



T.C
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**ASİSTAN HEKİMLERDE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE MESLEKİ
DOYUM DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. Nilay Gül BAL

UZMANLIK TEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ

Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN

KAHRAMANMARAŞ-2018



T.C
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ASİSTAN HEKİMLERDE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE MESLEKİ
DOYUM DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**


DR. Nilay Gül BAL
UZMANLIK TEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ
Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN

KAHRAMANMARAŞ-2018

T.C.
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na

Arş. Gör. Dr. Nilay Gül BAL tarafından hazırlanan "Asistan Hekimlerde Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Mesleki Doyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi" adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.


Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN
Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Tıp Fakültesi **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında** Tıpta Uzmanlık tezi olarak **23/02/2018** tarihinde kabul edilmiştir.

| Tez Değerlendirme Jüri Tutanağı: | | | İmza: |
|----------------------------------|-----------------------------|--|---|
| Başkan | Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN | Ruh Sağlığı ve Hastalıkları |  |
| Üye | Doç. Dr. Ebru FINDIKLI | Ruh Sağlığı ve Hastalıkları |  |
| Üye | Yrd. Doç. Dr. Gülçin ELBOĞA | Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları |  |

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : 23/02 / 2018


Dekan

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca desteğini ve hoşgörüsünü esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, beraber çalışmaktan büyük keyif aldığım, tez danışmanım olan değerli hocam Doç. Dr. Fatma Özlem Orhan'a

Bilgi ve tecrübelerini paylaşarak gelişimime olan değerli katkı ve desteklerinden dolayı beraber çalışmaktan büyük keyif aldığım Doç. Dr. Ebru Fındıklı'ya, Yrd. Doç. Dr. Abdullah Yıldırım'a,

Çalışmama olan katkı ve yardımlarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Adem Doğaner'e, Tıp fakültesine başladığım ilk günden bugüne iyi bir hekim olmam için sabırla uğraş veren ve üzerimde emeği olan tüm hocalarıma,

Asistanlık sürecini benimle birlikte paylaşan ve bu süreci keyifli hale getiren asistan arkadaşlarıma, özveriyle ve ekip ruhuyla çalışan psikiyatri hemşireleri, sekreterleri ve personeline,

Maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, haklarımı ödeyemeyeceğim kıymetli anneme, babama, ağabeyime ve ablama,

Varlığıyla bana güven veren, her daim yanımda olan ve tez yazma sürecinde en büyük destekçim olan sevgili eşime ve biricik oğlum, herşeyim, yaşama sevincim Yusuf Batu'ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Nilay Gül BAL

Kahramanmaraş 2018

ASİSTAN HEKİMLERDE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE MESLEKİ DOYUM DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

Dr.Nilay Gül BAL

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

2018

ÖZET

Amaç: Hekimlik stres yoğunluğu yüksek olan meslek grupları arasındadır. Özellikle asistan hekimlik, hekimlerin meslek hayatları boyunca en çok strese maruz kaldıkları dönemdir. Süreç içerisindeki farklı stres kaynakları hekimlerin mesleki doyum düzeylerini etkilemektedir. Biz bu çalışmada asistan hekimlerin stresle başa çıkma tarzlarını ve mesleki doyum düzeylerini değerlendirmenin yanı sıra, asistan hekimlerin kişilik ve ruhsal sağlık durumları gibi bireysel özelliklerinin, stresle başa çıkma tarzları ve mesleki doyum düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya 2017 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 79'u kadın, 95'i erkek, 174 asistan hekim katıldı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Mesleki Doyum Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi ve Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) uygulandı.

Bulgular: Çalışmamızda elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. Çalışmamızda mesleki doyum düzeyi erkeklerde, 30 ve üzeri yaş grubunda, toplam asistanlık süresi 18 ay üzeri olan grupta anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Bölümler arasında mesleki doyum düzeyi ve stresle başa çıkma tarzları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Stresle başa çıkma tarzları ile mesleki doyum düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda asistan hekimler arasında stresle başa çıkma tarzları içinde en sık kullanılan yöntem olarak kendine güvenli yaklaşım bulunmuştur. İyimser yaklaşım puanı erkek hekimlerde ve toplam hekimlik süresi 48 ay üzeri olan grupta, çaresiz yaklaşım puanı toplam asistanlık süresi 18 ay ve altı olan grupta anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Geçmişte

psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım anlamlı biçimde daha düşük, çaresiz yaklaşım anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ile belirti tarama ölçeği tüm alt kategorileri arasında negatif anlamlı ilişki, çaresiz yaklaşım ile pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Kişilik özellikleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda nörotik kişilik özellikleri ile belirti tarama ölçeği tüm alt kategorileri arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda dışadönüklük ile kişilerarası duyarlılık, depresyon ve fobik anksiyete arasında negatif anlamlı ilişki bulunmuştur. Belirti tarama ölçeği sonuçlarına bakıldığında en yüksek puanların sırasıyla obsesif kompulsif belirti, kişilerarası duyarlılık ve depresyon alt kategorilerine ait olduğu, kadın hekimlerde depresyonun, erkek hekimlerde kişilerarası duyarlılığın en sık görülen ruhsal belirti olduğu saptanmıştır. Ortalama uyku süresi 6 saat ve altı olan grupta somatizasyon puanı, 30 ve üzeri yaş grubunda depresyon, öfke düşmanlık, yemek uyku alışkanlığını gösteren ek maddeler ve genel belirti düzeyi puanları anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Bölümler arasında ruhsal belirti dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: Araştırmamızda erkek hekimlerin, 30 ve üzeri yaş grubunun, asistanlık süresi 18 ay üzeri olan grubun mesleki doyum düzeyinin anlamlı biçimde yüksek olduğu, erkek hekimlerin ve daha uzun süre görevde olan hekimlerin iyimser yaklaşım tarzını, asistanlık süresi 18 ay ve altı olan hekimlerin çaresiz yaklaşım tarzını daha çok kullandığı, nörotik kişilik özelliklerinin tüm ruhsal belirtilerle ilişkili olduğu, uyku süresi kısa olan hekimlerde daha fazla somatik yakınmaların olduğu, bölümler arasında stresle başa çıkma tarzları ve mesleki doyum düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Sonuç olarak asistan hekimlerin daha iyi çalışma koşullarına sahip olması, yoğun iş yükünün azaltılarak bilgi ve tecrübelerini arttırmaya yönelik fırsatlar oluşturulması mesleki doyum düzeylerinin arttıracaktır. Hekimlerin mesleki doyum düzeyinin artması daha kaliteli ve kusursuz hizmet sunmaları açısından önemli olduğu gibi kendi ruhsal sağlıkları açısından da büyük öneme sahiptir.

Anahtar Sözcükler: Asistan hekim, stresle başa çıkma, iş doyumunu, kişilik, ruhsal belirti, Eysenck, SCL-90-R.

Sayfa Adedi: 63

Danışman: Doç. Dr. Fatma Özlem ORHAN

**ASSESSMENT OF COPING STYLES WITH STRESS AND PROFESSIONAL
SATISFACTION LEVELS IN RESIDENTS**

(Specialty Thesis in Medicine)

Dr.Nilay Gül BAL

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE
2018**

ABSTRACT

Objective: Medicine is among professions with high stress intensity. In particular, residency is the period in which clinicians are subjected to most stress across their professional career. During this process, different stressors affect on professional satisfaction level of clinicians. Here, we aimed to assess coping styles with stress and professional satisfaction level in residents and to identify individual characteristics such as personality and mental health on coping styles with stress and professional satisfaction level.

Method: The study included 174 residents (79 female and 95 male) who were employed in Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Medicine in 2017. Sociodemographic datasheet, Coping Style Questionnaire, Professional Satisfaction Scale, Eysenck Personality Questionnaire and Symptom Checklist (SCL-90-R) were applied to all participants.

Findings: In this study, data obtained were analyzed by using appropriate statistic methods. In our study, professional satisfaction level was significantly higher among male residents, those older than 30 years or more and those with total duration of residency ≥ 18 months. No significant difference was found in professional satisfaction level and coping styles between specialties. No significant correlation was found between coping styles with stress and professional satisfaction level. In our study, it was found that self-confident style most commonly used coping styles with stress among residents. Optimistic approach score was found to be significantly higher in male residents and those with total duration of medicine > 48 months while helpless approach score in residents with total duration of residency ≤ 18 months. Self-confident and optimistic approaches were significantly lower while helpless approach was

significantly higher in residents with previous history of psychiatric disorder. A negative correlation was found between self-confident and optimistic approaches and all categories of SCL-90-R while a positive correlation between helpless approach and SCL-90-R. No significant correlation was found between personality traits and coping styles. In our study, a significant positive correlation was found between neurotic personality trait and all subcategories of symptom checklist. In our study, a significant negative correlation was found between extraversion and interpersonal sensitivity, depression and phobic anxiety. When results of SCL-R-90 were considered, it was found that highest score was found in obsessive-compulsive symptom subcategory; followed by interpersonal sensitivity and depression subcategories and that depression was most common psychiatric symptom among female residents whereas interpersonal sensitivity among male residents. Somatization score was found to be significantly higher among residents with mean duration of sleep >6 hours while depression, anger, hostility, additional items for eating and sleeping habits and general symptom level scores were found to be markedly higher in residents older than 30 years or more.

Conclusion: In our study, it was found that professional satisfaction level was significantly higher among male residents, those older than 30 years or more and those with total duration of residency ≥ 18 months; that male residents and those with longer duration of profession used optimistic approach while residents with total residency duration ≤ 18 months used helpless approach more commonly; that neurotic personality characteristics were correlated with all psychiatric symptoms; that residents with shorter duration of sleep had more somatic complaints; and that there was no significant difference among specialties regarding coping styles with stress and professional satisfaction level. In conclusion, better working condition, reduction in workload and options to improve understanding and experience will increase professional satisfaction level. Increased professional satisfaction level in clinicians isn't only important for provision of high-quality and best care but also for their psychiatric wellbeing.

Keywords: Resident, coping with stress, professional satisfaction, personality, psychiatric symptom, Eysenck, SCL-90 R

Page Number : 63

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Fatma Özlem ORHAN

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|----|
| TEŞEKKÜR..... | i |
| ÖZET..... | ii |
| ABSTRACT..... | iv |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| KISALTMALAR DİZİNİ | ix |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 2 |
| 2.1. STRES VE STRESLE BAŞA ÇIKMA..... | 2 |
| 2.1.1. STRES | 2 |
| 2.1.1.1. Stresin Tanımı | 2 |
| 2.1.1.2. Stresin Belirtileri..... | 2 |
| 2.1.1.3. Stresin Aşamaları..... | 3 |
| 2.1.2. Stres Kaynakları | 4 |
| 2.1.2.1. Bireysel Stres Kaynakları..... | 4 |
| 2.1.2.1.1. Yaş | 4 |
| 2.1.2.1.2. Cinsiyet | 4 |
| 2.1.2.1.3. Medeni Durum..... | 5 |
| 2.1.2.1.4. Kişilik..... | 5 |
| 2.1.2.1.5. Eğitim..... | 5 |
| 2.1.2.1.6. Gelir düzeyi | 5 |
| 2.1.2.2. Örgütsel Stres Kaynakları | 5 |
| 2.1.2.2.1. İşin Mahiyetiyle İlgili Stres Kaynakları..... | 6 |
| 2.1.2.2.1.1. İş Yüküne Bağlı Stres Kaynakları..... | 6 |
| 2.1.2.2.1.2. Vardiyalı Çalışmaya Bağlı Stres Nedenleri | 7 |
| 2.1.2.2.1.4. Tehlikeli İşlere Bağlı Stres Nedenleri | 7 |
| 2.1.2.2.1.5. Belirsiz Rol ve Çatışmaya bağlı Stres Kaynakları | 7 |
| 2.1.2.2.2. Örgütsel Yapı ve İklimden Kaynaklanan Stres Kaynakları | 8 |
| 2.1.2.2.3. Kariyer Gelişiminden Kaynaklanan Stres Kaynakları..... | 8 |
| 2.1.3. Stresle Başa Çıkma..... | 9 |
| 2.1.3.1. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri..... | 10 |
| 2.1.3.1.1. Stresle Başa Çıkmayı Etkileyen Bireysel Faktörler..... | 11 |
| 2.1.3.1.1.1. Bedensel hareketler | 12 |

| | |
|--|----|
| 2.1.3.1.1.2. Solunum egzersizleri | 12 |
| 2.1.3.1.1.3. Meditasyon..... | 13 |
| 2.1.3.1.1.4. Gevşeme..... | 13 |
| 2.1.3.1.1.5. Beslenme..... | 13 |
| 2.1.3.1.1.6. Uyku | 14 |
| 2.1.3.1.1.7. Sosyal destek..... | 14 |
| 2.1.3.1.1.8. Sosyal ve sportif faaliyetlere katılma | 15 |
| 2.1.3.1.1.9. Masaj | 15 |
| 2.1.3.1.1.10. Dua ve ibadet..... | 15 |
| 2.1.3.1.1.11. Zaman Yönetimi..... | 15 |
| 2.1.3.1.2. Stresle Başa Çıkmayı Etkileyen Kurumsal Faktörler | 16 |
| 2.1.3.1.2.1. Katılımcı yönetimi benimseme | 16 |
| 2.1.3.1.2.2. Amaçları ortak belirleme | 16 |
| 2.1.3.1.2.3. Kurumsal sosyal destek | 17 |
| 2.1.3.1.2.4. Olumlu kurumsal iklim oluşturma | 17 |
| 2.1.3.1.2.5. Çalışanlara insani değerlerle yaklaşma..... | 17 |
| 2.2. İŞ DOYUMU..... | 18 |
| 2.2.1. İş Doyum Kuramları | 18 |
| 2.2.1.1. İçerik Kuramları | 18 |
| 2.2.1.1.1. Maslow' un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı..... | 19 |
| 2.2.1.1.2. Herzberg'in İkili Faktör Kuramı [İki Etken (Motivasyon-Hijyen) Kuramı]..... | 20 |
| 2.2.1.1.3. Alderfer'in V-İ-G Kuramı..... | 20 |
| 2.2.1.2. Süreç (Bilişsel) Kuramları..... | 21 |
| 2.2.1.2.1. Beklenti Kuramı | 21 |
| 2.2.1.2.2. Adams'ın Eşitlik Kuramı | 21 |
| 2.2.1.2.3. Amaç Saptama Kuramı | 22 |
| 2.2.1.2.4. Pekiştirme Kuramları | 22 |
| 2.2.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler | 22 |
| 2.2.2.1. Bireysel Faktörler | 22 |
| 2.2.2.2. Çevresel ve Örgütsel Faktörler..... | 23 |
| 2.2.2.3. İş Doyumunun Birey ve Örgüt Üzerindeki Etkileri..... | 23 |
| 2.2.2.4. Asistan Hekimler ve İş Doyumu | 24 |
| 2.3. RUH SAĞLIĞI..... | 25 |
| 2.3.1. Ruh Sağlığı Kavramı | 25 |

| | |
|--|----|
| 2.3.2. Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R)..... | 25 |
| 2.4. KİŞİLİK..... | 26 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 27 |
| 4. BULGULAR..... | 31 |
| 5. TARTIŞMA..... | 46 |
| 6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI..... | 52 |
| 7. SONUÇ..... | 53 |
| KAYNAKLAR..... | 54 |
| EKLER | |



TABLULAR DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinin Örgütlere Uyarlaması..... | 19 |
| Tablo 2. Asistan Hekimlerin Demografik Özellikleri | 31 |
| Tablo 3. Asistan Hekimlerin Diğer Demografik Özellikleri..... | 32 |
| Tablo 4. Asistan Hekimlerin Çalıştıkları | 33 |
| Bölgelere Göre Dağılımı..... | 33 |
| Tablo 5. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının | 34 |
| Genel Değerlendirmesi | 34 |
| Tablo 6. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması..... | 35 |
| Tablo 7. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması..... | 36 |
| Tablo 8. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Geçmişte Psikiyatrik Bozukluk Öyküsüne Göre Karşılaştırılması..... | 37 |
| Tablo 9. SBÇTÖ Ölçek Sonuçlarının Hekimlik Süresine Göre Karşılaştırılması | 37 |
| Tablo 10. SBÇTÖ, MDÖ, EKA Sonuçlarının Asistanlık Süresine Göre Karşılaştırılması..... | 38 |
| Tablo 11. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Nöbet Tutma Durumuna Göre Karşılaştırılması..... | 39 |
| Tablo 12. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Ortalama Uyku Süresine Göre Karşılaştırılması..... | 40 |
| Tablo 13. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Düzenli Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Karşılaştırılması..... | 41 |
| Tablo 14. SCL-90-R Alt Kategorilerinin SBÇTÖ Alt Kategorileri İle İlişkisi..... | 42 |
| Tablo 15. SCL-90-R Alt Kategorilerinin EKA Alt Kategorileri İle İlişkisi | 43 |
| Tablo 16. SBÇTÖ, EKA ve MDÖ İlişkisi | 43 |
| Tablo 17. SCL-90-R Alt Kategorilerinin MDÖ İle İlişkisi..... | 44 |
| Tablo 18. SCL-90-R Alt Kategorilerinin Cinsiyetler | 45 |
| Açısından Ayrıntılı Değerlendirmesi..... | 45 |

KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|----------------------|--|
| YY | : Yüzyıl |
| MDÖ | : Mesleki Doyum Ölçeği |
| SBCTÖ | : Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği |
| EKA | : Eysenck Kişilik Anketi |
| EKA-GGK | : Eysenck Kişilik Anketi Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Form |
| EKA-N | : Eysenck Kişilik Anketi Nörotizm Alt Ölçeği |
| EKA-D | : Eysenck Kişilik Anketi Dışadönüklük Alt Ölçeği |
| EKA-P | : Eysenck Kişilik Anketi Psikotizm Alt Ölçeği |
| EKA-Y | : Eysenck Kişilik Anketi Yalan Alt Ölçeği |
| SCL, SCL-90-R | : Symptom Checklist-90-Revised |
| Min | : Minimum |
| Max | : Maximum |
| KBB | : Kulak Burun Boğaz |
| IBM SPSS | : International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences |

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Stres insanların kendileri için tehdit oluşturan her türlü zorluğa karşı gösterdiği bedensel ve ruhsal bir tepkidir. Bu tepki, kişinin tehlikeli durumdan kaçmasıyla veya mevcut durumla mücadele etmesi ile sonuçlanır (1). Günlük yaşamın önemli bir parçası olan stres, kaçınılması her zaman mümkün olmayan bir durumdur. Her insan stresli durumlarla başa çıkmak zorunda kalır, ancak kişilerde tepkiye neden olan stresli durumlar ve bu durumlara verilen tepkiler değişkenlik gösterir. Stresi ortaya çıkaran durumlar ve bu durumlara verilen tepkiler göz önünde bulundurularak günümüze kadar çok farklı stres tanımlamaları yapılmıştır.

