç. (2020). Doğum sonrası depresyonun tanı ve tedavisi: bir gözden geçirme. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 11(39), 31-37.
- Ergin, C. (1992, 22 Eylül). Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara, 39.
- Eroğlu, B. S., ve Arıkan, S. (2016). Acil yardım çalışanlarında travma, tükenmişlik ve yaşam doyumu ilişkilerinde stresle başa çıkmanın moderatörlük rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 31(78), 45-57.
- Eroğlu, Ş. G. (2014). Örgütlerde Duygusal Emek Ve Tükenmişlik İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 147-160.
- Erol, V. (1998). İş tatmini ve örgütsel bağlılık. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 99-107.
- Ertek, İ. E., Özkan, S., Candansayar, S., ve İlhan, M. N. (2020). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Stres, Tükenmişlik ve Depresyon. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 10-20.
- Faragher, E.B., Cass, M. and Cooper, C.L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational and Environment Medicine*, 62(2), 105-112.
- Fields, D. L., and Blum, T. C. (1997). Employee satisfaction in work groups with different gender composition. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 18(2), 181-196.

- Fikar, C., and Hirsch, P. (2017). Home health care routing and scheduling: A review. *Computers & Operations Research*, 77, 86-95.
- Furnham, A., Ritchie, W., and Lay, A. (2016). Beliefs about the causes and cures of depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(5), 415-424.
- Genet, N., and Boerma, W. (2012). Home Care across Europe—Case Studies. The Netherlands: The European Observatory on Health Systems and Policies. *A partnership hosted by the World Health Organization*, 197-206.
- Genet, N., Boerma, W. G., Kringos, D. S., Bouman, A., Francke, A. L., Fagerström, C., and Devillé, W. (2011). Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 11, 1-14.
- Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., and Saltman, R. B. (2011). *Current Structure and Future Challenges*. Copenhagen: WHO, 145.
- Grabowski, D. C., and Mor, V. (2020). Nursing home care in crisis in the wake of COVID-19. *Jama*, 324(1), 23-24.
- Güdük, Ö., Güdük, Ö., ve Sertbaş, Y. (2020). Evde sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarının memnuniyeti. *Boğaziçi Tıp Dergisi*, 7, 3, 82-88.
- Güleç, C., ve Köroğlu, E. (Eds.). (1997). *Psikiyatri temel kitabı*. İstanbul: HYB, 634-639.
- Güleç, H., Sayar, K., ve Özkorumak, E. (2005). Depresyonda bedensel belirtiler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 90-96.
- Güllü, B. (2019). *Sınıf öğretmenlerinin tükenmişlik düzeylerinin mesleki öz-yeterlik, özerklik ve iş memnuniyeti açısından yordanması*, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 69-70.
- Gümüştekin, G. E., ve Gültekin, F. (2015). Stres Kaynaklarının Kariyer Yönetimine Etkileri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (23).
- Gündüz, A., ve Gündoğmuş, İ. (2019). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile otomatik düşünceler, ara inançlar, uyumsuz şemalar, anksiyete ve depresif belirti şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, 424-435.
- Gürbüz, H., and Akarsu, O. (2018). *The Burnout of Teachers Who Work in Secondary School: The Case of Eskişehir Province. Innovation and Global. Congress Book*. InGlobe Academy, 23.
- Gürer, A. (2021). Ülke Örnekleri ile Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 5(1), 20-25.
- Güvener, B. (2022). *Yaşlılık Döneminde Depresyon ve Tedavisi*, Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 33-34.
- Güzel, E. Ç. (2018). Türkiye’de evde sağlık hizmetleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 10(5), 15-19.

- Güzelocak, U. (2023). *Duygusal emek ve tükenmişlik arasındaki ilişki: Satış danışmanlarına dair bir inceleme*. Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludag Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 44-45.
- Hackman, J. R., and Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250-279.
- Halişçelik, M. (2021). *Majör depresyon ile narsisistik kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin araştırılması*. Doktora Tezi, Bursa Uludag Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 103-109.
- Harris, T. (2001). Recent developments in understanding the psychosocial aspects of depression. *British Medical Bulletin*, 57(1), 17-32.
- Hastürk, M. O., ve Şenışık, S. (2011). Düzenli egzersiz yapan ve yapmayan ergenlerde depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Spor Hekimliği Dergisi*, 46(2), 039-046.
- Herzberg, F. (1968). *One More Time How Do You Motivate Employees*. Harvard Business Review, 1-14.
- Hubley, A. M. (2021). *Beck depression inventory*. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research*. Cham: Springer International Publishing, 1-11.
- Hutchinson A. (2012). Home Care across Europe—Case Studies. Iceland: The European Observatory on Health Systems and Policies. *A partnership hosted by the World Health Organization*, 137–142.
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A., ve Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- Işıksan, V. (2016). Çalışanlarda tükenmişlik sendromu. *Akciğer kanserinde destek tedavisi içinde*. TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, Ankara, 366-391.
- İçerli, L. (2010). Örgütsel adalet: Kuramsal bir yaklaşım. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 5(1).
- İnce, N. B., ve Şahin, A. E. (2015). Maslach tükenmişlik envanteri-eğitimci formu’nu Türkçe’ye uyarlama çalışması. *Journal of Measurement and Evaluation in Education and Psychology*, 6(2), 385-399.
- İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(3), 3-13.
- İnternet: Web: <https://androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/25112014164858-10-BECK-DEPRESYON-ENVANTERI.pdf> adresinden 7 Haziran 2024’te alınmıştır.
- Jackson, C. J., Potter, A., and Dale, S. (1998). Utility of facet descriptions in the prediction of global job satisfaction. *European Journal of Psychological Assessment*, 14(2), 134-140.