Stresle başa çıkmak, kişinin stres etkilerini olumlu düzeyde tutabilmek adına gösterdiği, uyum sağlamaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabaları olarak değerlendirilir (2, 3). Bu, bireyleri birbirinden ayıran önemli farklardan biridir. Bireylerin kişilik özellikleri ve mevcut imkanlarını kullanabilme kapasiteleri ile yakından ilişkilidir.

İş yaşamı stres verici olayların sıkça yaşandığı ortamların başında gelir. Yapılan işin niteliğine göre farklı stresli durumlar ortaya çıkabilir. Bunlar bazı iş ortamlarında diğerlerine kıyasla daha fazlayken, bazı insanlar da bu stresi diğerlerinden daha yoğun yaşarlar. Yaşanan stres, bireyin beden ve ruh sağlığının yanısıra işi ile ilgili motivasyonunu, performansını ve doyumunu doğrudan etkilemektedir.

Hekimlik stres yoğunluğu yüksek olan meslek grupları arasındadır. Başka insanların sağlığının sorumluluğunu birincil olarak üstlenmiş olan hekimler yoğun iş yükü, zaman darlığı, iş yetiştirme telaşı, hayati riskler, işin zihinsel ve bedensel yorgunluğa neden olması, iletişim sorunları, çalışma koşullarının yetersizliği, aile ve hastaların büyük beklentileri ve şiddete maruz kalmak gibi pek çok stres kaynağıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bütün bu stres kaynakları hekimin iş doyumunu olumsuz etkilerken bedensel ve ruhsal iyilik halinin bozulmasına neden olmaktadır.

Biz bu çalışmada asistan hekimlerin stresle başa çıkma tarzlarını ve mesleki doyum düzeylerini değerlendirmenin yanısıra, asistan hekimlerin kişilik ve ruhsal sağlık durumları gibi bireysel özelliklerinin stresle başa çıkma tarzları ve mesleki doyum düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Stres ve Stresle Başa Çıkma

2.1.1. STRES

2.1.1.1. Stresin Tanımı

Stresin kelime anlamı olarak zorlanma, gerilme ve baskı anlamına gelen Latince’de “estricia”, eski Fransızca’da “estree” kelimesinden geldiği bilinmektedir. Bu kavram 17. yüzyılda felaket, musibet, keder, elem gibi anlamlarda kullanılırken, 18. yy. ve 19. yüzyıllarda nesnelere, bireye, organa veya ruhsal yapıya yönelik yaşanan güç, baskı, zorluk gibi anlamlarda kullanılmıştır. 19. yy. ortalarında ve 20. yy. başlarında fiziksel ve ruhsal hastalıkların sebebi olarak görülmüş olup, 20. yy. ortalarından itibaren stres; endişe, gerginlik, benlik tehdidi, engellenme, uyarılma ve daha pek çok terimin yerine kullanılarak psikiyatrik yayınlarda bilimsel bir ifade olarak yer almıştır (4).

Stresle ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmakla birlikte, bu kavramı anlamak adına üç farklı yaklaşım kullanılmıştır. İlk yaklaşımda; çevresel faktörler üzerinde durulur ve stres çevresel bir uyarıcı olarak tarif edilir. İkinci yaklaşımda; stres, bir tepki olarak ele alınır ve kişinin stres uyarıcılarına karşı verdiği tepkiler üzerinde durulur. Üçüncü yaklaşımda ise; çevre ve kişi arasındaki etkileşim göz önüne alınarak stres, uyarıcı ve tepkilerini içeren bir süreç olarak değerlendirilir. Bu süreç bireyle çevre arasında bulunan karşılıklı etkileşim ve uyumu kapsamaktadır (5).

Stresin insana yönelik etkilerine dair ilk bilimsel çalışmalar 1956 yılında Kanada’lı bilim adamı Hans Selye tarafından yapılmıştır. Hans Selye stresi, insanların kendileri için tehdit oluşturan her türlü zorluğa karşı gösterdiği bedensel ve ruhsal bir tepki olarak tanımlamıştır (6).

Stres, insanda bozulan dengenin ve uyum gereğinin bir işareti olarak da tarif edilmiştir (2). Bu işaret sayesinde kişi tehlikeli durumdan kaçmakta veya mevcut durumla mücadele ederek uyum sağlamaktadır (1).

2.1.1.2. Stresin Belirtileri

Stresli durumlar bireylerde fiziksel, psikolojik veya davranışsal bir takım belirtilere neden olur. Bu belirtiler kişiseldir. Stres belirtilerinin fark edilmesi ve önlem alınması mümkündür. Bu önlemler kişinin bireysel ve toplumsal yaşantısında olumsuz durumlar yaşamasına engel olacaktır.

Fiziksel belirtiler: Çarpıntı, tansiyon yüksekliği, hızlı nefes alıp verme, terleme, titreme, baş ağrısı, baş dönmesi, kaslarda gerginlik, yorgunluk, karın ağrısı, mide yanması, saç dökülmesi.

Psikolojik belirtiler: Uyku-iştah değişiklikleri, kaygı, korku, sinirlilik, dikkat dağınıklığı, unutkanlık, çökkünlük, kolay ağlama, isteksizlik, tatminsizlik, özgüven kaybı, çaresizlik.

Davranışsal belirtiler: Sigara-alkol-madde kullanımı, sağlıksız beslenme, kişiler arası ilişkilerde bozulma, iş veriminde azalma.

2.1.1.3. Stresin Aşamaları

Selye'ye göre stres 3 aşamalı bir süreçte gerçekleşir. Birey stresli bir durumla karşılaştığında değişim tehdit olarak algılanır. Sempatik sistemin aktive olması ile bedende fiziksel ve kimyasal değişiklikler meydana gelir. Selye'nin "Genel Uyum Sendromu" adını verdiği bu durum alarm, direnç ve tükenme aşamalarından oluşur (7).

- i. Alarm Aşaması: Bu dönem stres kaynağı ile karşılaşıldığında yaşanan ilk aşamadır. Savaş ya da kaç tepkisi bu aşamada ortaya çıkar. Sempatik sistemin aktive olması sonucu kan basıncı yükselir, doku kanlanması artar, kan şekeri yükselir, bilişsel aktivite artar.
- ii. Direnç Aşaması: Stres verici durum çözüldüğünde vücudun alarm aşamasında verdiği tepkiler ortadan kalkar. Bu aşamada vücudun direnci normalin üzerindedir, alarm aşamasındaki değişiklikler düzeltilmeye çalışılır. Organizma direnç gösteriyorsa stresi yenebilir, aksi durumda yoğun ve sürekli gerilim, organizmanın gücünü zayıflatır ve tükenme aşamasını getirir (4).
- iii. Tükenme Aşaması: Stres verici durum uzun süre devam ederse tükenme aşamasına geçilir. Bu dönemde alarm aşamasında verilen tepkiler yeniden ortaya çıkar ve sonrasında gerilim, bitkinlik ve ruhsal çöküntü görülür (8).

Birey ilk aşamada stresle mücadele eder. Stresli durum ortadan kalkarsa rahatlar, ortadan kalkmaz ise mücadele sürer. Stresli durumun uzun süre devam etmesi kişinin dayanıklılığını kaybetmesine neden olur.

2.1.2. Stres Kaynakları

2.1.2.1. Bireysel Stres Kaynakları

Stres, kişisel bir durumdur. Her birey stresi farklı algılar, farklı yaşar ve farklı tepki gösterir. Kişilerin yaşı, cinsiyeti, genetik yatkınlıkları, kişilik özellikleri, maddi manevi sahip olduğu imkanlar, yaşam tarzları hangi durumların onlar için stres kaynağı olarak tanımlanacağı ve stresi nasıl yorumlayacakları konusunda önemlidir. Bir birey için ciddi bir stres kaynağı olarak tanımlanabilecek bir durum başka bir birey için stres kaynağı olarak tanımlanmayabilir. Bazı durumlarda ise kişiler aynı stres kaynağına değişen tepkiler verebilmektedir. Stres kaynaklarının kişi üzerindeki etkisi bütünüyle bir algılama meselesidir. Kişi bu stres kaynaklarına kendi istediği şekilde anlam yükleyebilir. Kişilerde bireysel stres kaynaklarını belirlemek zordur. Kişilik gelişiminde etkili olan faktörlerin (genetik, aile, kültür, sosyal çevre, vb.) ve diğer psikolojik faktörlerin (öğrenme, motivasyon, tutumlar, algılama, inançlar, vb.) etkileriyle birbirinden farklı benlik kavramlarının gelişeceği ve bireysel stres kaynaklarının değişeceği bilinmektedir (4).

2.1.2.1.1. Yaş

Stresi etkileyen faktörlerden biri yaştır. Çalışanlar açısından strese neden olan yaşla ilgili sorunların genellikle yaşı ilerlediği orta yaş ve yaşlılık dönemlerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Bu dönemlerde çalışanlarda fiziksel ve zihinsel yönden gerilemeye neden olan ve bir daha yerine gelemeyecek bireysel değişimler yaşanmaktadır (9). İlerleyen yaşla birlikte fiziksel yıpranmalar, güç kaybı, artmış hastalık riski, yeni sorumluluklar ortaya çıkar. Çalışanlar yaşlandıkça fazla mesailerin altından daha zor kalkmakta ve genç meslektaşlarının çalışma temposuna ayak uyduramayarak daha çabuk yorulmaktadırlar (10). Bu durumun aksine yaş arttıkça kıdemin ve deneyimin artması bireyin daha az stres yaşamasını sağlayabilir. Gençlerin yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmayışı stres kaynağı olabilir (11).

2.1.2.1.2. Cinsiyet

Bireysel etkenlerden bir diğeri cinsiyet faktörüdür. Kadınlar özellikle erkeklerin çoğunlukta ve baskın olduğu çalışma ortamlarında daha fazla strese maruz kalabilir (12). Kadın çalışanları iş ortamında etkileyen stres kaynakları; cinsiyet ayrımı, cinsel

taciz, şiddet, aile yaşamındaki sorumlulukları ile iş yaşamının getirdiği sorumlulukların çatışması olarak sıralanabilir (9).

2.1.2.1.3. Medeni Durum

Medeni durumun strese etkisinin her zaman belirleyici bir unsur olamayacağı, evliliklerinde mutlu olup eş desteği görenlerin iş hayatında da mutlu, başarılı ve daha az stresli olabilecekleri yönünde bilgiler mevcuttur. Yanı sıra evliliğin getirdiği ek sorumluluklar bireyde stresin artmasına da sebep olabilir (11). Buna göre medeni durum kişinin iş yoğunluğuna, ev içi durumuna, evliliğinde mutlu olup olmamasına bağlı olarak stres düzeyini değiştirebilir (13).

2.1.2.1.4. Kişilik

Kişilik, bireyleri birbirinden ayıran farklı tutum ve davranışlarla gözlemlenebilen özellikler içerir. Baltaş ve Baltaş'a göre kişilik, bir bireyin duygusal durumunun, davranış şekillerinin, ilgilerinin, kabiliyetlerinin ve diğer ruhsal özelliklerinin en karakteristik ve özgün bütünüdür (4). Bunlar stresi algılama ve yorumlamada farklılıklara sebep olur. İleride bu durumdan daha detaylı bahsedeceğiz.

2.1.2.1.5. Eğitim

Daha eğitimli olmak çoğu zaman alınan sorumlulukları artırdığı için stres oluşturan faktörlerdendir. Üniversite mezunlarının, ilköğretim ve lise mezunlarına göre iş yaşamında daha fazla yıprandıkları, ancak bilgi ve tecrübe arttıkça stresle baş edebilmenin kolaylaştığı görülmektedir (11).

2.1.2.1.6. Gelir düzeyi

Gelir düzeyi bireyler için önemli bir stres kaynağıdır. Dill ve Feld streste en güçlü etkenlerden birinin para olduğunu ve düşük gelir düzeyine sahip gruplarda mali güçlüklerin güvensizlik ve belirsizliği arttırarak ruh sağlığını olumsuz etkilediğini ileri sürmüşlerdir (14).

2.1.2.2. Örgütsel Stres Kaynakları

Çalışma hayatı, stresin önemli nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde insanlar vakitlerinin önemli bir kısmını çalışarak geçirmektedir. Böylece

birey çalışma hayatı içerisinde çeşitli olaylar, ilişkiler ve değişiklikler yaşayarak strese maruz kalmaktadır.

Örgütler, içerisinde düşük iş memnuniyeti, düşük iş organizasyonu, düşük sosyal ilişki ağları ve stresli çalışma koşulları gibi psikososyal stres kaynakları, güvenlik yoksunluğu, ergonomik eksiklikler gibi fiziksel stres kaynakları barındırabilmektedir. Tüm bunlar bireylerde stres düzeyini arttırmaktadır. Hem fizyolojik hem de psikolojik bozuklukları da beraberinde getirmektedir (15).

Bireylerin yaptıkları iş toplumdaki statülerini, hayattan aldıkları doyumunu, yaşam kalitelerini, ailelerine sağladıkları imkanları belirlemiş olduğundan iş yaşantılarındaki stresleri bireylerin bedensel ve ruhsal sağlıklarını doğrudan etkilemektedir (16).

Durna'ya göre; yaşanan stres önemsenmez ve zamanında gerekli önlemler alınmazsa, bu durum örgütler için pek çok olumsuzluklara ve kayıplara yol açmaktadır (17). Yapılan işe karşı soğukluk, işe gitmek istememe, işyerinde olumsuz tutum ve davranışlar, yapılan işi geciktirme ve ihmal etme, diğer çalışanlarla ilişkilerde bozulma, sık sık şikayet etme, motivasyon azlığı, performans düşüklüğü yaşanan stresin artmış olduğunun göstergeleridir. Örgütlerde stres kişisel bir sorun olarak değerlendirilmemelidir. Stresin kaynağı sorgulanmaz ve gerekli müdahaleler yapılmaz ise stresin örgüt içerisinde ve çalışanlar üzerinde oluşturacağı olumsuz etki kaçınılmaz olur.

Örgütsel stres kaynakları; işin mahiyeti ile ilgili, örgüt kültürü, iklimi ve yapısıyla ilgili, örgütsel rolden kaynaklanan ve bireylerarası ilişkilerden kaynaklanan stres kaynakları başlıkları altında incelenmektedir.

2.1.2.2.1. İşin Mahiyetiyle İlgili Stres Kaynakları

2.1.2.2.1.1. İş Yüküne Bağlı Stres Kaynakları

İş yükünün aşırılığı da yetersizliği de stres kaynağıdır. Genel olarak çalışanın performansına ve tepkilerine etki eden çeşitli baskılar iş yükü olarak adlandırılır (18).

“Aşırı iş yükü, işle ilgili en mühim ve en sık karşılaşılan stres kaynaklarından biridir. Bir işin başarılması için ayrılan zamandan daha fazla zamana ve güce gereksinim duyulması, işin gereklerinin bireyin yeteneğini ve beceri düzeyini aşması bireyde strese yol açar.” (19). İşin içeriğinin dar, monotonluğunun yüksek, hüner düzeyinin düşük olması ise iş yükünün yetersizliği ile ilişkilidir. Zamanının çoğunu oturarak geçirmek

durumunda kalmak veya zeka ve yeteneğinin altında rutin işleri yapmak çalışanlar için başka bir stres kaynağıdır. (20).

2.1.2.2.1.2. Vardiyalı Çalışmaya Bağlı Stres Nedenleri

Vardiyalı çalışmak birçok yönden stres sebebidir. Vardiyalı çalışanlar, uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulma ve alışılmış çalışma hayatının ve sosyal hayatın dışına çıkılmasından dolayı pek çok fiziksel ve ruhsal sorunlarla karşı karşıyadırlar (21). Vardiyalı sistemde gecede çalışmak zorunda kalan bireylerde serebrovasküler hastalıklar, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve diğer sağlık problemleri, gündüz düzenli çalışanlara göre daha sık görülmektedir (22-25). Belirtilen bu fiziksel hastalıkların dışında, pek çok psikiyatrik bozukluk ve sosyal yaşama uyumsuzlukla ilgili problemler de oldukça sıktır (25, 26). Vardiyalı çalışanlarda uykululuk, yorgunluk, bellek ve konsantrasyon bozuklukları gibi bilişsel bozukluklar yanı sıra depresyon ve kaygı bozuklukları ortaya çıkmaktadır (27-29). Vardiyalı çalışma sistemi, hem yorgunluk, uykululuk ve farklı somatik semptomlar sebebiyle, hem de günlük sosyal yaşam gerekliliklerine engel olarak yaşam kalitesini bozar (30). Bu bireylerde gündüz düzenli çalışan bireylere göre, sosyal faaliyetler oldukça azalmıştır (31).

2.1.2.2.1.4. Tehlikeli İşlere Bağlı Stres Nedenleri

Tehlikeli işlerde çalışan kişiler, devamlı bir korku ve gerilim içerisinde olurlar ve bütün ilgi ve dikkatlerini işe yöneltmek zorunda kalırlar. Çalışanların, iş yaparken her an aşırı dikkatli olmak zorunda olmaları ise işte bıkkınlık ve yorgunluğa sebep olur (32). Bunun için güvenlik önlemlerinin alınması ve bu önlemlerin uygulanıp uygulanmadığının denetlenmesi önemlidir.

2.1.2.2.1.5. Belirsiz Rol ve Çatışmaya Bağlı Stres Kaynakları

Rol belirsizliği, bireyin ne yapacağını bilememesi, işini yapması için gerekli olan bilginin yetersizliği, belirsizlik durumu olarak tanımlanmaktadır. “Örgütsel rolden kaynaklanan stres faktörleri; çelişkili görevler ve yetki karmaşası, yetki ve sorumlulukların denk olmaması, kişi-rol uyumsuzluğu veya çatışması, farklı örgütsel kademedeki bulunanlara karşı sorumluluklar olarak sayılabilir.” (33). Çalışanlar görevlerini yerine getirirken kendisinden beklenenleri karşılayacak bilgi birikimine sahip değilse, bu durum ekstra bir stres kaynağı olmaktadır (34). Görevlerindeki belirsizlikten yakınan kişilerin böyle bir sorunu olmayanlara oranla iş yerinde daha çok

gerilim yaşadıkları, kendilerini işe yaramaz hissettikleri ve kendilerine olan güvenlerinin daha az olduğu ortaya çıkmıştır. Belirsizliğin ne derece gerilime sebep olduğu değişkenlik göstermektedir. Bazıları tecrübesi ile belirsizliği yenmekte, bazıları ise belirsizliği rahatsız edici bularak gerilim yaşamaktadır (35).

2.1.2.2.2. Örgütsel Yapı ve İklimden Kaynaklanan Stres Kaynakları

Örgüt yapısı ve örgüt iklimi önemli örgütsel stres kaynaklarıdır. Örgütün hedef ve yöntemlerinin net olmaması, sistemdeki karışıklıklar, baskı, sıkı yönetim, örgüt içi çekişmeler, soğuk çalışma ilişkileri, kararlarda rol almama, örgütteki bireylere karşı beslenen duyarlılık düzeyi, işin yaptığı baskı bu başlık altında incelenebilecek konular arasında yer almaktadır (35). Örgütsel faaliyetlerde demokratik süreçlere izin vermeyen örgüt iklimi, kapalı ve tehdit edicidir. Otoriter liderlerin katı tutumları ve emir-komuta ilişkilerine aşırı uyma eğilimi, açık ya da gizli denetim yolları ile çalışanlar üzerindeki baskıcı tutum önemli örgütsel stres kaynaklarıdır (33).

2.1.2.2.3. Kariyer Gelişiminden Kaynaklanan Stres Kaynakları

“Kişinin iş yaşamında belli bir hedefe ulaşmak, kariyer basamaklarında yükselerek bunun karşılığında daha fazla güç, saygınlık ve para elde etmek, kariyer gelişimini sağlamak yönündeki istek ve ihtiyacının örgüt tarafından karşılanamaması ve çeşitli şekillerde engellenmesi çalışanda strese yol açacaktır” (36). İş ile ilgili tatminsizliğe sebep olan bu durum kişinin stres düzeyini artırır. Mutsuzluk, huzursuzluk ve tedirginlik yaşar. Bireylerin kariyer gelişiminde söz sahibi olan kimselerin belirsiz değerlendirmelerde bulunması, haksız seçimler yapması, liyakati gözönünde bulundurmaması stres oluşturur.

Asistan Hekimlerde Stres ve Stres Kaynaklarını Değerlendirme

Dünyanın her yerinde tıp fakültesine girmek, tıp eğitimini tamamlayıp doktor olmak ve belirli bir alanda uzmanlaşmak çok zorlu bir süreçtir. Bu süreç sadece bir grup sınavı kazanmakla değil, kişinin yaşamını bu sürece adanması ile gerçekleşmektedir (37). Türkiye’de lise sonrası 6 yıllık yoğun bir tıp eğitiminin ardından pratisyen hekim olmaya hak kazanılır. Daha sonra uzmanlık eğitimi almak isteyen pratisyen hekimler, “Tıpta Uzmanlık Sınavı”nda başarılı olmaları şartıyla, tercihleri doğrultusunda açık olan kontenjanlara yerleştirilirler ve böylelikle Sağlık Bakanlığı Araştırma Hastaneleri veya Tıp Fakültesi Hastaneleri’nde asistan hekim olarak çalışmaya başlarlar (38).

Asistan hekimler işyerleri olan hastanelerde hizmet temelli bir eğitim alırlar. Ancak hem hizmet sunmak, hem de öğrenmek zorlu bir süreçtir. Kişi, öğrenci çalışan ikilemi ile baş etmek zorundadır. Hizmet yükü arttığında eğitime ayrılan zaman, eğitim süresi arttıkça sunulan sağlık hizmetine ayrılan süre azalacaktır. Bu süreçte asistan hekimler, hasta bakımının zorluğu, ekonomik zorluklar, nöbetler, sürekli öğrenme zorunluluğu; öğretim üyeleri, eğitim görevlileri, uzman ve kıdemli asistanların istekleri ve kendi kişisel yaşamlarındaki sorumluluklarla yüzleşmektedirler (39, 40). Süreci etkileyen faktörlerin hemen hiçbiri asistan hekimler için ideal durumda değildir. Bu sebeplerden muhtemelen asistanlık süreci hekimlerin hekimlik hayatları boyunca en çok strese maruz kaldıkları dönemdir. Yoğun çalışma temposu, işten geç çıkma, nöbet tutma, nöbet ertesi çalışmak zorunda kalma, hastaların yüksek beklentileri, hasta memnuniyetinin azlığı, hekimlere itibarın azalması, şiddete maruz kalma, insan sağlığı ile ilgili önemli kararlar alma, travmatik durumlarla karşılaşma, hayati risk taşıyan hastalara bakma gibi birçok stres kaynağı mevcuttur.

2.1.3. Stresle Başa Çıkma

Stresle başa çıkmak, kişinin stres etkilerini olumlu düzeyde tutabilmek adına gösterdiği, uyum sağlamaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabaları olarak değerlendirilir (2, 3). Stresle başa çıkmak için birey kişisel ve çevresel imkanlarını kullanarak mevcut durumu iyileştirmeye çalışır.

Stres bireyler için yaşanılması kaçınılmaz bir durumdur. Stresin bireyler üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkileri değişkenlik gösterir. Stres karşısında gösterdikleri tutum bireyleri birbirinden ayıran en önemli unsurlardan biridir. Stresten korunabilmek, bireyin kişisel ve çevresel imkanlarını doğru kullanabilme becerisi ile ilişkilidir. Bu beceri sayesinde birey daha sağlıklı yaşayabilir, ancak birey stresli durumun üstesinden gelemese ciddi sorunlar yaşanması muhtemeldir.

Stresle başa çıkmak için stresi belirlemek şarttır. Stres birey tarafından doğru bir şekilde tanımlanırsa onu kontrol altına alması kolaylaşacaktır. Stresin hem tanımlanmasında hem de başa çıkılmasında çeşitli teknikler kullanılır.

Strese neden olan durumların yaşattığı duygular rahatsız edici olup bu rahatsızlık, bireyi mevcut durumu düzeltmeye iter. Bireyin bu durumları düzeltmeye yönelik uğraşma sürecine başa çıkma denir (41).

2.1.3.1. Stresle Başa Çıkma Yöntemleri

Stressiz bir yaşam mümkün olmadığı için stresli durumlarla nasıl başa çıkılabileceğini bilmek önemlidir. Stresten kaçmak yerine mücadele etmek kişiyi daha donanımlı hale getirir. Böylece birey karşılaçağı diğer zorluklar için daha kolay çözüm üretecek, geçmiş tecrübelerinden yararlanacaktır.

Stresle başa çıkma, ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürdürebilmek için gereklidir. Karamsarlık göstererek sorunlar karşısında pasif bir tutum sergilemek yerine sorunu çözmeye yönelik hareket etmek oldukça önemlidir. Stresle başa çıkma yöntemleri stres kaynaklarını her zaman ortadan kaldırmaya bile bireylerin daha sağlıklı ve güçlü olmaları için gereklidir (42).

Stresle başa çıkmada en önemli yöntem bireysel yöntemlerdir. Bireyin algı ve deneyimleri strese yüklediğı anlamı belirler. Bireyin bakış açısı, stresi yorumlaması ve kişisel özellikleri yaşanan stresin düzeyini etkiler (43). Benzer ortamlarda aynı stres kaynağına maruz kalan kişilerin stres algısı ve tepkileri değişkenlik gösterir.

Başta çıkma tutumları problem odaklı ve duygu odaklı başta çıkma olmak üzere iki biçimdir (44). Problem odaklı başta çıkma sorunun çözümüne yönelik stresli durumu değiştirmek ya da ortadan kaldırmak için yapılan girişimlerdir. Duygu odaklı başta çıkma ise stres kaynağına bağlı duygusal tepkileri düzene koyma çabalarıdır (45). Problem odaklı başta çıkma çevresel koşullarda, duygu odaklı başta çıkmada ise içsel koşullarda değişim gerçekleşir (46).

Problem odaklı başta çıkma sorunu belirlemeyi, çözümler üretmeyi, çözümler arasındaki kar zarar durumunu değerlendirmeyi, bir seçim yapmayı ve bu seçimi uygulamayı gerektirir. Problem odaklı başta çıkma yöntemleri ile çözüm adına kendisi ile ilişkili bir durumu düzelterek içsel bir değişiklik de yapabilir. Duygu odaklı başta çıkmada olumsuz duyguların kontrol altına alınması ve bu duyguların sorun çözme girişimlerini etkilememesi amaçlanır (41). Problem odaklı başta çıkmanın değiştirilebilir ya da denetlenebilir durumlar sırasında; duygu odaklı başta çıkmanın ise değiştirilemez, kabullenilmesi gereken durumlarda daha çok kullanıldığı ifade edilmektedir. Duygu odaklı başta çıkma; kendini eleştirme, duygularını açıklama, durumu kabul etme, kaçma, kaçınma, toplumsal destek arama şeklinde olabilir. Madde kullanımı gibi eylemler de duygusal odaklı başta çıkma yöntemleri arasındadır (47).

Bireyler stresle başta çıkma tutumlarını çoğu zaman birlikte kullanır. Kişilerin kullandıkları baş etme tutumlarında cinsiyetin etkili olduğu belirlenmiştir. Araştırmalar

erkekler ve kadınların farklı baş etme tutumlarını tercih ettiklerini ortaya koymuştur. Bu araştırmalarda, kadınların stresle başa çıkmak adına dikkat dağıtan meşguliyetlere yöneldikleri, duygusal tatmin arayışında oldukları ve toplumsal desteğe erkeklere kıyasla daha çok gereksinim duydukları; erkeklerin ise daha aktif baş etme tutumlarını kullandıkları gösterilmektedir (48). Kullanılan başa çıkma tutumu ile her zaman istenen sonuç elde edilemeyebilir. Lazarus'a göre başa çıkma tutumlarının ikisi de aslında iyi ya da kötü değildir ve stres kaynağının gerektirdiği başa çıkma tutumu ile bireyin tercih ettiği tutuma bağlı olarak olumlu ya da olumsuz sonuç alınabilir (41).

2.1.3.1.1. Stresle Başa Çıkmayı Etkileyen Bireysel Faktörler

Strese neden olan durumun kendisi onunla başa çıkmada tek başına belirleyici değildir. Durumsal, bireysel ve çevresel önemli unsurlar söz konusudur. Durumsal etkenler, stresli durumun niteliği ile ilgilidir. Bireyin durumu denetim altında tutmaya dair inanışlarının ve baş etme biçiminin stresli olaylarda uyumu sağlamaya yönelik başlıca unsurlar olduğu tespit edilmiştir (49). Çevresel etkenler genellikle stresli durum ya da olayın meydana geldiği çevrede nispeten kalıcı olan psikososyal özelliklerdir (50). Araştırmalarda stresli olay ya da durumların yaşanmış olduğu çevrenin özelliklerinin, kullanılan başa çıkma mekanizmasına etki ettiği belirtilmektedir. Kişiler, toplumsal yardımın ulaşılabilirliğinin mümkün olduğu durumlarda, hayatlarındaki stres unsuruyla daha etkin biçimde baş edebilmektedir (51). Bireysel etkenler stresle başa çıkmada en önemli yere sahiptir. Bireylerin stres algısı değişkenlik gösterdiği gibi stres karşısındaki tutumları ve başa çıkma yöntemleri de değişkenlik gösterir.

Yüksek özsaygıya sahip olan bireylerin stres unsurları karşısında daha olumlu ve aktif baş çıkma metotları kullandıkları, iyimser bireylerin geleceğe dair olumlu beklentiler içinde olmaları sebebi ile aktif başa çıkma tutumlarına başvurdukları ve karşılaştıkları tüm durumlarda ellerinden gelenin en güzelini yapmaya gayret ettikleri belirtilmiştir (52). Düşmanca, katı, yetersiz ve nörotik eğilimler gösteren kişilerin sorunlarını saklamaya meyilli oldukları ve duygu odaklı başa çıkma tutumlarını daha çok kullandıkları belirtilmiştir (53). Tepkisellik kişinin stresle nasıl başa çıktığı ile yakın ilişkilidir. Bu kişilerin duygu odaklı stresle başa çıkma tutumlarını kullandıkları düşünülür. İçedönük olmanın gelişmemiş, nörotik baş etmeyle ilgili; dışadönük olmanın ise gelişmiş ve etkili baş etme davranışlarıyla ilgili olduğunu belirtilmektedir (54).

Bireyler stresle başa çıkarken bedensel, zihinsel, davranışsal ve inançla başa çıkma yollarından yararlanabilirler. Bedensel başa çıkmada, gevşeme teknikleri, farklı

beden egzersizleri ve sağlıklı beslenme etkili olmaktadır. Zihinsel başa çıkmada uyumsuzluğa ve gerilime neden olan faaliyetlerden uzaklaşma, zihinsel düzenleme teknikleri bulunmaktadır. Davranışsal başa çıkmada davranış biçimlerinin değiştirilmesi, hatalı davranışların yerini olumlu ve yapıcı davranışların alması hedeflenir (55). Kenneth Pargament'in (56) görüşleriyle son şeklini alan dini başa çıkmada ise günlük hayatta gerek ruhsal gerek bedensel olarak yaşanan sıkıntı ve zorlukların üstesinden gelme sürecinde dinden nasıl ve ne düzeyde destek alındığı vurgulanır. Bu yöntemler ayrı ayrı kullanılabilirdiği gibi beraber de kullanılabilir.

Bireysel olarak stresle baş çıkmak için; etkili bir zaman yönetimi, sağlıklı yaşam aktiviteleri, rahatlama uygulamaları, egzersiz ve beden hareketleri, sosyal aktivitelere katılma, iletişim kurma, olumlu hayal kurma, meditasyon, müzik dinleme, düzenli beslenme, kendine özgü bir hobi edinme, beceri ve yetenek geliştirici aktivitelere katılma gibi aktiviteler önerilmiştir (55, 57).

2.1.3.1.1.1. Bedensel hareketler

Koşu, yürüyüş, yüzme en çok tavsiye edilen hem efor sarf ettiren hem de derin nefes alıp vermeyi sağlayan egzersizler olarak önerilmektedir (58).