- Judge, T. A., Bono, J. E., Thoresen, C. J., and Patton, G. K. (2001). The job satisfaction–job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 127(3), 376-407.
- Kaban, C. (2021). *Depresyon ve yaygın anksiyetenin belirtilerinin yordanmasında algılanan ebeveynlik biçimleri ve abartılmış sorumluluk tutumunun rolü*. Yüksek Lisans Tezi, İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 67-68.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 68(1), 29-32.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
- Kahraman, S. (2021). *Bağlanma Stilleri, Depresyon ve Saldırganlık*. Ankara: İksad Yayınevi, 61-62.
- Kapan, M., Yanikkerem, E. (2016). Kırsal ve Kentsel Alanda Yaşayan Gebelerin Depresyon, Yalnızlık ve Şiddete Maruz Kalma Durumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 431-439.
- Kaplan, M. (2007). *Motivasyon teorileri kapsamında uygulanan özendirme araçlarının işgören performansına etkisi ve bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 52-57.
- Kaplan, M. (2023). Evde Bakım Hemşiresinin Tele Sağlık Hizmetlerindeki Roller. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(2), 151-156.
- Kara, B., Çakmaklı, P., Nacak, E., ve Türeci, F. (2021). Doğum sonrası depresyon. *Sted*, 10(9), 333-4.
- Karaaslan, B. S. (2021). *Covid-19 salgın sürecinde ergenlerin psikolojik sağlamlıkları ile depresyon ve somatik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 32-35.
- Karabağ, H. (2007). *Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 78-81.
- Karaca, E., ve Karaaziz, M. (2023). Majör Depresif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Terapi ile Tedavisi: Bir Olgu Sunumu. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2), 279-292.
- Karacaoğlu, K., ve Çetin, İ. (2015). İş yükü ve rol belirsizliğinin çalışanların tükenmişlik düzeyleri üzerine etkisi: Afad örneği. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 5(1), 46-69.
- Karadağ, M. (2006). *Türk Silahlı Kuvvetlerinde Görevli Hekim Öğretim Üyelerinin Evde Bakım Hizmetleri Konusundaki Görüşleri*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 61.

- Karagöz Yalçın (2021). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri* (3. Basım). Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın, 124-127.
- Karaman, F., ve Altunoğlu, A. E. (2007). Kamu üniversiteleri öğretim elemanlarının iş tatmini düzeyini etkileyen faktörler. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 14(1), 109-120.
- Karamustafalıoğlu, O., ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Karataş, E., ve Uçar, A. (2023). Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyi üzerinde bazı B grubu vitaminleri ile D vitamininin etkisinin incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 281-295.
- Karcıoğlu, F., ve Akbaş, S. (2010). İşyerinde psikolojik şiddet ve iş tatmini ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(3), 139-161.
- Karip, S., ve Tekin, M. (2022). Sağlıkta Yaşlılık Ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler. *Güncel Tartışmalarla Yaşlılık*, 139.
- Kart, M. E., ve Atagün, N.(2017). Beceri Çeşitliliği İş Karakteristiğinin Yapısal İş Kaynaklarını Arttırma Becerikliliği Üzerindeki Etkisi: Proaktif Kişiliğin Aracı Rolü. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 10(4), 520-538.
- Kaşlı, M., ve Seymen, O. A. (2010). Kişilik özellikleri, lider-üye etkileşimi ve tükenmişlik ilişkisi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (27).
- Katı, M., ve Karaaziz, M. (2023). Majör Depresyon Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Olgu Sunumu. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(8), 1006-1017.
- Katırcıoğlu, E., ve Kabakulak, A. (2020). Öz yeterliğin iş özerkliği üzerindeki etkisi: turist rehberleri üzerine bir araştırma. *Turist Rehberliği Dergisi (TURED)*, 3(1), 32-43.
- Kaya, F. Ş., Yıldız, B., ve Yıldız, H. (2013). Herzberg İn Çift Faktör Kuramı Açısından İlköğretim I. Kademe Öğretmenlerinin Motivasyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (39), 1-18.
- Kaya, İ., ve Tıraş, B. (2021). Sosyal Karşılaştırma, Bilişsel Üçlü Ve Psikolojik Sağlamlık Arasındaki İlişkiler. *International Journal of Eurasia Social Sciences/Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(45).
- Kazu, İ. Y., ve Yıldırım, D. (2021). Mesleki tükenmişlik: Etki eden faktörler, belirtileri ve sonuçları. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 462-473.
- Kekeç, D., ve Tan, M. (2021). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 64-72.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve somatizasyon. *Klinik Psikiyatri*, 1, 14-19.
- Kesebir, S., Vahip, S., Akdeniz, F., ve Yüncü, Z. (2005). Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3), 164-169.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., and Kendler, K. S. (1994). Lifetime And 12-Month Prevalence Of DSM-III-R Psychiatric Disorders In The United States: Results From The National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kılıç, İ. (2020). Turizm alanyazınında tükenmişliğin öncülleri ardılları ve model önerileri. *Tourism and Recreation*, 2(2), 118-124.
- Kılıç, R., ve Keklik, B. (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi Ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 147-160.
- Kıskaç, N., ve Girgin, B. (2022). Evde Sağlık Hizmetlerinin Dünü, Bugünü ve Hemşirelerin Rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 26(3), 119-123.
- Koç, M. (2012). *İş tatmini, duygusal tükenmişlik ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin incelenmesi: Şırnak geçici köy koruculuğu örneği*. Doktora Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tokat, 122-125.
- Koçak, E. (2011). *İlköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin yetki devri, otonomi ve hesap verebilirliklerine ilişkin algılarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Osmangazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 84-85.
- Koçkara (2024). *Kovid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Mesleki Motivasyonları Üzerine Etkisi: Erzincan İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 27-29.
- Kotan, V. O., Kotan, Z., Aydın, B., ve Kırılı, S. (2018). Depresyon Hastalarında Nörodavranışsal Kognitif Durum Değerlendirme Testi Sonuçları. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 84-93.
- Kök, S. B. (2006). İş tatmini ve örgütsel bağlılığın incelenmesine yönelik bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 291-317.
- Köroğlu, E. (2006). *Depresyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 123-129.
- Köroğlu, E. (2009). *Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 93-97.
- Köroğlu, Ö. (2011). *İş doyumu ve motivasyon düzeylerini etkileyen faktörlerin performansla ilişkisi: Turist rehberleri üzerine bir araştırma*. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Balıkesir, 55.
- Krick, T., Huter, K., Domhoff, D., Schmidt, A., Rothgang, H., and Wolf-Ostermann, K. (2019). Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC Health Services Research*, 19, 1-15.
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., and van Ginneken, E. (2016). Health systems in transition. *The Netherlands: Health System Review*, 18(2), 1-239.