Doğru egzersizin birçok yararı vardır, kas gücünü artırabilir, kilo vermeye ve almamaya yardımcı olabilir, kalbin beden dokularına kolaylıkla oksijen almasını sağlayarak bedenin genel fizyolojik koşullarını iyileştirebilir, stresle oluşan hormonların bedenden uzaklaşmasına yardımcı olur (55).

2.1.3.1.1.2. Solunum egzersizleri

Doğru nefes almak stresle başa çıkmada etkili yöntemlerden biridir. Solunum egzersizleri ile amaç, kişinin nefes alıp verme hızını düşürerek stresin sebep olduğu düzensiz nefes alışverişlerini düzenlemektir. Kişi oturur, omuzlarını ve göğsünün üst kısmını gevşek bırakır, karnın üst kısmına elini yerleştirir ve gözlerini kapatır. Burundan nefes alırken ağızdan nefes vermesi istenir. Burundan nefes aldıktan sonra biraz beklenir ve nefes alışa göre iki kat sürede alınan nefes geri verilir. Bu egzersiz günde iki ya da üç defa tekrar edilerek beş dakika bir süre ile yapılır (34). Karnın kısmının kişinin nefes alır iken dışa, nefes verir iken içe doğru hareket etmesi kişinin diyaframını kullandığını göstermektedir.

2.1.3.1.1.3. Meditasyon

Meditasyon, Latince meditation kelimesinden türetilmiş sözcük anlamıyla birçok Batı dilinde derin düşünme anlamına gelmekte olan bir terimdir. Meditasyon stresle başa çıkmada yardımcı bir yöntem olup kişinin bu teknikle bedensel ve ruhsal olarak rahatlaması beklenir. Tekniği uygularken içsel bir yoğunlaşma yaşanır. Sessiz ve sakin bir ortamda yapılmalıdır. Rahat bir pozisyon, tekrar edilen zihinsel bir uyaran ve pasif bir tutum gerekir (59). Stresin ve strese bağlı gerginlik durumlarının azalmasını sağlar.

2.1.3.1.1.4. Gevşeme

Gevşeme, stresin bedensel etkilerini kontrol etmeye yarar. Bu teknik, belirli kas gruplarının önce kasılması ve akabinde gevşetilmesini gerektirir ve vücudun o anki gerilimini azaltmak için tercih edilir. Bu teknik her gün düzenli olarak tekrar edilmelidir.

Tekniğin uygulanışı şu şekildedir (4);

- Derin nefes alma ve nefesin yavaş yavaş bırakılması,
- Rahatsızlık veren kas gruplarının ve gerginlik hissinin kaynağının belirlenmesi,
- Daha sonra kasıldığı fark edilen kasların gevşetilmesi.

2.1.3.1.1.5. Beslenme

Doğru beslenme sağlıklı ve kaliteli bir yaşam için oldukça önemlidir. Stresin azaltılmasında beslenmenin rolü büyüktür (60). Beslenmenin yeterli ve dengeli olması, sağlıklı besinler tercih edilmesi gerekir. Öğün atlamak yeterli ve dengeli beslenme düzenine aykırı bir davranıştır, metabolizmanın yavaşlamasına ve diğer öğünlerde fazla miktarda besin tüketilmesine neden olur. Çalışan bireylerin birçoğu kahvaltı yapmadan evden çıkmakta, gün içinde iş yoğunluğu sebebi ile beslenmeye yeterli vakit ayıramamaktadır. Atlanan öğünler sebebi ile bireyler daha gergin çalışmakta, zindeliğini kaybetmekte ve dikkat problemleri yaşamaktadır.

Her besin farklı vitamin ve mineral içeriğine sahiptir. Tek tip beslenme vücudun ihtiyaç duyduğu vitamin ve minerallerin eksik alınmasına yol açar. Zararlı alışkanlıklardan kaçınma ve uyarıcı özellik taşıyan yiyecek ve içeceklerin doğru tüketilmesi de dikkat edilmesi gereken durumlardandır. Kafein içeren besinlerin fazla tüketimi kalp ritmini değiştirerek kaygıya neden olabilir. Aşırı yağ ve tuz içeren yiyecekler, tansiyonu artırarak strese sebep olabilir. Fazla kalorili yiyecekler kilo artışına yol açarken bireyde

fiziksel ve ruhsal sıkıntılara sebep olur. Meyve ve sebze ağırlıklı beslenilmesi, kafein içeren içeceklerin (çay, kahve, çikolata, kakao, asitli içecekler gibi) azaltılması, aşırı yağlı ve tuzlu yiyeceklerden kaçınılması ve kalori değeri yüksek yiyeceklerin sınırlandırılması ruh ve beden sağlığını koruyucu faktörlerdendir.

2.1.3.1.1.6. Uyku

Uyku, sağlıklı yaşam için gerekli olan en önemli ihtiyaçlarımızdan biridir. Uyku, hem beden hem de zihnin dinlenmesi ve yenilenmesi için gereklidir. Bu dinlenme ve yenilenme, günlük yaşam temposunun devam ettirilebilmesi için şarttır. Çalışmalar düzenli uykunun stresi azaltmada etkili olduğunu, uykunun gün içindeki konsantrasyon, ruhsal iyi oluş, başarı ve yaşam kalitesi gibi değişkenlerle ilişkilendirildiğini göstermektedir (34, 61).

Uyku hijyenine yönelik öneriler (62):

- Her sabah belirli bir saatte kalkmalı
- Yatmadan önceki hazırlıklar aynı düzen içinde sürdürülmeli
- Yatış saatlerinin de aynı saatlerde olması sağlanmalı
- Uyku gelmeden yatağa yatmamalı
- Gece uyuyamama durumunda yatakta uyumak için zorlanmamalı
- Gündüz uykularından kaçınılmalı
- Düzenli egzersiz yapılmalı
- Yatak odası aşırı ses, ışık, ısı yönünden korunmuş olmalı
- Yatak odası sadece uyumak için kullanılmalı
- Uyku saatine yakın (yatmadan 2 saat öncesine kadar) yemek yememeli
- Yatma saatinden en az 6 saat öncesine kadar kafeinli, alkollü, kolalı içeceklerden ve tütün kullanımından kaçınılmalı

2.1.3.1.1.7. Sosyal destek

Sosyal desteğin tanımı üzerinde görüş ayrılıkları olmakla birlikte, genellikle, stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak kabul edilir. Sosyal desteğin, stresin oluşumunu önleyebildiği; stresin var olduğu durumlarda ise olayın algılanış biçimini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda ona yardımcı olduğu ve başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir (63).

2.1.3.1.1.8. Sosyal ve sportif faaliyetlere katılma

Stresten korunmak veya stresin azaltılması amacıyla sanatsal, kültürel ve sportif faaliyetlere katılmak, hobiler edinmek, farklı ilgi ve beceri gerektiren alanlara yönelmek gibi zamanı etkin kullanmaya ve rahatlamaya destek olabilecek etkinliklerde bulunmak uygun adımlardır (64). Her bireyin ilgi duyacağı alan farklı olacaktır. Sinema, tiyatro, bahçe işleri, balık tutmak, kitap okumak, müzik dinlemek, resim çizmek gibi farklı aktiviteler yapılabilir.

2.1.3.1.1.9. Masaj

Masaj zihinsel ve bedensel rahatlık sağlar. Masajın bedensel rahatlamadan daha çok zihinsel rahatlık sağladığı daha fazla gözlemlenmektedir. Bunun esas sebebinin insanların masaj yaptırarak rahatlayacağını zihnen kabullenmesi olduğu düşünülür (65). Bilinçli yapılan bir masaj, bireyi stresin kargaşasından uzaklaştırarak, sağlıklı bir dinlenme imkânı sağlar (66).

2.1.3.1.1.10. Dua ve ibadet

Dua yüzyıllardır stresle başa çıkmak için kullanılan bir tekniktir. Dua esnasında tekrarlanan ayetler, meditasyonda olduğu gibi odaklanmayı sağlayarak, bireyin rahatlamasını kolaylaştırabilir. Dua etmek bireyin ümidini ve iyimserliğini arttırabilir (64). Dua eden birey öncelikle paylaşımda bulunmuş olmanın rahatlığını hisseder. Mevcut durumunun düzeleceğine dair daha inançlıdır ve bu onu çözüm adına fiilen aktif olmaya iter, gerekeni yapması konusunda motive eder. Yardım göreceği ve destekleneceği düşüncesi bireyi rahatlatır.

2.1.3.1.1.11. Zaman Yönetimi

Zaman yönetimi ile hedefi tanımlamak, hedefe ulaşmak için plan yapmak, planı uygulamaya en kısa sürede başlamak, bitiş zamanını belirlemek ve hedefe ulaşmaya dek çalışmaya devam etmek gerekir (64). Zaman yetersizliğinin bireyde oluşturduğu baskı ile başa çıkmada, zamanı iyi yönetmek en uygun yoldur (34).

Zamanın etkin ve verimli kullanılması hem stres oluşumunu engellemede ve stresin azaltılmasında fayda sağlayacaktır. Doğru işleri doğru zamanda yapmak kişinin düzenli ve huzurlu bir hayat yaşamasında etkin rol oynayacaktır (55).

2.1.3.1.2. Stresle Başa Çıkmayı Etkileyen Kurumsal Faktörler

Örgütsel tedbirler ve uygulamalar, organizasyon düzeyindeki stres kaynaklarının ortadan kaldırmasını ve sosyal destek ağlarıyla stres düzeyinin azaltılmasını hedefler. Bu tedbirlerden bazıları; iyi fiziksel çalışma koşullarının sağlanması, sosyal destek ağları, eğitim, danışmanlık hizmetleri, uygun yetki devri, işin yapılandırması ve çalışanların durumunun gözetilerek görevlendirilmesi olarak sıralanabilir. Örgütlerin stresle başa çıkma yöntemleri, çalışanların iş stresinin azaltılması ve örgüt içi muhtemel stres kaynaklarının kontrol altına alınması için gerekli düzenlemelerdir (55).

Örgütlerin strese karşı mücadelesi şu şekilde açıklanmıştır(67);

- Çalışanlarda strese neden olan faktörleri belirlemek,
- Örgüt içi strese neden olan faktörleri kontrol altına almak,
- Çalışanları stresin zararları konusunda bilgilendirmek,
- Çalışanları stresle mücadele konusunda desteklemek.

2.1.3.1.2.1. Katılımcı yönetimi benimseme

İletişimin kolay ve açık olması, astlara güven verici yaklaşımlar, destekleyici önderlik, çalışanların özerklik eğilimlerine saygı duyan bir anlayış stresin az yaşanmasını sağlayan bir örgüt ikliminin temel prensipleridir (34). Katılımcı bir örgüt iklimi sayesinde iş doyumunu artırır, işle alakalı tehditler hissedilmez, bireyin özgüveni ve özsaygısı artar, mesleğiyle ilgili kendini geliştirme motivasyonu artar, çalışma arkadaşlarıyla daha iyi ilişkiler kurar, işine olan bağlılığı artar ve sorumluluktan kaçınmaz (42).

2.1.3.1.2.2. Amaçları ortak belirleme

Araştırmalar hedefleri açık ve net olan ve bu hedeflere ulaşmakta anlaşılır yollar çizen kurumlarda çalışan bireylerin stresten daha uzak olduğunu gösteriyor (68).

Hedefler belirli aralıklarla toplanılarak görüşülmelidir. Çalışanlar böylelikle başkalarının bilgi ve tecrübelerinden istifade eder, onların davranışlarını izler, kendisini eğitir ve katılımı ile kendisini örgütün bir parçası gibi hisseder. Örgütün amaçları ve hedefleri konusunda net bilgiler edinilmesi, diğer çalışanlar ve yöneticilerin tecrübelerinden faydalanılması, bilgi alışverişi ve sosyal gelişme fırsatı açısından toplantılar önemlidir (55).

2.1.3.1.2.3. Kurumsal sosyal destek

Örgüt içi destek ve işbirliği sağlandığında bireyin örgüte olan bağlılığının ve örgütün bir parçası olduğu hissini arttığı, örgütün amaçları doğrultusunda bireylerin enerjilerini ortak kullandıkları ve işe olan ilginin arttığı gözlenmektedir (55).

2.1.3.1.2.4. Olumlu kurumsal iklim oluşturma

Yetki beraberinde güç ve sorumluluk gerektiren bir durumdur. Yetki devri yöneticilerin iş yükünün azalması sayesinde daha rahat çalışmasını sağlar. Fakat yöneticiler gücünü paylaşmaktan çekinebilirler ve astlarının yaptığı hataların sorumluluklarını üstlenmek istemezler (42). Çünkü yetki devredilebilirken sorumluluk devredilemez. Yetki devri yapmayan bir yönetici yoğun iş yükü sebebi ile ciddi zorluk yaşar. Yapılması gereken birçok iş için yetersiz kalır ve bunun sonunda stres düzeyi artar (69).

2.1.3.1.2.5. Çalışanlara insani değerlerle yaklaşma

Ülkemizde kamu kurumlarında yükselme esasları kanunlarla düzenlenmekte olup amirin olumlu görüşü etkili rol oynamaktadır. Adil ve eşit hakların geçerli olmadığını düşünen çalışanlar için bu durum stres kaynağıdır. Bu sorunu önlemek için, modern yönetim anlayışı benimsenmeli, insan kaynaklarından yararlanılmalı ve performansa yönelik değerlendirmeler yapılmalıdır (70).

Sonuç olarak stresin azaltılmasında örgütsel yöntemler şu şekilde sıralanabilir(66);

- Çalışma ortamını cazip hale getirerek huzurlu bir hava oluşturmak,
- Çalışanların grup içindeki görevlerinden kaynaklı sorunlarını azaltmak,
- Aşırı iş yükü oluşmasını engellemek,
- Çalışanların örgütün değişim ve süreklilik süreçlerine uyumlu hale gelmesini sağlamak,
- Çalışanları örgüte bağlılıklarını arttırmaya yönelik motive etmek,
- Çalışanların kararlar alınırken fikirlerini önemseyerek onlara örgütün önemli bir parçası olduklarını hissettirmek,
- Örgütte stres yönetimi açısından çeşitli danışmanlık ve rehberlik birimleri kurmak ya da uzman kişilerden/kurumlardan yardım almalarını sağlamak,
- Stresin zararları hususunda çalışanları bilgilendirmek.

Stres yönetimine yönelik verilen hizmetler, kurumlarda üretkenliğin ve verimliliğin üst düzeye çıkmasını sağlamış olacaktır (55).

2.2. İŞ DOYUMU

İş doyumunu; çalışan bireylerin işlerinden duydukları doyumun, hazzın ve de ulaşılmış oldukları olumlu durumun derecesi olarak tanımlanmaktadır (71). Fred Luthans'a göre iş doyumunu; duygusal bir tepkidir ve beklentilerin ne derece karşılandığı ile yakından ilişkilidir. Luthans'a göre bu beklentiler iş, ücret, terfi olanakları, yöneticiler ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkilidir (72).

Sağlık nasıl insanın genel fiziksel durumunu gösteriyorsa ve önemli ise, iş doyumunu da çalışanın genel durumunu yansıması açısından önemlidir. İş doyumunu, çalışanların genel duygusal durumunu gösterebilmekte ve işe yönelmeyi sağlayan olumlu etki olarak tanımlanmaktadır. Özellikle meslek dışı yaşamları doğrudan etkileyen ve sürekli özveri gerektiren mesleklerde iş doyumunu büyük önem taşımaktadır (75). İş doyumunu, kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biridir (73). Bireyin işinden doyum alması ve tatmin olmasının verimliliği arttırdığı birçok çalışmada gösterilmiştir (74).

Bireylerin iş doyumunun düşük olması yalnızca birey için değil örgüt içinde olumsuz sonuçlar doğuracaktır. Bu olumsuzluklar çalışanlarda işe gitmek istememe, işinde yeterli olmadığı düşüncesi, çalışma arkadaşları ile uyum problemleri, işini eksik ve hatalı yapma, yanlış kararlar verme, işten uzaklaşma isteği, işten ayrılma ve iş verimliliğinde düşüş şeklinde ortaya çıkabilmektedir (73). Bu açıdan bireylerin işe bağlılıklarını ve motivasyonlarını artırıcı önlemler alınması oldukça önemlidir (74).

2.2.1. İş Doyumu Kuramları

İş doyumunu anlamaya yönelik geliştirilen kuramlar içerik, süreç ve pekiştirme kuramları olarak karşımıza çıkmaktadır. İçerik kuramları, nelerin güdülemeye yol açtığı konusunu ele almaktadır. Süreç kuramları, daha çok güdüsel sürecin nasıl işlediğini incelemektedir. Pekiştirme kuramları ise çevresel pekiştiriciler üzerinde durmaktadır.

2.2.1.1. İçerik Kuramları

İçerik kuramları kişilerden kaynaklanan motivasyon faktörlerini inceler. Bireylerin kişisel özellikleri, deneyimleri, istek ve ihtiyaçları esas alınır (73).