- Kuhlmann, R. (2024). The dynamic interplay of job characteristics and psychological capital with employee health: a longitudinal analysis of reciprocal effects. *Journal of Occupational Health Psychology*, 29(1), 14-29.
- Leiter, M. P., and Maslach, C. (2003). Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In *Emotional and physiological processes and positive intervention strategies*. Leeds: Emerald Group Publishing Limited, 91-134.
- Levine, S. A., Boal, J., and Boling, P. A. (2003). Home care. *Jama*, 290(9), 1203-1207.
- Liu, Y., Hsu, H.T., and, Chen, H.M. (2015). Staff nurse decisional involvement: An Internet mixed-method study in Taiwan. *Journal of Nursing Management*, 23(4), 468-78.
- Locke, E.A., (1976). The Nature and Causes of Job Satisfaction. *The Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, Chicago, IL: Rand McNally, 1297-1349.
- Ma, L. (2020). Depression, anxiety, and apathy in mild cognitive impairment: current perspectives. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12, 9.
- Macit, F. (2001). *İşletmelerde motivasyon ölçümü ve bir uygulama*, Doktora Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul: 27-30.
- Maslach, C., and Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., and Leiter, M. P. (2001). *Job burnout. Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Mathieu, J. E., and Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108(2), 171.
- McNeese-Smith, D. K. (1997). The influence of manager behavior on nurses' job satisfaction, productivity, and commitment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 27(9), 47-55.
- Meissner, A., Hasselhorn, H. M., Estry-Behar, M., Nezet, O., Pokorski, J., and Gould, D. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe—results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 535-542.
- Merih, Y. D., Ertürk, N., Yemenici, M., ve Satman, İ. (2021). Evde sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(3), 76-89.
- Mete, H. E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Miller, L., and Campo, J. V. (2021). Depression in adolescents. *New England Journal of Medicine*, 385(5), 445-449.
- Naumenko, M. V., Zholudeva, S. V., and Ulybysheva, I. N. (2020). Features of emotional burnout of pedagogical workers of state and commercial preschool educational organizations. In *SHS Web of Conferences*. EDP Sciences, 87.

- Neveu, J. (2006). Jailed resources: conservation of resources theory as applied to burnout among prison guards. *Journal of Organizational Behavior*, 28(1), 21-42.
- Noe, R. A. (1996). Is career management related to employee development and performance?. *Journal of Organizational Behavior*, 17(2), 119-133.
- Oflaz, N. K. (2022). Tele-Tıp Destekli Evde Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Boyutu: Finansmanı ve Maliyetleri Üzerine Bir İnceleme. *Alanya Akademik Bakış*, 7(1), 311-335.
- Okray, Z., ve Çakıcı, E. (2008). Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(3), 132-138.
- Omay, U., ve Gür Omay, E. G. (2022). Tükenmişlik ve sosyal medya bağımlılığı. *İş, Güç: The Journal of Industrial Relations & Human Resources*, 24(1), 5-19.
- Otto, M., Ruysseveldt, J., Hoefsmid, N., and Dam, K. (2021). Examining the mediating role of resources in the temporal relationship between proactive burnout prevention and burnout. *BMC Public Health*, 21(1).
- Otto, M., Ruysseveldt, J., Hoefsmid, N., and Dam, K. (2021). Examining the mediating role of resources in the temporal relationship between proactive burnout prevention and burnout. *BMC Public Health*, 21(1).
- Owen, B. D., and Staehler, K. S. (2003). Decreasing back stress in home care. *Home Healthcare Now*, 21(3), 180-186.
- Ozelturkay, E. Y., ve Boymul, E. (2017). İş tatmini ve örgütsel bağlılığın tükenmişlik sendromu üzerindeki etkisi: Bir sanayi kuruluşunda uygulama. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 12(46), 93-102.
- Öksüz, H. (2018). *Evde sağlık hizmetleri ve hasta memnuniyeti*. Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ, 33-35.
- Önder, M. E., ve Yıldırım, A. (2022). Geç başlangıçlı romatoid artritli hastalarda yalnızlık hissi: Hastalık aktivitesi ve psikososyal faktörler ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(2), 253-262.
- Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., ve Oğuzhanoglu, N. K. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 155-161.
- Özdemir, B. (2007). *Üniversite öğrencilerinde görülen depresyonun giderilmesinde dansın etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 51-57.
- Özdemir, G. S. (2015). *Duygusal yemenin depresyon, anksiyete ve stres belirtileri ile olan ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 85.
- Özen, D. Ş., ve Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve depresif bozukluklarda örtüşen ve ayrışan belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 1-14.