Bu başlık altında bahsedilecek kuramlar; "Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı", "Herzberg' in İkili Faktör Kuramı", "Alderfer'in V-İ-G Kuramı" dır.

2.2.1.1.1. Maslow' un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı

Abraham Maslow'a göre bireyin motivasyonun temelinde ihtiyaçlar bulunur ve bireyin davranışları bu ihtiyaçları gidermeye yöneliktir. Maslow insanları doyuma yönelik davranışa iten ve hiyerarşik bir düzen içinde bulunan beş temel ihtiyacın olduğunu savunur. Bunlar fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyacı, ait olma ve sevgi ihtiyacı, saygınlık ihtiyacı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır (73).

Birey ilk önce fizyolojik ihtiyaçlarını daha sonra güvenlik ihtiyacını gidermeye çalışır. Bu ihtiyaçlar karşılandıktan sonra sosyal ihtiyaçlar karşılanmaya çalışılır. Bir sonraki aşama saygınlık ihtiyacının giderilmesidir. Son olarak kendini gerçekleştirme gereksinimi önemlidir (75).

1. Fizyolojik ihtiyaçlar; yeme, içme, barınma gibi temel ihtiyaçlardır.
2. Güvenlik ihtiyacı; bireyin kendini güvende hissetmek için gereken ev, sosyal güvence gibi ihtiyaçlardır.
3. Sevgi ihtiyacı; sevgi, ait olma, kabul görme gibi duygusal ihtiyaç ve beklentilerdir.
4. Saygınlık ihtiyacı; Saygı duyulma, takdir edilme, ünvan gibi gereksinimlerdir.
5. Kendini gerçekleştirme ihtiyacı; kişinin kendi beklentilerini karşılama, yeteneklerini kullanma, üretme ve başarıma gibi ihtiyaçlarıdır.

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisinin örgütlere uyarlaması Tablo 1'de verilmiştir (76).

Tablo 1. Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisinin Örgütlere Uyarlaması

| İhtiyaçlar Düzeyi | Genel Doyum Etkenleri | Örgütsel Etkenler |
|--------------------------|--|--|
| Fizyolojik | Yeme, içme, uyku | Ücret, ödemeler, iyi çalışma ortamı |
| Güvenlik | Rahatlık, güvenlik, devamlılık, desteklenme | Güvenli çalışma şartları, örgütsel olanaklar, iş güvenliği |
| Sevgi ve ait olma | Sevgi, iyi ve sıcak ilişkiler, ait olma | Beraber iyi çalışan gruplar, arkadaşça denetim, profesyonel ilişkiler |
| Saygınlık | Kendine güven, kendine saygı, prestij, statü | Sosyal tanınma, ünvan, yüksek statülü iş, işten alınan geri besleme |
| Kendini gerçekleştirme | Gelişme, ilerleme, yaratıcılık | Anlamlı bir iş, yaratıcılık için olanaklar, işte amaçlara ulaşma, örgütte ilerleme |

Maslow bir üst basamaktaki ihtiyacın giderilmesi için önceki gereksinimin giderilmiş olması gerektiğini ve giderilen bir gereksinimin bireyin motive olmasına sebep olmaktan çıktığını anlatır. Giderilmemiş ihtiyaçlar ise birey için motivasyon kaynağıdır (73).

2.2.1.1.2. Herzberg'in İkili Faktör Kuramı [İki Etken (Motivasyon-Hijyen) Kuramı]

Bu kurama göre iş ortamında, doyuma ve doyumsuzluğa neden olan etkenler birbirinden farklıdır. İçsel faktörler (motivatorler yada güdüleyiciler) doyum sağlarlar. Bunlar başarı, takdir edilme, işin kendisi, sorumluluk alma, yükselme olanakları ve ilerlemedir. Dışsal faktörlerin (koruyucular yada hijyen faktörleri) yokluğu iş doyumunu olumsuz etkiler ancak varlığı iş doyumunu arttırmamaktadır. Bunlar çalışma koşulları, maaş, örgüt politikaları, yönetim, denetim, iş güvenliği, kişiler arası ilişkilerdir (77, 78).

Herzberg'e göre iş doyumunu arttırmanın yolu içsel faktörlerin arttırılmasıdır (79). Fakat içsel faktörler de dışsal faktörler sağlanmadan bireylerin motivasyonlarının artması için tek başına yeterli değildir. Bunun sonucunda içsel ve dışsal faktörlerin çalışanların motivasyonlarının sağlanmasında birbirinden ayrı ele alınamayacak faktörler olduğu görülmektedir (73).

2.2.1.1.3. Alderfer'in V-İ-G Kuramı

Clayton Alderfer tarafından geliştirilen bu kurama göre insanların üç temel ihtiyacı mevcuttur. Kuram adını var olma, ilişki kurma ve gelişmeyi temsil eden baş harflerden alır;

1. "Var olma İhtiyaçları": İnsanların var olma gereksinimleridir, en alt basamakta yer alır. Açlık, susuzluk, fiziksel güvenlik vb. ihtiyaçlar bu kategoride değerlendirilir (80).

2. "İlişki İhtiyaçları": İnsanların birbirleri ile ilişki kurma gereksinimleridir. İnsan ilişkileri, duygusal destek ve ait olma gereksinimleri bu kategoride değerlendirilir (81).

3. "Gelişme İhtiyaçları": İnsanların yeteneklerini kullanma, üretken olma ve kendini geliştirme gereksinimlerini temel almaktadır (80).

Bu kuram örgütün bir parçası olan insanın ve ihtiyaçlarının anlaşılması açısından önemlidir.

2.2.1.2. Süreç (Bilişsel) Kuramları

Süreç kuramları, bireyleri motive eden etkenlere ve nasıl motive edildiklerine odaklanır. Herhangi bir davranışta bulunan kişinin tekrar bu davranışta bulunması veya bulunmamasının nedenini araştırmaktadır (81).

2.2.1.2.1. Beklenti Kuramı

Victor Vroom tarafından geliştirilen bu kurama göre kişinin davranışını yalnızca gereksinimleri değil amacına ulaşmakla ilgili beklentileri de belirler. Bu kuramın üç boyutu vardır (77);

- Beklenti: İstenilen amaca ulaşma hayali,
- Araçsallık: Kişinin amaca ulaşmasının gerekliliğine inanması ve
- Valans: Bireyin amaca verdiği değer, istekli olma derecesidir.

Bu kuram motivasyon için beklenti, araçsallık ve valans boyutlarının birlikte ve pozitif yönde olması gerektiğini öne sürmektedir (73). Bireylerin istekli olması ve sonuca ulaşacağına inanması istediği sonucu elde etmesini kolaylaştıracak ve doyuma ulaştıracaktır. Örgütsel açıdan bunun anlamı hedeflerin gerekliliğine olan inancın artırılması, teşvik edici ödüller verilmesi ve destekleyici tutumlar gösterilmesi iş doyumunu artıracaktır.

2.2.1.2.2. Adams'ın Eşitlik Kuramı

Adams tarafından geliştirilmiştir. İnsanların yaptıkları karşılığında benzerleriyle sosyal yönden adil biçimde ödüllendirilip ödüllendirilmediklerine baktıklarını, bu konudaki bakış açıları veya algılarına göre motive olduklarını savunur (82). Kişiler kendilerini aynı düzeyde ve aynı koşullarda çalıştıkları kişilerle karşılaştırırlar ve bu şekilde kişide iş doyumunu yada iş doyumsuzluğu oluşur. Kişiler kendi gösterdikleri çabaları ile aldıkları ücret ve yükselme olanaklarını diğer çalışanlarla kıyaslar. Bu kıyas sonunda eşitlik algılarına işlerinden doyum alacaklarını eşitsizlik algılamazlarsa iş doyumsuzluğu yaşayacaklarını öne sürer (77).

2.2.1.2.3. Amaç Saptama Kuramı

Edvin Locke tarafından geliştirilmiştir. Locke bu kurama göre kendisine yüksek amaçlar saptayan ya da başkalarının onlar için saptadığı yüksek amaçları kabul eden bireylerin, daha çok çalışacağını ve daha iyi performans göstereceğini ileri sürmektedir (77).

2.2.1.2.4. Pekiştirme Kuramları

Burrhus Frederic Skinner'a göre, kişinin davranışını içinde bulunduğu çevre koşulları biçimlendirir. Davranışın içgüdüsel olmadığını ve olumlu çevresel pekiştirmelerle değişebileceğini öne sürer (77).

2.2.2. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler

2.2.2.1. Bireysel Faktörler

İş doyumunu etkileyen bireysel faktörler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çocuk sahibi olma durumu, kişilik özellikleri, eğitim, zeka, değer yargıları, inançlar, sosyokültürel çevre, beklenti, meslek, statü, sosyoekonomik durum, aynı iş yerinde geçirilen süre, meslekte geçen süre (deneyim, mesleki kıdem), mesleki gelişme fırsatı, işten ayrılma isteği, işin kişiyle uyumu, genel yaşam doyumunu, stresle baş edebilme durumu, genel sağlık durumu, boş zamanlarda yapılan aktiviteler, aile ve sosyal çevreyle ilişkiler, psikolojik kapasite (özgüven, iyimserlik, beklenti, esneklik) olarak belirtilmektedir (77).

Cinsiyet ile iş doyumunu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu nedenle cinsiyetin iş doyumundaki etkisi net değildir (76).

Yaşın iş doyumuna etkisi konusunda da fikir birliği yoktur. Bazı araştırmalara göre insanların yaşlandıkça artan deneyimleri sayesinde uyumlarının ve bununla ilişkili olarak iş doyumunun arttığı düşünülmüştür. Genç yaştaki bireylerin işleri ile ilgili yüksek beklentilerinin ve iş seçimi ya da iş güvencesi hakkındaki şüphelerinin iş doyumunu azalttığı savunulmaktadır (76).

Kişilik bireyin düşünce ve davranışlarını, çevresi ile uyumunu etkileyen önemli bir faktördür. Kişiliğin iş doyumunu üzerinde önemli rol oynadığı düşünülür. Araştırmalara göre işlerine daha iyi uyum sağlayan ve duygusal dengesi daha iyi olan çalışanların iş doyumları daha yüksek olmaktadır (76).

İş doyumunu etkileyen başka bir faktör eğitim düzeyidir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin işleri ile ilgili beklentilerinin yüksek olduğu, beklentilerinin tam olarak karşılanamaması sebebi ile işleri ile ilgili doyumсуuzluk yaşadığı düşünülmektedir (83). Sosyokültürel çevrenin, bireylerin tutum ve değerlerini etkilemekle işe karşı ilgilerini etkileyebileceği düşünülmüştür (84). Bireyin çevre tarafından kabul gören ve desteklenen bir iş tercih etmesi iş doyumunu olumlu yönde etkileyecektir.

2.2.2.2. Çevresel ve Örgütsel Faktörler

İşin yapısı ve zorluk derecesi, ilgi çekiciliği, işle ilgili stres, denetim, ücret, iş güvenliği, çalışma koşulları (fiziksel şartlar), çalışma şekli (vardiya), tecrübe, yönetim biçimi, örgütsel destek, kendini ifade etme, karar verme sürecine aktif katılım, yeteneklerini kullanabilme, yönetimde görev alma, iletişim, yetki ve sorumluluk devri, yükselme-gelişme olanakları, takdir edilme, motivasyon, özendirici ödüllerden oluşmaktadır (77).

Yapılan işte sıradanlık olması çalışanların sıkılmasına ve yaptığı işten soğumasına neden olur. Bu durum başarıma, yeteneklerini kullanma ve yeniliklere açık olmaya imkân tanımadığından iş doyumunun azalmasına yol açacaktır (76).

İş doyumunun sağlanmasında en önemli faktörlerden biri ücrettir. Bireyin aldığı ücretten memnun kalması, maaşının ihtiyaçlarını karşılama düzeyini yeterli görmesi iş doyumunu artıracaktır (76).

İş yerinde terfi olanağı ve adil uygulamaların bulunması iş doyumunu ve örgütsel bağlılığı artırmaktadır. Çalışanların karar verme sürecine katılma imkanı ve yöneticilerin yol gösterici tutumları da iş doyumunun artmasını sağlayacaktır (77).

Kişinin çalışma arkadaşlarına ve çalıştığı gruba kendini ait hissetmesi, onlarla iyi ilişkiler içinde olması, işinin uygun fiziksel şartlara (uygun ısı, nem, ışık, tehlikesiz olması, temiz ve rahat olması gibi değişkenler) sahip olması, maaş, yıllık izin, sigorta, belirli mesai saatleri gibi sosyal haklarının olması ve bunların her durumda güvence altında olduğunu bilmesi iş doyumunu olumlu etkilemektedir (76).

2.2.2.3. İş Doyumunun Birey ve Örgüt Üzerindeki Etkileri

Her çalışan çalışma koşullarının ideal olmasını, maddi ve manevi beklentilerini karşılamasını ister. Koşulların iyileştirilmesi, beklentilerin karşılanması iş doyumunu artırır. İş doyumunu kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olmaları için gereklidir (73). Artan iş doyumunu genel yaşam doyumunu, fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkiler (85).

İş doyumsuzluğu yorgunluk, baş ağrısı, nefes darlığı, iştahsızlık, hazımsızlık, bulantı, uyku bozuklukları, alkol madde kullanımında artış, tükenmişlik, depresyon, anksiyete, benlik saygısında azalma, dikkat dağınıklığı, sosyal izolasyon, cinsel ilginin azalması gibi pekçok fiziksel ve ruhsal problemle ilişkilendirilmiştir. İş doyumsuzluğunun örgütsel anlamdaki en önemli göstergeleri ise verim düşüklüğü, şikâyet ve yakınmaların artması, işe devamsızlık ve gecikme oranının yükselmesi gibi durumlardır (86). İş doyumunun artması bireylerin daha etkin hizmet sunmalarını ve örgüt içinde daha kalıcı olmalarını sağlar (77).

2.2.2.4. Asistan Hekimler ve İş Doyumu

Sürekli özveri gerektiren hekimlik mesleğinde iş doyumunu büyük önem arz etmektedir (87). Sağlık hizmetlerinin insanı konu alması, yapılan işlerin dikkat ve hassasiyet gerektirmesi ve hataların telafisinin mümkün olmaması, özellikle sağlık alanındaki çalışanların mesleki memnuniyetlerinin arttırılması gerektiği görüşünün giderek artmasına neden olmaktadır (88). Yaptığı işten doyum almak bireyin yaşam doyumunda ve üretkenliğinde önemli bir yere sahiptir (37). Cujeg ve arkadaşları asistan hekimlerde uzun çalışma saatleri, sözel ve duygusal kötü davranışa maruz kalma, gelecek konusunda belirsizlik yaşama ve ekonomik güçlüklerin iş doyumunu olumsuz etkilediğini göstermişlerdir (89).

Araştırmacılara göre bir asistan hekimin hekimlik yaşantısını etkileyebilecek negatif içsel ve dışsal faktörler arasında; çalıştığı örgütsel yapı, işlevsel bağımlılık ve zorlu sınavlar, yabancı dil sorunu, yenilikleri takip etmede yaşanan çeşitli güçlükler, düşük ücret, iş güvenliği problemi, çalışma ortamı ve koşulların zorluğu, çok fazla çalışma, çok emek isteyen iş, rutin tıbbi işlemler, uzman olduktan sonra nerede çalışacaklarının belirsiz oluşu gibi faktörler vardır (21).

Hekimlerin iş doyumunu düzeyinin düşüklüğü hasta-hekim ilişkisini ve hasta bakım kalitesini etkileyebilir (90). Öte yandan yüksek iş doyumuna sahip hekimler daha az stres ve tükenmişlik yaşamakta, daha az tıbbi hata yapıp, daha iyi hasta bakım hizmeti sunmaktadır (91).

2.3. RUH SAĞLIĞI

2.3.1. Ruh Sağlığı Kavramı

Ruh sağlığı; bireyin kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması; sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi olarak tanımlanmaktadır (92). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, sadece hastalık ve sakatlıkların olmaması değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu anlayış, ruhsal ve sosyal iyilik kavramlarının bedensel sağlıkla eşit önemde olduğunu ortaya koymaktadır. Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle, duygu, düşünce ve davranışlarında değişik düzeylerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik göstermektedir (93). Bu değerlendirmenin yapılabilmesi için ruhsal belirti kavramının anlaşılması gerekir.

Bu araştırmada hekimlerin ruhsal belirti durumunu anlamak için belirti tarama ölçeğini kullandık.

2.3.2. Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R)

SCL 90-R ‘psikiyatrik belirti tarama aracı’ olarak Derogatis ve arkadaşları tarafından 1973 yılında geliştirilmiştir. Testin amacı normal görünümdeki kişilerde psikolojik semptomları bulmak ve semptom düzeylerindeki değişimleri değerlendirmektir. SCL-90-R bireylerdeki ruhsal belirtilerin ne düzeyde bulunduğunu ve bu belirtilerin hangi alanlarla ilgili olduğunu ölçen bir gereçtir. 10 alt birimden oluşmaktadır. Bu alt birimler; somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotik, ek maddelerdir.

- 1) Somatizasyon alt birimi; bedensel işlevlere ilişkin özellikleri içeren maddeleri,
- 2) Obsesif Kompulsif alt birimi; kişinin düşünmekten ya da yapmaktan vazgeçemediği istenmeyen düşünce ve davranışlarına ilişkin maddeleri,
- 3) Kişiler arası duyarlılık alt birimi; bireyin kendini aşağılama veya yetersizlik duygularına ilişkin maddeleri,
- 4) Depresyon alt birimi; genel karamsarlık, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri ve yaşam ilgilerinin azalmasına ilişkin maddeleri,
- 5) Anksiyete alt birimi; aşırı düzeydeki kaygıya ilişkin maddeleri,
- 6) Öfke alt birimi; saldırganlık ve kızgınlık duygularını içeren maddeleri,
- 7) Fobik Anksiyete alt birimi; bireyin belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisine ilişkin maddeleri,

- 8) Paranoid düşünce alt birimi; kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle korkulara ilişkin maddeleri,
- 9) Psikotik alt birimi; içe kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, şizoid yaşam biçimine ilişkin maddeleri,
- 10) Ek maddeler alt birimi ise uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilişkili maddeleri kapsamaktadır (94).

2.4. KİŞİLİK

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve onu başkalarından ayırt ettiren; iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşmaktadır (95). Cüceloğlu kişiliği, “bireyin iç ve dış çevresi ile kurduğu, kendisini diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış ilişki biçimi” olarak tanımlamaktadır (43). Literatürde farklı kişilik yaklaşımlarından bahsedilmektedir. Psikanalitik yaklaşımda bilinçaltının kişilik üzerinde büyük payı olduğu vurgulanmış, kişilerin farklı davranışlarının bilinçaltından kaynaklandığı belirtilmiştir. Ayırıcı özellik yaklaşımında, kişilerin çeşitli kişilik özelliklerine sahip olduklarından bahsedilmektedir. Biyolojik yaklaşımda, kalıtsal eğilimler ve fizyolojik süreçler önem taşımaktadır. İnsancıl yaklaşımda, kişinin kendi sorumluluğundan ve kendini onaylama ihtiyacından yola çıkarak bir tanımlama yapılmaktadır. Davranışsal/Sosyal öğrenme yaklaşımında kişiliğin gelişiminde davranışların ve öğrenmenin önemi vurgulanmaktadır (92). Eysenck kişilik teorisi nörotizm, dışa dönüklük ve psikotizm boyutlarını içermektedir (96). Dışadönük bireyler; sosyal yönü kuvvetli, başkalarıyla beraber olmaktan hoşlanan, konuşkan, neşeli ve girişken tiplerdir. Aynı zamanda; içinde buldukları ortamlarda belirli bir oranda abartıya meyilli, hırslı, tutkulu ve baskın tiplerdir. Yapılan çalışmalarda, yüksek derecede dışadönük bireylerin dışadönüklük seviyesi ile yapmış oldukları işlerdeki performansları arasında anlamlı ve olumlu ilişkiler gözlemlenmiştir (93). Nörotik yapısı olan kişilerin olumsuz ruh halleri yaşamaları ve olumsuz hayat olaylarından etkilenme ihtimallerinin yüksek olduğu görülmüştür (94). Nörotik kişiler korku, öfke, suçluluk ve üzüntü gibi negatif duyguları yaşamaya daha çok eğilimlidirler. Costa ve McCrae’ye göre nörotik kişiler stresli olaylarla başa çıkmakta ve dürtülerini kontrol etmekte daha çok zorlanmaktadırlar (95). Psikotiklik ise soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz gibi kişilik özellikleri ile empati kuramayan, suçluluk hisseden ve diğer insanlara karşı duyarsız kalan bireyleri ifade etmektedir (97).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

1. Araştırmanın Evreni

Bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışmaya Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışmakta olan 79'u (%45,4) kadın, 95'i (%54,6) erkek toplam 174 asistan hekim katıldı.

2. Araştırmada Kullanılan Değişkenler

2.1. Bağımlı Değişkenler

1. Stresle Başa Çıkma: Bu çalışmada, stresle başa çıkma tarzlarını değerlendirmek amacıyla Folkman ve Lazarus (44) tarafından geliştirilen 66 maddelik ölçeğin Türkçe kısaltılmış formu kullanılmıştır. Bu formun güvenilirlik geçerlik çalışması Şahin ve Durak (98) tarafından yapılmıştır. Ölçek; 30 madde ve 5 alt ölçekten oluşmakta olup 4'lü likert tipi bir ölçektir. Bu alt ölçekler ve hangi maddelerle ölçüldükleri aşağıda belirtilmektedir:

1. Kendine Güvenli Yaklaşım: 8.,10.,14.,16.,20.,23. ve 26. madde,
2. İyimser Yaklaşım: 2., 4., 6., 12. ve 18. madde,
3. Çaresiz Yaklaşım: 3., 7.,11., 19., 22., 25., 27. ve 28. madde,
4. Boyun Eğici Yaklaşım: 5., 13., 15., 17., 21. ve 24. madde,
5. Sosyal Desteğe Başvurma: 1., 9., 29. ve 30. Madde

Ölçek iki farklı şekilde hesaplanmaktadır. Bunlardan ilki etkili ve etkisiz yöntemler olarak ayrı ayrı hesaplanır. Burada etkili yöntemler hesaplanırken “iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma (1. ve 9. Maddeler ters puanlanır)” alt ölçek puanları toplanır ve etkisiz yöntemler için de “çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım” alt ölçeklerinin puanları toplanır. Literatüre bakıldığında bu alt ölçeklerden kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama alt ölçekleri problem çözme odaklı başa çıkma tarzları ile ilişkiliyken; boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım alt ölçekleri de duygusal odaklı başa çıkma tarzları ile ilgilidir. İkinci ölçek hesaplama yöntemi ise ölçek toplam puanı bulmaktır (98). Alınabilecek toplam puan en az 30, en fazla 120 puandır. Bunlardan kendine güvenli yaklaşım için alınacak toplam puan en az 7, en fazla 28, sosyal destek arama alt grubu için toplam puan en az 4, en fazla 16, boyun eğici yaklaşım için toplam puan en az 6, en fazla 24, çaresiz yaklaşım için en az 8, en fazla 32, iyimser yaklaşım için en az 5, en fazla 20 puan üzerinden değerlendirildi. Bu çalışmada ilk yöntem kullanılmaktadır.

2. İş Doymu: Bu çalışmada, iş doyumunu ölçmek için Kuzgun, Sevim ve Hamamcı (99) tarafından geliştirilen Mesleki Doyum Ölçeği (MDÖ) kullanılmıştır. Toplam 20 maddeden oluşan bu ölçek, herhangi bir işte çalışan bireylerin o mesleğin üyesi olmaktan ne derece mutlu olduklarını belirlemek amacıyla, Herzberg'in (79) "İki Faktör Kuramı" temel alınarak geliştirilmiştir. Kuzgun, Sevim ve Hamamcı, 114 kişiden toplanılan veriler ile ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek için faktör analizi tekniği kullanmıştır. Faktör analizi sonucunda ölçeğin maddelerinin iki faktöre ayrıldığı belirlenerek, faktör 1 "Niteliklere Uygunluk", faktör 2 "Gelişme İsteği" olarak isimlendirilmiştir. Ölçeğin güvenirliği, iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak belirlenmiş olup ölçeğin tümü için Cronbach Alpha katsayısı: 0,90, birinci faktör için 0,91 ve ikinci faktör için ise 0,75 olarak hesaplanmıştır. Bununla birlikte ölçek maddelerinin her birinden alınan puanların toplam puan ile ilişkilerinin 0,30'un üzerinde olduğu saptanmıştır. Ölçekte bulunan 1,2,3,5,6,7,8,12,13,15,16,17,18 ve 20 numaralı maddeler "Her zaman:5, Sık sık:4, Nadiren:2, Hiçbir zaman:1" şeklinde puanlanmıştır. 4, 9, 10, 11, 14 ve 19 numaralı maddeler ise olumsuz maddelerdir; ve bunlar "Her zaman:1, Sık sık:2, Ara sıra:3, Nadiren:4, Hiçbir zaman:5" şeklinde puanlanmıştır. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireyin mesleki doyumunun yüksek olduğu kabul edilmektedir.

3. Kişilik: Bu çalışmada kişilik değerlendirmesi için Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK) kullanıldı. İlk olarak 100 madde şeklinde olan ölçek, önce 48 maddeye daha sonra 24 maddeye indirgenerek evet-hayır şeklinde cevaplanan Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Form (EKA-GGK) oluşturulmuştur. Eysenck kişilik anketinin ölçtüğü olgular, kişilikte ayrıcalıklara neden olan normal davranış biçimleridir. Eysenck kişilik anketi patolojik semptomları ölçmeyi amaçlamaz. Anket kişiliğin toplam üç boyutta değerlendirilmesidir; dışadönüklük, nörotiklik ve psikotiklik. Ayrıca yalan söyleme alt boyutu ile anketin uygulanması esnasındaki yanlılığı engellemek ve geçerliliği ile ilgili kontrol amaçlanmaktadır. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir (12). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Karancı ve arkadaşları (100) tarafından yapılmıştır.

1. Ruhsal Sağlık Durumu: Bu çalışmada ruhsal belirti değerlendirmesi için SCL-90-R Belirti Tarama Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek katılımcıların gösterecekleri ruhsal belirtilerin dağılımını ve şiddetini belirlemek için Derogatis tarafından geliştirilmiştir.

Ölçek 'hiç' ile 'çok fazla' arasında beşli Likert tipinde cevaplanan 90 madde ve 10 alt birimden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Sorular, içinde bulunulan gün dâhil son 3 ay göz önünde bulundurularak cevaplandırılmaktadır. Dokuz alt birim şu şekilde adlandırılmıştır: Somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişiler arası hassasiyet, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Dağ ve arkadaşları (94) tarafından yapılmıştır.

2. Bağımsız Değişkenler

I. Demografik Değişkenler

- a) Yaş
- b) Cinsiyet
- c) Medeni durum
- d) Çocuk sayısı
- e) Kimlerle yaşadığı

II. Çalışma Yaşamı Değişkenleri ve Diğer Değişkenler

- a) Hekimlik süresi
- b) Asistanlık süresi
- c) Günlük çalışma süresi
- d) Nöbet tutma durumu
- e) Düzenli ilaç kullanım durumu
- f) Geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü
- g) Ortalama uyku süresi
- h) Düzenli fiziksel aktivite
- i) Sigara içme durumu

3. Uygulama: Yapılan araştırmada verilerin toplanmasında anketler kullanılmıştır. Anketlere başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı anlatılmış, onamları alınmıştır. Anketi nasıl dolduracakları hakkında ve alınan bilgilerin bu çalışmanın bilimsel platformu dışında kullanılmayacağına dair bilgi verilmiştir. Sosyodemografik Veri Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Mesleki Doyum Ölçeği, Eysenck Kişilik Anketi-GGK Ve Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R) uygulanmıştır.

4. Veri Analizi: Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin grup karşılaştırmalarında iki grup karşılaştırması için Mann-

Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır. Değişkenler ve ölçekler arasındaki ilişki Spearmann Korelasyon testi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler oran, frekans, medyan, minimum ve maksimum değerleri ile ifade edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi IBM SPSS paket programı versiyon 22 (IBM SPSS 22) ile gerçekleştirilmiştir.



4. BULGULAR

Çalışmaya 174 asistan hekim katılmıştır. Katılımcıların %45,4'ü (79 kişi) kadın, %54,6'sı (95 kişi) erkek, %67,8'i (118 kişi) 29 yaş ve altı, %32,2'si (56 kişi) 30 yaş ve üzeri, %59,2'si (103 kişi) evli, %40,8'i (71 kişi) bekar, %34,5'i (60 kişi) çocuk sahibi, %65,5'i (114 kişi) çocuk sahibi değil, %24,1'i (42 kişi) yalnız, %17,8'i (31 kişi) anne babası ile, %55,2'si (96 kişi) eş/eş ve çocuk ile, %0,6'sı (1 kişi) arkadaşı ile, %2,3'ü (4 kişi) diğer kişi ile yaşamaktadır. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin demografik özellikleri Tablo 2'de sunulmaktadır.

Tablo 2. Asistan Hekimlerin Demografik Özellikleri

| | | <i>n</i> | % |
|-----------------------|----------------|----------|------|
| Yaş | 29 ve altı | 118 | 67,8 |
| | 30 ve üzeri | 56 | 32,2 |
| Cinsiyet | Kadın | 79 | 45,4 |
| | Erkek | 95 | 54,6 |
| Medeni durum | Evli | 103 | 59,2 |
| | Bekar | 71 | 40,8 |
| | Boşanmış/dul | 0 | 0,0 |
| Çocuk var mı | Evet | 60 | 34,5 |
| | Hayır | 114 | 65,5 |
| Kimlerle yaşıyorsunuz | Yalnız | 42 | 24,1 |
| | Anne-baba | 31 | 17,8 |
| | Eş/eş ve çocuk | 96 | 55,2 |
| | Arkadaş | 1 | 0,6 |
| | Diğer | 4 | 2,3 |

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %64,4'ünün (112 kişi) toplam hekimlik süresi 48 ay ve altı, %35,6'sının (62 kişi) 48 ay üzeri idi. %56,3'ünün (98 kişi) toplam asistanlık süresi 18 ay ve altı iken, %43,7'sinin (76 kişi) 18 ay üzeri idi. %47,1'inin (82 kişi) günlük çalışma saati 8 saat ve altı iken % 52,9'unun (92 kişi) 8 saat üzeri idi. %74,1'i (129 kişi) nöbet tuttuğunu %25,9'u (45 kişi) nöbet tutmadığını belirtmiş. %51,7'si (90 kişi) 6 saat ve altı ortalama uyku süresine sahip olduğunu, %48,3'ü (84 kişi) 6 saat üzeri ortalama uyku süresine sahip olduğunu %19,5'i (34 kişi) düzenli fiziksel aktivitede bulunduğunu %80,5'i (140 kişi) bulunmadığını, %20,1'i (35 kişi) sigara kullandığını, %79,9'u (139 kişi) kullanmadığını bildirmiş. %10,3'ü (18 kişi) düzenli ilaç kullandığını %89,6'sı (156 kişi) kullanmadığını %16,7'si (29 kişi) geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü olduğunu %83,3'ü (145 kişi) olmadığını bildirmiş. Bu bilgiler Tablo 3'de sunulmaktadır.

Tablo 3. Asistan Hekimlerin Diğer Demografik Özellikleri

| | | n | % |
|--------------------------------------|----------------|-----|------|
| Düzenli ilaç kullanımı | Evet | 18 | 10,3 |
| | Hayır | 156 | 89,6 |
| Geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü | Evet | 29 | 16,7 |
| | Hayır | 145 | 83,3 |
| Hekimlik süresi | 48 ay ve altı | 112 | 64,4 |
| | 48 ay üzeri | 62 | 35,6 |
| Asistanlık süresi | 18 ay ve altı | 98 | 56,3 |
| | 18 ay üzeri | 76 | 43,7 |
| Günlük çalışma süresi | 8 saat ve altı | 82 | 47,1 |
| | 8 saat üzeri | 92 | 52,9 |
| Nöbet tutma | Evet | 129 | 74,1 |
| | Hayır | 45 | 25,9 |
| Ortalama uyku süresi | 6 saat ve altı | 90 | 51,7 |
| | 6 saat üzeri | 84 | 48,3 |
| Düzenli fiziksel aktivite | Evet | 34 | 19,5 |
| | Hayır | 140 | 80,5 |
| Sigara kullanımı | Evet | 35 | 20,1 |
| | Hayır | 139 | 79,9 |

Çalışmaya katılan hekimlerin %2,9'u (5 kişi) acil tıp, %2,3'ü (4 kişi) adli tıp, %10,9'u (19 kişi) aile hekimliği, %5,7'si (10 kişi) anestezi, %2,3'ü (4 kişi) beyin cerrahi, %12,6'sı (22 kişi) pediatri, %5,2'si (9 kişi) çocuk psikiyatri, %1,1'i (2 kişi) çocuk cerrahi, %13,2'si (23 kişi) dahiliye, %1,7'si (3 kişi) dermatoloji, %2,9'u (5 kişi) enfeksiyon hastalıkları, %3,4'ü (6 kişi) fizik tedavi, %1,7 (3 kişi) genel cerrahi, %1,1'i (2 kişi) göğüs hastalıkları, %2,9'u (5 kişi) göz hastalıkları, %3,4'ü (6 kişi) halk sağlığı, %5,7'si (10 kişi) kadın doğum ve hastalıkları, %0,6'sı (1 kişi) kalp damar cerrahisi, %2,9'u (5 kişi) kardiyoloji, %1,1'i (2 kişi) kulak burun boğaz, %1,7'si (3 kişi) ortopedi, %4,6'sı (8 kişi) psikiyatri, %1,1'i (2 kişi) nöroloji, %1,7'si (3 kişi) radyoloji, %1,7'si (3 kişi) üroloji, %1,7'si (3 kişi) biyokimya, %1,7'si (3 kişi) mikrobiyoloji, %1,1'i (2 kişi) patoloji, %0,6'sı (1 kişi) plastik cerrahi bölümü asistanıdır. Bu bilgiler Tablo 4'te sunulmaktadır.