- Özen, E. M., Serhadlı, Z. N. A., Türkcan, A. S., ve Ülker, G. E. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 60-65.
- Özer, Ö., ve Şantaş, F. (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 96-103.
- Özer, P. S., ve Topaloğlu, T. (2008). Motivasyonda kapsam kuramları. C. Serinkan (Ed.), *Liderlik ve Motivasyon Geleneksel ve Güncel Yaklaşımlar*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 83-104.
- Özkalp, E., ve Kirel, Ç. (2001). *Örgütsel davranış*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı, Yayın No: 149.
- Özlü, İ., Karaman Özlü, Z., Uymaz Aras G., ve Orhanlı, D. (2021). Covid-19'un Sağlık Çalışanları Üzerindeki Psikolojik Yönü: Literatür İncelemesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 274-280.
- Özsoy, T. (2022). *Çalışanların obsesif kompulsif belirti düzeylerinin işe yönelik tutum ve davranışlara etkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sakarya, 134-139.
- Öztürk, O. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2020). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Bayt yayınları.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, N.A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Papanicolas, I., Woskie, L. R., and Jha, A. K. (2018). Health care spending in the United States and other high-income countries. *Jama*, 319(10), 1024-1039.
- Polat, C. (2019). Cinsel işlev bozuklukları ve depresyon. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3(6), 223-228.
- Powell, D. M., and Meyer, J. P. (2004). Side-bet theory and the three-component model of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 65(1), 157-177.
- Rhoades, L., and Eisenberger, R. (2002). Perceived Organizational Support: A Review of The Literature. *Journal of Applied Psychology*, 87, 698-714.
- San, A., Erensoy, H., Aytaç, H. M., ve Berkol, T. D. (2020). Üniversite öğrencilerinde depresyon düzeylerinin, madde kullanımları ve aile tutumları ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 1-12.
- Sarıkaya, A. (2020). *Sağlık Bakanlığının Birinci Basamakta Depresyon Sorgulaması İçin Önerdiği Sorular ile Beck Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara, 91-94..
- Sarıkaya, P. (2007). *Tükenmişlik sendromunun kişilik özelliklerinden denetim odağı ile ilişkisi ve bir uygulama*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 8-11.

- Sayar, K. (2001). Depresyon ve kültür. *İbni Sina Tıp Dergisi*, 6, 56-59.
- Sayıl, I., Haran, S., Ölmez, Ş., ve Özgüven, H. D. (1997). Ankara Üniversitesi Hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi*, 5(2).
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., and Van Rhenen, W. (2009). How Changes in Job Demands and Resources Predict Burnout, Work Engagement, and Sickness Absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.
- Schoen, M. A., and Koenig, R. J. (1997). Home health care nursing: Past and present. *MedSurg Nursing*, 6(4), 230-233.
- Seker, S. E. (2015). Motivasyon teorisi (motivation theory). *YBS Ansiklopedi*, 2(1), 22-26.
- Seligman, M. E., and Maier, S. F. (1976). Learned helplessness: theory and evidence. *Journal of experimental psychology: General*, 105(1), 3.
- Serbest, L. (2019). *Çalışan memnuniyetini etkileyen faktörler: SGK çalışanları üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 59-64.
- Sertöz, Ö. Ö., ve HE, M. (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 7(2), 63-69.
- Sezek, İ. (2021). *Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Yaşam Doyumu*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun, 77-80.
- Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Hasan, O., Satele, D., Sloan, J., and West, C. P. (2016, July). Relationship between clerical burden and characteristics of the electronic environment with physician burnout and professional satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(7), 836-848.
- Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., and Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432-440.
- Shanafelt, T., and Dyrbye, L. (2012). Oncologist burnout: causes, consequences, and responses. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1235-1241.
- Shepperd, S., Gonçalves-Bradley, D. C., Straus, S. E., and Wee, B. (2021). Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- Sılığ, A. (2003). *Banka çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eskişehir, 11-14.
- Solmaz, T., ve Altay, B. (2019). Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 150-157.

- Song, X., and Vilares, I. (2021). Assessing the relationship between the human learned helplessness depression model and anhedonia. *PLoS One*, 16(3), e0249056.
- Soykan, E. (2012). *Örgütsel bağlılık ve tükenmişlik ilişkisi: Eğitim sektöründe bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Diyarbakır, 45-50.
- Strawbridge, R., Young, A. H., and Cleare, A. J. (2017). Biomarkers for depression: recent insights, current challenges and future prospects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1245-1262.
- Stuart, M., and Hansen, E. B. (2006). Danish home care policy and the family: implications for the United States. *Journal of Aging & Social Policy*, 18(3-4), 27- 42.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., and Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- Şendur, İ., Oğuzhanoğlu, N. K., ve Varma, G. S. (2020). Major Depresyon Bozukluğu Olan Hastalarda 1H-MRS Yöntemi ile Dorsolateral Prefrontal Korteks Nörokimyasal Metabolit Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(2), 75-83.
- Şimşek, H., Çetinkaya, F. F., ve Aytekin, C. (2019). Örgütsel kalite göstergesi olarak çalışan memnuniyeti: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29(2), 233-245.
- Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2013). *Using Mutivariate Statistic*. (Sixth Ed.), Pearson, Boston, 93-101.
- Tabur, S. T., ve Türkçapar, M. H. (2024). Bir Üçüncü Dalga Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi Olarak Bilişsel Davranışçı Sistem Analizi Psikoterapisinin (CBASP) Çeşitli Psikopatolojilerde Kullanımı ve Etkileri. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 13(1), 104-110.
- Takahashi, P. Y., Heien, H. C., Sangaralingham, L. R., Shah, N. D., and Naessens, J. M. (2016). Enhanced risk prediction model for emergency department use and hospitalizations in patients in a primary care medical home. *The American Journal of Managed Care*, 22(7), 475-83.
- Tamar, M., ve Özbaran, B. (2004). Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2(1), 84-92.
- Taşdemir, R. A., ve Ferdane Oğuzöncül, A. (2019). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 17(2), 11-28.
- Tayfur, Ö., ve Arslan, M. (2012). Algılanan İş Yükünün Tükenmişlik Üzerine Etkisi: İş-Aile Çatışmasının Aracı Rolü. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30(1), 147-172.
- Tekin, G., ve Görgülü, B. (2018). Clayton Alderfer'in Erg Teorisi ve çalışanların iş tatmini. *Social Sciences Studies Journal*, 4(17), 1560-1566.