Tablo 4. Asistan Hekimlerin Çalıştıkları Bölümlere Göre Dağılımı

| Çalıştığımız bölüm | n | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Acil tıp | 5 | 2,9 |
| Adli tıp | 4 | 2,3 |
| Aile hekimliği | 19 | 10,9 |
| Anestezi | 10 | 5,7 |
| Beyin cerrahi | 4 | 2,3 |
| Pediyatri | 22 | 12,6 |
| Çocuk psikiyatri | 9 | 5,2 |
| Çocuk cerrahi | 2 | 1,1 |
| Dahiliye | 23 | 13,2 |
| Dermatoloji | 3 | 1,7 |
| Enfeksiyon | 5 | 2,9 |
| Fizik tedavi | 6 | 3,4 |
| Genel cerrahi | 3 | 1,7 |
| Göğüs hastalıkları | 2 | 1,1 |
| Göz | 5 | 2,9 |
| Halk sağlığı | 6 | 3,4 |
| Kadın doğum | 10 | 5,7 |
| Kalp damar cerrahi | 1 | 0,6 |
| Kardiyoloji | 5 | 2,9 |
| KBB | 2 | 1,1 |
| Ortopedi | 3 | 1,7 |
| Psikiyatri | 8 | 4,6 |
| Nöroloji | 2 | 1,1 |
| Radyoloji | 3 | 1,7 |
| Üroloji | 3 | 1,7 |
| Biyokimya | 3 | 1,7 |
| Mikrobiyoloji | 3 | 1,7 |
| Patoloji | 2 | 1,1 |
| Plastik cerrahi | 1 | 0,6 |

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt kategorilerinden aldığı puanlar dikkate alındığında en sık kullandıkları yöntemin kendine güvenli yaklaşım olduğu görülmektedir. Kullandıkları diğer yöntemler çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama olarak sıralanmaktadır. Eysenck kişilik anketi sonuçları dikkate alındığında nörotik kişilik alt puanlarının dışadönüklük alt puanlarından yüksek çıktığı görülmektedir. Hekimlerin mesleki doyum ortalama puanı 53, en düşük puan 22, en yüksek 88 puan olarak hesaplanmıştır. Belirti tarama ölçeği sonuçları dikkate alındığında en yüksek puanların sırasıyla obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık ve depresyon alt kategorilerine ait olduğu görülmektedir. Bu bilgiler Tablo 5'te sunulmaktadır.

Tablo 5. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi

| | Median | Min | Max |
|-----------------------------|--------|-------|--------|
| Kendine güvenli yaklaşım | 20,50 | 12,00 | 28,00 |
| Çaresiz yaklaşım | 18,00 | 9,00 | 34,00 |
| Boyun eğici yaklaşım | 13,00 | 6,00 | 18,00 |
| İyimser yaklaşım | 14,00 | 5,00 | 20,00 |
| Sosyal destek arama | 11,00 | 7,00 | 28,00 |
| SBÇTÖ toplam | 76,00 | 62,00 | 104,00 |
| EKA-N | 4,00 | 1,00 | 7,00 |
| EKA-D | 3,00 | ,00 | 15,00 |
| EKA-P | 1,00 | ,00 | 4,00 |
| MDÖ toplam | 53,00 | 22,00 | 88,00 |
| SCL kişilerarası duyarlılık | ,78 | ,00 | 4,44 |
| SCL somatizasyon | ,50 | ,00 | 2,42 |
| SCL obsesif kompulsif | 1,10 | ,00 | 5,60 |
| SCL depresyon | ,77 | ,00 | 3,15 |
| SCL kaygı | ,40 | ,00 | 3,30 |
| SCL öfke düşmanlık | ,50 | ,00 | 3,17 |
| SCL paranoid düşünce | ,67 | ,00 | 2,67 |
| SCL psikotizm | ,20 | ,00 | 2,50 |
| SCL ek maddeler | ,57 | ,00 | 3,14 |
| Genel belirti düzeyi | ,61 | ,00 | 2,45 |

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçek puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde iyimser yaklaşım tarzında cinsiyetler arası anlamlı fark bulunurken diğer yaklaşımlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Mesleki doyum ortalama puanı erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Eysenck kişilik anketi ve belirti tarama ölçeği sonuçları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bilgiler Tablo 6’da sunulmaktadır.

Tablo 6. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

| | Cinsiyet | | | | | | p |
|-----------------------------|----------|-------|--------|--------|-------|-------|---------------|
| | Median | Kadin | | Median | Erkek | | |
| | | Min | Max | | Min | Max | |
| Kendine güvenli yaklaşım | 19,00 | 12,00 | 28,00 | 21,00 | 14,00 | 28,00 | 0,269 |
| Çaresiz yaklaşım | 19,00 | 9,00 | 34,00 | 17,00 | 9,00 | 26,00 | 0,056 |
| Boyun eğici yaklaşım | 13,00 | 9,00 | 18,00 | 13,00 | 6,00 | 18,00 | 0,248 |
| İyimser yaklaşım | 14,00 | 5,00 | 19,00 | 14,00 | 7,00 | 20,00 | 0,034* |
| Sosyal destek arama | 11,00 | 8,00 | 15,00 | 11,00 | 7,00 | 28,00 | 0,106 |
| SBÇTÖ toplam | 75,00 | 62,00 | 104,00 | 76,00 | 62,00 | 92,00 | 0,985 |
| EKA-N | 5,00 | 2,00 | 7,00 | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 0,713 |
| EKA-D | 2,00 | ,00 | 6,00 | 3,00 | ,00 | 15,00 | 0,056 |
| EKA-P | 1,00 | ,00 | 3,00 | 1,00 | ,00 | 4,00 | 0,946 |
| MDÖ toplam | 50,00 | 24,00 | 84,00 | 55,00 | 22,00 | 88,00 | 0,030* |
| SCL kisilerarası duyarlılık | ,78 | ,00 | 4,44 | ,89 | ,00 | 2,78 | 0,805 |
| SCL somatizasyon | ,58 | ,00 | 2,42 | ,50 | ,00 | 2,17 | 0,302 |
| SCL obsesif kompulsif | 1,10 | ,00 | 3,40 | 1,10 | ,00 | 5,60 | 0,853 |
| SCL depresyon | ,96 | ,00 | 3,15 | ,69 | ,00 | 3,00 | 0,666 |
| SCL kaygı | ,40 | ,00 | 3,30 | ,40 | ,00 | 2,20 | 0,360 |
| SCL öfke düşmanlık | ,50 | ,00 | 2,67 | ,50 | ,00 | 3,17 | 0,250 |
| SCL fobik anksiyete | ,14 | ,00 | 2,14 | ,14 | ,00 | 2,57 | 0,848 |
| SCL paranoid düşünce | ,67 | ,00 | 2,67 | ,67 | ,00 | 2,50 | 0,896 |
| SCL psikotizm | ,15 | ,00 | 2,50 | ,30 | ,00 | 2,20 | 0,836 |
| SCL ek maddeler | ,43 | ,00 | 2,43 | ,57 | ,00 | 3,14 | 0,967 |
| Genel belirti düzeyi | ,53 | ,01 | 2,45 | ,62 | ,00 | 2,05 | 0,805 |

Mann-Whitney U test; $\alpha:0,05$; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçek puanları, Eysenck kişilik anketi sonuçları yaş grubuna göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Mesleki doyum puanı 30 ve üzeri yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Belirti tarama ölçeği alt kategorilerinden depresyon, öfke düşmanlık, ek maddeler ve genel belirti düzeyi 30 ve üzeri yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt kategoriler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bilgiler Tablo 7’de sunulmaktadır.

Tablo 7. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

| | Yaş grup | | | | | | p |
|-----------------------------|------------|-------|--------|-------------|-------|-------|---------------|
| | 29 ve altı | | | 30 ve üzeri | | | |
| | Median | Min | Max | Median | Min | Max | |
| Kendine güvenli yaklaşım | 21,00 | 14,00 | 28,00 | 20,00 | 12,00 | 28,00 | 0,091 |
| Çaresiz yaklaşım | 18,00 | 9,00 | 34,00 | 18,00 | 12,00 | 26,00 | 0,088 |
| Boyun eğici yaklaşım | 13,00 | 6,00 | 18,00 | 14,00 | 7,00 | 18,00 | 0,077 |
| İyimser yaklaşım | 14,00 | 5,00 | 19,00 | 14,00 | 6,00 | 20,00 | 0,096 |
| Sosyal destek arama | 11,00 | 7,00 | 15,00 | 11,00 | 8,00 | 28,00 | 0,481 |
| SBÇTÖ toplam | 75,50 | 62,00 | 104,00 | 76,00 | 62,00 | 92,00 | 0,282 |
| EKA-N | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 0,119 |
| EKA-D | 3,00 | ,00 | 15,00 | 3,00 | ,00 | 6,00 | 0,908 |
| EKA-P | 1,00 | ,00 | 3,00 | 1,00 | ,00 | 4,00 | 0,497 |
| MDÖ toplam | 50,00 | 24,00 | 88,00 | 57,50 | 22,00 | 81,00 | 0,008* |
| SCL kişilerarası duyarlılık | ,67 | ,00 | 3,22 | 1,00 | ,00 | 4,44 | 0,067 |
| SCL somatizasyon | ,42 | ,00 | 2,42 | ,58 | ,00 | 2,17 | 0,130 |
| SCL obsesif kompulsif | 1,00 | ,00 | 5,60 | 1,20 | ,00 | 3,40 | 0,139 |
| SCL depresyon | ,69 | ,00 | 3,15 | 1,19 | ,00 | 3,15 | 0,020* |
| SCL kaygı | ,40 | ,00 | 2,90 | ,55 | ,00 | 3,30 | 0,062 |
| SCL öfke düşmanlık | ,42 | ,00 | 2,67 | ,67 | ,00 | 3,17 | 0,016* |
| SCL fobik anksiyete | ,14 | ,00 | 2,57 | ,14 | ,00 | 2,29 | 0,347 |
| SCL paranoid düşünce | ,67 | ,00 | 2,67 | ,67 | ,00 | 2,50 | 0,058 |
| SCL psikotizm | ,20 | ,00 | 2,50 | ,35 | ,00 | 2,20 | 0,122 |
| SCL ek maddeler | ,43 | ,00 | 2,29 | ,79 | ,00 | 3,14 | 0,033* |
| Genel belirti düzeyi | ,50 | ,00 | 2,45 | ,77 | ,04 | 2,34 | 0,024* |

Mann-Whitney U test; $\alpha=0,05$; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt kategorilerine bakıldığında geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük, çaresiz yaklaşım istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt kategoriler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Eysenck kişilik anketi sonuçlarına bakıldığında geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda dışadönüklük istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük bulunmuştur. Diğer kişilik özellikleri için anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Belirti tarama ölçeği alt kategorilerinin tümü (kişilerarası duyarlılık, somatizasyon, obsesif kompulsif, depresyon, kaygı, öfke düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, genel belirti düzeyi) geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Bu bilgiler Tablo 8’de sunulmaktadır.

Tablo 8. SBCTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Geçmişte Psikiyatrik Bozukluk Öyküsüne Göre Karşılaştırılması

| | Geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü | | | | | | p |
|-----------------------------|--------------------------------------|-------|-------|--------|-------|--------|--------------------|
| | Evet | | | Hayır | | | |
| | Median | Min | Max | Median | Min | Max | |
| Kendine güvenli yaklaşım | 18,00 | 12,00 | 23,00 | 21,00 | 14,00 | 28,00 | p<0,001* |
| Çaresiz yaklaşım | 20,00 | 13,00 | 30,00 | 18,00 | 9,00 | 34,00 | 0,007* |
| Boyun eğici yaklaşım | 13,00 | 10,00 | 16,00 | 13,00 | 6,00 | 18,00 | 0,252 |
| İyimser yaklaşım | 12,00 | 5,00 | 16,00 | 14,00 | 7,00 | 20,00 | p<0,001* |
| Sosyal destek arama | 10,00 | 7,00 | 28,00 | 11,00 | 8,00 | 16,00 | 0,097 |
| SBCTÖ toplam | 74,00 | 62,00 | 92,00 | 76,00 | 62,00 | 104,00 | 0,060 |
| EKA-N | 5,00 | 1,00 | 7,00 | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 0,065 |
| EKA-D | 1,00 | ,00 | 6,00 | 3,00 | ,00 | 15,00 | 0,020* |
| EKA-P | 1,00 | ,00 | 3,00 | 1,00 | ,00 | 4,00 | 0,553 |
| MDÖ toplam | 55,50 | 40,00 | 71,00 | 52,00 | 22,00 | 88,00 | 0,332 |
| SCL kisilerarası duyarlılık | 1,33 | ,00 | 4,44 | ,67 | ,00 | 3,22 | 0,001* |
| SCL somatizasyon | ,92 | ,00 | 2,08 | ,42 | ,00 | 2,42 | 0,001* |
| SCL obsesif kompulsif | 1,40 | ,20 | 3,10 | 1,00 | ,00 | 5,60 | 0,006* |
| SCL depresyon | 1,46 | ,08 | 3,15 | ,69 | ,00 | 3,15 | p<0,001* |
| SCL kaygı | ,90 | ,00 | 2,10 | ,40 | ,00 | 3,30 | p<0,001* |
| SCL öfke düşmanlık | 1,00 | ,00 | 2,33 | ,33 | ,00 | 3,17 | 0,001* |
| SCL fobik anksiyete | ,43 | ,00 | 2,57 | ,14 | ,00 | 2,29 | 0,003* |
| SCL paranoid düşünce | 1,00 | ,00 | 2,50 | ,50 | ,00 | 2,67 | 0,001* |
| SCL psikotizm | ,50 | ,00 | 2,50 | ,20 | ,00 | 2,20 | p<0,001* |
| SCL ek maddeler | 1,14 | ,00 | 2,29 | ,43 | ,00 | 3,14 | 0,002* |
| Genel belirti düzeyi | 1,01 | ,06 | 2,05 | ,50 | ,00 | 2,45 | p<0,001* |

Mann-Whitney U test; a:0,05; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt kategorilerine bakıldığında iyimser yaklaşım toplam hekimlik süresi 48 ay üzeri olan hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Diğer yaklaşımlar için anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bilgiler Tablo 9’da sunulmaktadır. Eysenck kişilik anketi, mesleki doyum ölçeği ve belirti tarama ölçeği ile hekimlik süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 9. SBCTÖ Ölçek Sonuçlarının Hekimlik Süresine Göre Karşılaştırılması

| | Hekimlik süresi | | | | | | p |
|--------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|-------|-------|---------------|
| | 48 ay ve altı | | | 48 ay üzeri | | | |
| | Median | Min | Max | Median | Min | Max | |
| Kendine güvenli yaklaşım | 21,00 | 14,00 | 28,00 | 20,00 | 12,00 | 28,00 | 0,227 |
| Çaresiz yaklaşım | 18,00 | 9,00 | 34,00 | 18,00 | 9,00 | 26,00 | 0,510 |
| Boyun eğici yaklaşım | 13,00 | 6,00 | 18,00 | 13,00 | 7,00 | 18,00 | 0,513 |
| İyimser yaklaşım | 14,00 | 5,00 | 19,00 | 14,00 | 6,00 | 20,00 | 0,034* |
| Sosyal destek arama | 11,00 | 8,00 | 15,00 | 11,00 | 7,00 | 28,00 | 0,796 |
| SBCTÖ toplam | 76,00 | 62,00 | 104,00 | 76,00 | 62,00 | 92,00 | 0,503 |

Mann-Whitney U test; a:0,05; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt kategorilerine bakıldığında çaresiz yaklaşım çalıştığı toplam asistanlık süresi 18 ay ve altı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Diğer yaklaşımlar için

anlamli bir farklılık bulunmamıştır. Mesleki doyum puanı çalıştığı toplam asistanlık süresi 18 ay üzeri olan grupta istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Eysenck kişilik anketi ve toplam asistanlık süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bilgiler Tablo 10’da sunulmaktadır. Belirti tarama ölçeği sonuçları ile toplam asistanlık süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 10. SBÇTÖ, MDÖ, EKA Sonuçlarının Asistanlık Süresine Göre Karşılaştırılması

| | Asistanlik süre grup | | | | | | p |
|--------------------------|----------------------|-------|--------|-------------|-------|-------|---------------|
| | 18 ay ve altı | | | 18 ay üzeri | | | |
| | Median | Min | Max | Median | Min | Max | |
| Kendine güvenli yaklaşım | 21,00 | 14,00 | 28,00 | 20,00 | 12,00 | 27,00 | 0,070 |
| Çaresiz yaklaşım | 18,00 | 9,00 | 34,00 | 18,00 | 9,00 | 30,00 | 0,050* |
| Boyun eğici yaklaşım | 13,00 | 7,00 | 18,00 | 13,00 | 6,00 | 18,00 | 0,925 |
| İyimser yaklaşım | 14,00 | 8,00 | 20,00 | 14,00 | 5,00 | 19,00 | 0,079 |
| Sosyal destek arama | 11,00 | 7,00 | 28,00 | 11,00 | 8,00 | 14,00 | 0,239 |
| SBÇTÖ toplam | 76,00 | 62,00 | 104,00 | 76,00 | 62,00 | 87,00 | 0,680 |
| EKA-N | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 0,237 |
| EKA-D | 3,00 | ,00 | 15,00 | 3,00 | ,00 | 6,00 | 0,860 |
| EKA-P | 1,00 | ,00 | 4,00 | 1,00 | ,00 | 3,00 | 0,076 |
| MDÖ toplam | 50,00 | 24,00 | 75,00 | 53,50 | 22,00 | 88,00 | 0,044* |

Mann-Whitney U test; a:0,05; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği, Eysenck kişilik anketi, mesleki doyum ölçeği ve belirti tarama ölçeği sonuçlarına bakıldığında nöbet tutma durumları ile ilişkili anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bilgiler Tablo 11’de sunulmaktadır.