- Terzi, Y., ve Sağlam, V. (2008). Araştırma Görevlilerinin Mesleki Tükenmişlik Durumu. *Physical Sciences*, 3(1), 52-58.
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., and Brent, D. (2022). Depression in young people. *The Lancet*, 400(10352), 617-631.
- Theorell, T., Karasek, R. A., and Eneroth, P. 1990). Job strain variations in relation to plasma testosterone fluctuations in working men - a longitudinal study. *Journal of Internal Medicine*, 227(1), 31-36.
- Thomas, S., Liao-Troth, S., and Williams, D. (2020). Inefficacy: the tipping point of driver burnout. *International Journal of Physical Distribution & Logistics Management*, 50(4), 483-501.
- Totterdell, P., and Holman, D. (2003). Emotion regulation in customer service roles: testing a model of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(1), 55.
- Tuzcuoğlu, S., ve Korkmaz, B. (2001). Psikolojik danışma ve rehberlik öğrencilerinin boyun eğici davranış ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14(14), 135-152.
- Türe, A., Yolbaş, E., ve Bıyık, M. (2022). *Hemşirelikte Tükenmişlik. Sağlık Bilimlerinde Güncel Araştırmalar-I*. Ankara: Gece Kitaplığı, 189-234.
- Türkçapar, M.H. (2019). *Klinik Uygulamada Bilişsel-Davranışçı Terapi: Depresyon*. İstanbul: Epsilon Yayınevi, 138-145.
- Türkçapar, M.H. (2020). *Hayatı Anlamak Serisi 1: Depresyondan Çıkış Yolu: Kendi Kendine Yardım Kitabı*. İstanbul: Epsilon Yayınevi, 105-112.
- Türkmenoğlu, M. A. (2020). Dışlanma Ve Tükenmişlik Sarmalında Örgüt Temelli Öz Saygı: Hizmet Sektöründe Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(Ek), 50-64.
- Uçakkuş, P. (2018). *Evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi ve evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 145-153.
- Uğuz, Ş., ve Yurdagül, E. (2002). Noradrenerjik sistem ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(4), 19-23.
- Utaş, T., Çinko, L., ve Işıl, G. (2017). Hibrit iş özellikleri kuramı çerçevesinde iş motivasyonu ve üretim. *Social Sciences Research Journal*, 6(1), 1-21.
- Uzar, F. S. (2024). Yaşlılıkta Depresyon Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşım: Olgu Sunumu. *Aydın Sağlık Dergisi*, 10(1), 103-116.
- Uzdu, Y. S. (2016). *18-60 Yaş Arası Sedef Hastalığı Tanısı Almış Bireylerin Depresyon ve Sosyal Kaygı Düzeyi ile 18-60 Yaş Arası Sedef Hastalığı Almamış Bireylerin Depresyon ve Sosyal Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 83-88.

- Uzun, L. N., ve Mayda, A. S. (2020). Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: Bir üniversite hastanesi örneği. *Konuralp Medical Journal*, 12(1), 137-143.
- Ünal Yılmaz, Z. (2014). *Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, depresyon ve iş doyumu düzeylerinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 69-74.
- Ünal, A. (2019). *Bireysel kariyer planlaması, kişisel faktörler ve iş memnuniyeti: Kadın polisler üzerinde bir uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 41-43.
- Ünal, S. (2000). *Depresyon ve Kişilik. Duygudurum Dizisi*, 2, 72-76.
- Vahip, S. (2004). Bipolar depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 7, 41-44.
- van Hout, H. P., van Lier, L., Draisma, S., Smit, J., Finne-Soveri, H., Garms-Homolová, V., and van der Roest, H. G. (2019). Signs of inequality? Variations in providing home health care across care organizations and across European countries in the IBenC study. *Health Services Insights*, 12, 1178632919837632.
- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Villa-George, F., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., and Uribe, J. (2011). Factorial validity of the job expectations questionnaire in a sample of mexican workers. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 1010-1017.
- Wang, C. (2022). Subtypes, causes and treatment of depression. *BCP Social Sciences & Humanities*, 20, 247-255.
- Waters, T., Collins, J., Galinsky, T., and Caruso, C. (2006). NIOSH research efforts to prevent musculoskeletal disorders in the healthcare industry. *Orthopaedic Nursing*, 25(6), 380-389.
- Wax, A. (2000). *An investigation of the reliability, subscale intercorrelations, and validity of the administrator role perception inventory*. Oregon: Portland State University Press, 34-37.
- Weerd, C. V. D., and Baratta, R. (2015). Changes in working conditions for home healthcare workers and impacts on their work activity and on their emotions. *Production*, 25(2), 344-353.
- Wong, V., Ruble, L., Yu, Y., and McGrew, J. (2017). Too stressed to teach? teaching quality, student engagement, and iep outcomes. *Exceptional Children*, 83(4), 412-427.
- World Health Organization. (2000). *Home-based long-term care: report of a WHO study group*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *Health worker role in providing safe abortion care and post abortion contraception*. World Health Organization.

- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Dollard, M. F., Demerouti, E., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., and Schreurs, P. J. (2007). When do job demands particularly predict burnout? The moderating role of job resources. *Journal of Managerial Psychology*, 22(8), 766-786.
- Yalvaç, H. D. (2012). Depresyonun epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 5(2), 7.
- Yaman, M., ve Karaaziz, M. (2023). Multifaktöriyel nedenlere bağlı olarak gelişen majör depresyon: Bir olgu sunumu. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 12(2), 308-311.
- Yavuz, M., ve Akca, M. (2018). Çatışma, stres, tükenmişlik ve işten ayrılma niyeti: Medeni durum ve cinsiyete göre farklılıkların incelenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 827-846.
- Yemez, B. Alptekin, K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 21-25.
- Yenihan, B., ÇAKIR, N. N., ve Alabaşoğlu, B. (2018). Cinsiyet Farklılığının Tükenmişlik Ve Yaşam Doyumuna Etkisi: Kırklareli Üniversitesinde Görev Yapan Araştırma Görevlileri Üzerine Bir Araştırma. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(1), 47-58.
- Yılbaş, B. (2022). Majör Depresyon Bozukluğu ve Huzursuz Bacaklar Sendromu Eş Tanılı Bir Hastada Depresyonun Vortiksetin ile Tedavisi: Bir Olgu Sunumu. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 59(2), 164-166.
- Yıldız, Ç., ve Şarlak, D. (2022). Erken dönem uyumsuz şemaları ile depresif belirtiler ve öz-duyarlık arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(5), 562-581.
- Yıldız, E. (2012). Mesleki tükenmişlik ve rehber öğretmenler üzerine bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(33), 37-61.
- Yılmaz, A., and Turan, E. (2007). Burnout in caregivers of Alzheimer patients, factors leading to burnout and coping ways. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 27(3), 45-454.
- Yılmaz, R. (2023). *Beliren yetişkinlikte depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin şükran ve umut açısından incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karaman.
- Yoloğlu, A. C. (2021). Üniversite Öğrencilerinin Ruh Sağlığını Etkileyen Sosyoekonomik Faktörler: Mersin Üniversitesi Örneği. *Journal of Academic Social Science Studies*, 14(88).
- Yorulmaz, D. S., ve Karadeniz, H. (2020). Terminal Dönem Ve İyi Ölüm Sürecinde Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 134-138.
- Yörük, S., Çalışkan, T., ve Gündoğdu, H. (2012). Balıkesir devlet hastanesi evde bakım hizmet biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 12-15.

- Zeng, X., Zhang, X., Chen, M., Liu, J., and Wu, C. (2020). The influence of perceived organizational support on police job burnout: A moderated mediation model. *Frontiers in Psychology, 11*.
- Zengin, O. (2016). Evde Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Hizmet Boyutu. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (8)*, 36-42.
- Zincirkıran, M., Yalçınsoy, A., and Işık, M. (2016). *Yönetici desteği ile iş memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi*. 2nd International Congress on Economics and Business, 976-983.

EKLER

EK-1. Anket

E Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz.

Değerli Katılımcı,

Bu anket formu, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Bölümü Doç. Dr. Hakan TÜZÜN ile doktora öğrencisi Yunus ALİEV tarafından yürütülmekte olan bir tanımlayıcı çalışma için uygulanmaktadır. Bu araştırmanın amacı; İstanbul Sağlık Müdürlüğüne Bağlı Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlıkları Evde Sağlık Hizmet Birimlerinde “ İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin İş Memnuniyetiyle İlişkisi ” konusunu incelemektir. Kuşkusuz çok değerli zamanınızın bir kısmını alacak olan bu anketi yanıtlama konusunda göstereceğiniz özen, işbirliği ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. KİŞİSEL BİLGİLER

Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın

Yaşınız: ()

Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

Mesleğiniz:

Hekim ()
Hemşire ()
Fizyoterapist ()
SağlıkTeknikeri ()
Diyetisyen ()
Psikolog ()

Evde sağlık hizmetleri biriminde kaç yıldır çalışıyorsunuz ()

Mesleğinizi isteyerek mi tercih ettiniz?

Hiç İstemededen Tercih Ettim ()

Pek İstemededen Tercih Ettim ()

Kararsızım ()

İsteyerek Tercih Ettim ()

Çok İsteyerek Tercih Ettim ()

EK-1. (devam) Anket

Mesleğinizden ne kadar memnunsunuz?	
Kesinlikle Memnun Değilim	()
Memnun Değilim	()
Kararsızım	()
Memnunum	()
Kesinlikle Memnunum	()
Mesleğinizi meslek seçiminde bulunacak yakınlarınıza önerir misiniz?	
Kesinlikle Önermem	()
Önermem	()
Kararsızım	()
Öneririm	()
Kesinlikle Öneririm	()
Haftalık çalışma saatiniz kaç saattir ()	
Çalışmak üzere yurtdışına gitmeyi tercih ediyor musunuz?	
Gitmeyi hiç Tercih Etmem	()
Nadiren gitmeyi Tercih Ederim	()
Kararsızım	()
Çoğu Zaman Gitmeyi Tercih Ederim	()
Kesinlikle Gitmeyi Tercih Ederim	()
Herhangi bir kronik hastalığınız (Hekim tarafından tanısı konulmuş ve en son 6 aydır devam eden) var mı ?	
Evet	()
Hayır	()

EK-1. (devam) Anket

Sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz? Çok İyi () İyi () Ne İyi Ne Kötü () Kötü () Çok Kötü ()
Evde sağlık hizmetleri biriminizde çalıştığınız ekibinizden memnun musunuz? Kesinlikle Hayır () Hayır () Kararsızım () Evet () Kesinlikle Evet ()
Yönetici pozisyonunuz var mı? Evet () Hayır ()

EK-2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. “Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.”					
2. “İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.”					
3. “Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.”					
4. “Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim.”					
5. “Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.”					
6. “Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.”					
7. “Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.”					
8. “İşimin beni tükettiğini hissediyorum.”					
9. “İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.”					
10. “Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.”					
11. “Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.”					
12. “Kendimi çok enerjik hissediyorum.”					
13. “İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.”					
14. “İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.”					
15. “Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.”					
16. “Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.”					
17. “Hastalarım rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.”					
18. “Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.”					
19. “Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.”					
20. “Kendimi çok çaresiz hissediyorum.”					
21. “İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.”					
22. “Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.”					

EK-3. Beck Depresyon Ölçeği

Aşağıda 21 maddeden oluşan formda yazılı seçenekleri dikkatlice okuyunuz. Geçtiğimiz bir (1) hafta içindeki kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan ‘bir’ ifadeyi işaretleyiniz.	
1.	
0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.	
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.	
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım	
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.	
2.	
0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.	
1. Gelecek hakkında karamsarım.	
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.	
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.	
3	
0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.	
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.	
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.	
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.	
4.	
0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.	
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.	
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.	
3. Her şeyden sıkılıyorum.	
5.	
0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.	
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.	
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.	
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.	

EK-3. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

6.	
0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.	
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.	
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.	
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.	
7.	
0. Kendimden memnunum.	
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.	
2. Kendime çok kızıyorum.	
3. Kendimden nefret ediyorum.	
8.	
0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.	
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.	
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.	
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.	
9.	
0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.	
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.	
2. Kendimi öldürmek isterdim.	
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.	
10.	
0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.	
1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.	
2. Çoğu zaman ağlıyorum.	
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.	

EK-3. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

11.	
0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.	
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.	
2. Şimdi hep sinirliyim.	
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.	
12.	
0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.	
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.	
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.	
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.	
13.	
0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.	
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.	
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.	
3. Artık hiç karar veremiyorum.	
14.	
0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.	
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.	
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.	
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.	
15.	
0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.	
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.	
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.	
3. Hiçbir şey yapamıyorum.	

EK-3. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

16.	
0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.	
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.	
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.	
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.	
17.	
0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.	
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.	
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.	
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.	
18.	
0. İştahım her zamanki gibi.	
1. İştahım eskisi kadar iyi değil.	
2. İştahım çok azaldı.	
3. Artık hiç iştahım yok.	
19.	
0. Son zamanlarda kilo vermedim.	
1. İki kilodan fazla kilo verdim.	
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.	
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.	
20.	
0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.	
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.	
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.	
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.	

EK-3. (devam) Beck Depresyon Ölçeği

21.	
0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.	
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.	
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.	
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.	

EK-4. Çalışan Memnuniyet Ölçeği

Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra, o cümlenin sizin iş yaşamınızı ne ölçüde tanımladığını değerlendirin ve yandaki uygun yeri işaretleyin.					
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Kararsızım	Kesinlikle Katılıyorum
ÇALIŞMA ORTAMINDAN MEMNUNİYET					
CO1 Yaptığım görev ile ilgili bireysel karar verebilmem için imkân tanınmaktadır.					
CO2 Çalışanlar arasında fırsat eşitliği sağlanmaktadır.					
CO3 Birimdeki çalışanlar arasında uyum ve iş birliği bulunmaktadır.					
CO4 Farklı birimler arasında uyum ve iş birliği bulunmaktadır.					
CO5 Çalıştığım birimde huzurlu bir ortam bulunmaktadır.					
CO6 Çalıştığım birim yöneticileri çalışanların motivasyonlarını artırıcı yaklaşım sergilemektedir.					
CO7 Çalışma ortamının fiziksel imkânları yeterlidir.					
CO8 Birimdeki uyum / oryantasyonlarına önem verilmektedir.					
C010 Çalışanların talep / işlemleri zamanında sonuçlandırılmaktadır.					
C11 Yöneticiler ve çalışanlar arasında sağlıklı bir iletişim bulunmaktadır.					
C12 Birimimizde çalışanlar arasında sağlıklı bir iletişim bulunmaktadır.					
AİDİYET					
A1 Kendimi Bulunduğum Birimin bir parçası olarak görürüm.					
A2 Bulunduğum birimde çalışmaktan mutluyum.					
A3 Kurumum için fedakârlıkta bulunurum.					
A4 Birimimizde çalışmayı başkalarına tavsiye ederim.					

EK-4. (devam) Çalışan Memnuniyet Ölçeği

YENİLİK, DEĞİŞİM VE KALİTE					
Y1 Birimde yenilik ve gelişimi sağlamaya yönelik bir politika izlenmektedir.					
Y2 Birimde yenilik ve gelişmeler takip edilmektedir.					
Y4 Birimimizdeki yenilik ve değişimler çalışanlar tarafından benimsenmektedir.					
Y5 Birimimizde kalite çalışmaları yürütülmektedir					
Y6 Birimimizin çalışanları kalite çalışmaları konusunda bilgilendirilmektedir.					
Y7 Birimimizdeki kalite faaliyetleri, çalışanlar tarafından benimsenmektedir.					
Y8 Birimimizin çalışanları kalite süreçlerine katkı sağlamaktadır.					
BİREYSEL VE MESLEKİ GELİŞİM					
G1 Birimimizde çalışanların bireysel / mesleki gelişimleri desteklenmektedir.					
G2 Çalışanların bireysel / mesleki gelişimlerini sağlamaya yönelik eğitim hizmetleri sunulmaktadır.					
G3 Akademik personelin bilimsel etkinliklere katılımı desteklenmektedir.					
G4 Bilimsel etkinlikleri destekleme konusunda adaletli davranılmaktadır.					
G5 Çalışanların unvan değişimi / görevde yükselmelerine imkân tanınmaktadır.					
G6 Çalışanların atama ve yükselmelerinde liyakat esas alınmaktadır.					
SOSYAL VE KÜLTÜREL İMKANLAR					
S1 Birimimizde çalışanların günlük ihtiyaçlarına yönelik hizmetler (banka, kırtasiye, kafeterya, kuaför vb.) bulunmaktadır.					
S2 Birimimizin sunduğu yemekhane hizmetleri yeterlidir.					
S3 Birimimizde bulunan kantinlerin hizmetleri yeterlidir.					
S4 Birimimizde çalışanlara yönelik kültürel ve sanatsal etkinlikler düzenlenmektedir.					
S5 Birimimizde çalışanların kullanacağı sosyal ve sportif tesisler yeterlidir.					
S6 Birimimizde sunulan güvenlik hizmetleri yeterlidir.					

EK-5. Etik Komisyon İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.03.2023-E.608879



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-608879
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

10.03.2023

Dağıtım Yerlerine

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Doktora Öğrencisi Yunus ALİEV'in, Doç. Dr. Hakan TÜZÜN'ün danışmanlığında yürüttüğü "Evde Sağlık Hizmeti Sunan Sağlık Çalışanının Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin İş Memnuniyetlerine Etkisi (İstanbul İli Örneği)" adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun 07.02.2023 tarih ve 02 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Araştırma Kod No: 2023 - 276

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Ek:1 Liste

DAĞITIM

Gereği:

Sayın Doç. Dr. Hakan TÜZÜN

Bilgi:

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Belge Doğrulama Kodu :BSM7R4S272

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi : <http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 38 81



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. (devam) Etik Komisyon İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.03.2023-E.6088/9	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	

TOPLANTI TARİHİ : 07.02.2023		TOPLANTI SAYISI : 02	
ADI – SOYADI		İMZA	
Prof. Dr. İsmail KARAKAYA BAŞKAN			
Prof.Dr.C.Haluk BODUR			
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN			
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER			
Prof.Dr.İlkay ULUTAŞ			
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ			
Prof.Dr.Kemalettin DENİZ			
Prof.Dr.Makbule GEZMEN KARADAĞ			
Prof.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA			
Prof.Dr.İlyas OKUR			
Prof.Dr.Nihan KAFA			
Doç.Dr.Melek Gülşah ŞAHİN			
Doç.Dr. Gökhan DELİCEOĞLU			
Doç.Dr.Elvan İNCE AKA			

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzini



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-218615239
Konu : Tez Çalışması (Yunus ALIEV) Hk.

22.06.2023

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 11.04.2023 tarihli ve 14574941-302.99.08.01-E.633659 sayılı yazı

Gazi Üniversitesi'nin ilgi sayılı yazısında belirtilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Yunus ALIEV'in Dr.Öğr.Üyesi Hakan TÜZÜN danışmanlığında yürüteceği "**Evde Sağlık Hizmeti Sunan Sağlık Çalışanının Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin İş Memnuniyetlerine Etkisi (İstanbul İli Örneği)**" konulu tez çalışması, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlıklarında (Evde Sağlık Hizmet Birimleri) yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun **20.06.2023** tarih ve **2023/11** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin çalışmada adı geçen Yunus ALIEV ve Dr.Öğr.Üyesi Hakan TÜZÜN ' tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Dağıtım:

Gereği:

Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı 1
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı 3
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı 4
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı 5
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı 6

Bilgi:

Tuzla Devlet Hastanesine
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Ağız Ve Diş Sağlığı
Eğitim Ve Araştırma Hastanesine
Kartal Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezine
Pendik Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesine
Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesine
Beylikdüzü Devlet Hastanesine
Bahçelievler Devlet Hastanesine
İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: A661A958-9163-43D0-B058-B73769CA40EB

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<https://istanbulism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nuran REYHANOĞLU
Hemşire

Telefon No:



ÖZGEÇMİŞ**Kişisel Bilgiler**

Soyadı, adı : ALİTURAN, Yunus
Uyruğu : T.C.

Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi / Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Rusya Rostov Tıp Üniversitesi Tıp Fakültesi	2011
Lise	Rusya Rostov Sağlık Meslek Lisesi	2005

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2020-devam ediyor	İstanbul Bezmialem Hastanesi ve Diğer Özel Hastaneler	Sağlık Turizmi Danışmanı
2014-2015	Türkiye Güreş Federasyonu	A Milli Takımı Doktoru
2012-2013	İstanbul Bezmialem Hastanesi ve Diğer Özel Hastaneler	Sağlık Turizmi Danışmanı

Yabancı Dil

İngilizce, Rusça

Yayınlar

-



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..