Tablo 11. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Nöbet Tutma Durumuna Göre Karşılaştırılması

| | Media n | Nöbet tutma | | | p | | |
|-----------------------------|------------|--------------|--------------|-----------------|-------|--------|-------|
| | | Evete Min | Evete Max | Hayir Median | | | |
| Kendine güvenli yaklaşım | 21,00 | 12,00 | 28,00 | 20,00 | 14,00 | 28,00 | 0,725 |
| Çaresiz yaklaşım | 18,00 | 10,00 | 30,00 | 18,00 | 9,00 | 34,00 | 0,725 |
| Boyun eğici yaklaşım | 13,00 | 6,00 | 18,00 | 14,00 | 7,00 | 18,00 | 0,843 |
| İyimser yaklaşım | 14,00 | 5,00 | 20,00 | 14,00 | 9,00 | 19,00 | 0,224 |
| Sosyal destek arama | 11,00 | 7,00 | 28,00 | 11,00 | 8,00 | 14,00 | 0,661 |
| SBÇTÖ toplam | 76,00 | 62,00 | 92,00 | 77,00 | 62,00 | 104,00 | 0,452 |
| EKA-N | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 0,465 |
| EKA-D | 3,00 | ,00 | 15,00 | 2,00 | ,00 | 6,00 | 0,333 |
| EKA-P | 1,00 | ,00 | 3,00 | 1,00 | ,00 | 4,00 | 0,757 |
| MDÖ toplam | 52,00 | 29,00 | 88,00 | 53,00 | 22,00 | 75,00 | 0,766 |
| SCL kisilerarası duyarlılık | ,89 | ,00 | 4,44 | ,67 | ,00 | 2,56 | 0,994 |
| SCL somatizasyon | ,54 | ,00 | 2,17 | ,42 | ,00 | 2,42 | 0,245 |
| SCL obsesif kompulsif | 1,10 | ,00 | 5,60 | 1,10 | ,00 | 3,10 | 0,784 |
| SCL depresyon | ,77 | ,00 | 3,15 | ,77 | ,00 | 2,77 | 0,449 |
| SCL kaygı | ,40 | ,00 | 3,30 | ,40 | ,00 | 2,90 | 0,534 |
| SCL öfke düşmanlık | ,50 | ,00 | 3,17 | ,50 | ,00 | 2,67 | 0,941 |
| SCL fobik anksiyete | ,14 | ,00 | 2,57 | ,29 | ,00 | 2,29 | 0,169 |
| SCL paranoid düşünce | ,67 | ,00 | 2,50 | ,67 | ,00 | 2,67 | 0,679 |
| SCL psikotizm | ,20 | ,00 | 2,50 | ,20 | ,00 | 2,20 | 0,237 |
| SCL ek maddeler | ,57 | ,00 | 3,14 | ,57 | ,00 | 1,86 | 0,765 |
| Genel belirti düzeyi | ,63 | ,00 | 2,34 | ,53 | ,01 | 2,45 | 0,676 |

Mann-Whitney U test; a:0,05; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hekimlerin belirti tarama ölçeği sonuçlarına bakıldığında somatizasyon puanı ortalama uyku süresi 6 saat ve altı olan grupta istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği, Eysenck kişilik anketi ve mesleki doyum ölçeği sonuçları arasında ortalama uyku süresi ile ilişkili anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bilgiler Tablo 12’de sunulmaktadır.

Tablo 12. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Ortalama Uyku Süresine Göre Karşılaştırılması

| | Ortalama uyku süresi grup | | | | | | p |
|----------------------------|---------------------------|-------|-------|--------------|-------|--------|---------------|
| | 6 saat ve altı | | | 6 saat üzeri | | | |
| | Median | Min | Max | Median | Min | Max | |
| Kendine güvenli yaklaşım | 21,00 | 12,00 | 28,00 | 20,00 | 13,00 | 28,00 | 0,517 |
| Çaresiz yaklaşım | 18,00 | 9,00 | 30,00 | 18,00 | 9,00 | 34,00 | 0,253 |
| Boyun eğici yaklaşım | 13,00 | 8,00 | 16,00 | 13,00 | 6,00 | 18,00 | 0,490 |
| İyimser yaklaşım | 14,00 | 5,00 | 20,00 | 14,00 | 6,00 | 19,00 | 0,787 |
| Sosyal destek arama | 11,00 | 7,00 | 28,00 | 11,00 | 8,00 | 14,00 | 0,347 |
| SBÇTÖ toplam | 76,00 | 62,00 | 92,00 | 77,00 | 62,00 | 104,00 | 0,319 |
| EKA-N | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 0,127 |
| EKA-D | 3,00 | ,00 | 6,00 | 3,00 | ,00 | 15,00 | 0,889 |
| EKA-P | 1,00 | ,00 | 3,00 | 1,00 | ,00 | 4,00 | 0,755 |
| MDÖ toplam | 52,00 | 30,00 | 84,00 | 53,00 | 22,00 | 88,00 | 0,610 |
| SCLkişilerarası duyarlılık | ,89 | ,00 | 4,44 | ,67 | ,00 | 3,11 | 0,222 |
| SCL somatizasyon | ,58 | ,00 | 2,42 | ,42 | ,00 | 2,17 | 0,039* |
| SCL obsesif kompulsif | 1,10 | ,00 | 2,60 | 1,10 | ,00 | 5,60 | 0,599 |
| SCL depresyon | ,92 | ,00 | 3,15 | ,69 | ,00 | 3,15 | 0,285 |
| SCL kaygı | ,45 | ,00 | 2,90 | ,40 | ,00 | 3,30 | 0,235 |
| SCL öfke düşmanlık | ,50 | ,00 | 3,17 | ,50 | ,00 | 2,50 | 0,288 |
| SCL fobik anksiyete | ,14 | ,00 | 2,57 | ,29 | ,00 | 2,29 | 0,626 |
| SCL paranoid düşünce | ,67 | ,00 | 2,67 | ,67 | ,00 | 2,50 | 0,138 |
| SCL psikotizm | ,20 | ,00 | 2,50 | ,20 | ,00 | 2,00 | 0,349 |
| SCL ek maddeler | ,71 | ,00 | 3,14 | ,43 | ,00 | 2,43 | 0,122 |
| Genel belirti düzeyi | ,64 | ,00 | 2,45 | ,53 | ,04 | 2,34 | 0,164 |

Mann-Whitney U test;a:0,05; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt kategorileri sonuçlarına bakıldığında düzenli fiziksel aktivitesi olan grupta kendine güvenli yaklaşım istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek, boyun eğici yaklaşım daha düşük bulunmuştur. Eysenck kişilik anketi sonuçlarına bakıldığında düzenli fiziksel aktivitesi olan grupta dışadönüklük ve psikotizm istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Mesleki doyum puanı düzenli fiziksel aktivitesi olan grupta istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşük bulunmuştur. Belirti tarama ölçeği sonuçları arasında düzenli fiziksel aktivite ile ilişkili anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bilgiler Tablo 13’de sunulmaktadır.

Tablo 13. SBÇTÖ, MDÖ, EKA, SCL-90-R Ölçek Sonuçlarının Düzenli Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Karşılaştırılması

| | Düzenli fiziksel aktivite | | | | | | p |
|-----------------------------|---------------------------|-------|-------|--------|-------|--------|---------------|
| | Evet | | | Hayır | | | |
| | Median | Min | Max | Median | Min | Max | |
| Kendine güvenli yaklaşım | 21,00 | 16,00 | 28,00 | 20,00 | 12,00 | 27,00 | 0,003* |
| Çaresiz yaklaşım | 17,00 | 10,00 | 29,00 | 18,00 | 9,00 | 34,00 | 0,155 |
| Boyun eğici yaklaşım | 11,00 | 6,00 | 18,00 | 13,00 | 7,00 | 18,00 | 0,021* |
| İyimser yaklaşım | 14,00 | 7,00 | 20,00 | 14,00 | 5,00 | 19,00 | 0,500 |
| Sosyal destek arama | 11,00 | 9,00 | 16,00 | 11,00 | 7,00 | 28,00 | 0,431 |
| SBÇTÖ toplam | 75,50 | 63,00 | 89,00 | 76,00 | 62,00 | 104,00 | 0,921 |
| EKA-N | 4,00 | 2,00 | 6,00 | 4,00 | 1,00 | 7,00 | 0,131 |
| EKA-D | 4,00 | ,00 | 6,00 | 2,00 | ,00 | 15,00 | 0,006* |
| EKA-P | 2,00 | ,00 | 4,00 | 1,00 | ,00 | 3,00 | 0,019* |
| MDÖ toplam | 50,00 | 29,00 | 75,00 | 53,00 | 22,00 | 88,00 | 0,050* |
| SCL kişilerarası duyarlılık | ,72 | ,00 | 2,78 | ,78 | ,00 | 4,44 | 0,941 |
| SCL somatizasyon | ,42 | ,00 | 2,17 | ,50 | ,00 | 2,42 | 0,975 |
| SCL obsesif kompulsif | 1,05 | ,00 | 5,60 | 1,10 | ,00 | 3,70 | 0,796 |
| SCL depresyon | ,81 | ,00 | 3,15 | ,77 | ,00 | 3,15 | 0,767 |
| SCL kaygı | ,45 | ,00 | 2,20 | ,40 | ,00 | 3,30 | 0,947 |
| SCL öfke düşmanlık | ,33 | ,00 | 3,17 | ,50 | ,00 | 2,67 | 0,632 |
| SCL fobik anksiyete | ,07 | ,00 | 2,29 | ,14 | ,00 | 2,57 | 0,373 |
| SCL paranoid düşünce | ,67 | ,00 | 2,50 | ,67 | ,00 | 2,67 | 0,965 |
| SCL psikotizm | ,20 | ,00 | 1,80 | ,20 | ,00 | 2,50 | 0,755 |
| SCL ek maddeler | ,64 | ,00 | 3,14 | ,57 | ,00 | 2,71 | 0,931 |
| Genel belirti düzeyi | ,53 | ,00 | 1,92 | ,62 | ,01 | 2,45 | 0,691 |

Mann-Whitney U test; a:0,05; *gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği toplam puanları ile çalıştıkları bölümler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin Eysenck kişilik anketi alt kategorileri ile çalıştıkları bölümler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin mesleki doyum puanları ile çalıştıkları bölümler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin belirti tarama ölçeği genel belirti düzeyleri ile çalıştıkları bölümler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği ve belirti tarama ölçeği sonuçları karşılaştırıldığında kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ile belirti tarama ölçeği tüm alt kategorileri arasında negatif anlamlı ilişki, çaresiz yaklaşım ile pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Boyun eğici yaklaşım ile kişilerarası duyarlılık, psikotizm ve genel belirti düzeyi alt kategorileri arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Sosyal destek arama ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği toplam puanları ile belirti

tarama ölçeği sonuçları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu bilgiler Tablo 14’te sunulmaktadır.

Tablo 14. SCL-90-R Alt Kategorilerinin SBÇTÖ Alt Kategorileri İle İlişkisi

| | Kendine Güvenli Yaklaşım | | Caresiz Yaklaşım | | Boyun eğici Yaklaşım | | İyimser Yaklaşım | | Sosyal Destek Arama | | SBÇTÖ toplam | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------|------------------|--------------------|----------------------|---------------|------------------|--------------------|---------------------|-------|--------------|-------|
| | r | p | r | p | r | p | r | p | r | p | r | p |
| SCL kişilerarası duyarlılık | -0,455 | p<0,001* | ,437 | p<0,001* | ,172 | 0,024* | -,318 | p<0,001* | -,034 | 0,655 | -,004 | 0,962 |
| SCL somatizasyon | -0,290 | p<0,001* | ,380 | p<0,001* | ,116 | 0,130 | -,206 | 0,007* | -,041 | 0,598 | ,045 | 0,561 |
| SCL obsesif Kompulsif | -0,388 | p<0,001* | ,453 | p<0,001* | ,122 | 0,108 | -,262 | p<0,001* | -,010 | 0,897 | ,019 | 0,802 |
| SCL depresyon | -0,484 | p<0,001* | ,520 | p<0,001* | ,124 | 0,103 | -,371 | p<0,001* | -,017 | 0,822 | -,003 | 0,973 |
| SCL kaygı | -0,447 | p<0,001* | ,453 | p<0,001* | ,163 | 0,032 | -,334 | p<0,001* | -,027 | 0,721 | -,018 | 0,815 |
| SCL öfke düşmanlık | -0,391 | p<0,001* | ,438 | p<0,001* | ,094 | 0,220 | -,343 | p<0,001* | -,078 | 0,309 | -,052 | 0,494 |
| SCL fobik anksiyete | -0,332 | p<0,001* | ,318 | p<0,001* | ,078 | 0,306 | -,200 | 0,008* | -,073 | 0,337 | -,020 | 0,796 |
| SCL paranoid düşünce | -0,330 | p<0,001* | ,429 | p<0,001* | ,132 | 0,082 | -,185 | 0,015* | -,039 | 0,614 | ,086 | 0,260 |
| SCL psikotizm | -0,314 | p<0,001* | ,322 | p<0,001* | ,151 | 0,047* | -,188 | 0,013* | -,040 | 0,598 | ,039 | 0,612 |
| SCL ek maddeler | -0,332 | p<0,001* | ,380 | p<0,001* | ,042 | 0,584 | -,272 | p<0,001* | ,010 | 0,900 | -,008 | 0,918 |
| Genel belirti düzeyi | -0,453 | p<0,001* | ,516 | p<0,001* | ,164 | 0,034* | -,335 | p<0,001* | -,023 | 0,764 | ,032 | 0,681 |

Spearman Correlation Test; a:0,05; *Korelasyon istatistiksel olarak anlamlı

Eysenck kişilik anketi ve belirti tarama ölçeği sonuçları karşılaştırıldığında nörotik kişilik özellikleri ile belirti tarama ölçeği tüm alt kategorileri arasında pozitif anlamlı ilişki, dışadönüklük ile kişilerarası duyarlılık, depresyon ve fobik anksiyete arasında negatif anlamlı ilişki, psikotizm ve öfke düşmanlık arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bilgiler Tablo 15’de sunulmaktadır.

Tablo 15. SCL-90-R Alt Kategorilerinin EKA Alt Kategorileri İle İlişkisi

| | EY norotizm | | EY dışadönüklük | | EY psikotizm | | EY yalan | |
|-----------------------------|-------------|--------------------|-----------------|---------------|--------------|---------------|----------|--------------------|
| | r | p | r | p | r | p | r | p |
| SCL Kişilerarası duyarlılık | ,537 | p<0,001* | -,229 | 0,002* | ,093 | 0,222 | -,283 | p<0,001* |
| SCL Somatizasyon | ,430 | p<0,001* | ,015 | 0,849 | ,064 | 0,407 | -,236 | 0,002* |
| SCL Obsesif Kompulsif | ,495 | p<0,001* | -,147 | 0,053 | ,040 | 0,602 | -,300 | p<0,001* |
| SCL Depresyon | ,623 | p<0,001* | -,228 | 0,003* | ,074 | 0,332 | -,295 | p<0,001* |
| SCL Kaygı | ,458 | p<0,001* | -,133 | 0,082 | ,096 | 0,207 | -,291 | p<0,001* |
| SCL Öfke Düşmanlık | ,484 | p<0,001* | -,061 | 0,423 | ,187 | 0,014* | -,313 | p<0,001* |
| SCL Fobik Anksiyete | ,439 | p<0,001* | -,182 | 0,017* | ,119 | 0,118 | -,324 | p<0,001* |
| SCL Paranoid Düşünce | ,475 | p<0,001* | -,087 | 0,257 | ,134 | 0,079 | -,321 | p<0,001* |
| SCL Psikotizm | ,445 | p<0,001* | -,128 | 0,095 | ,117 | 0,126 | -,292 | p<0,001* |
| SCL Ek Maddeler | ,442 | p<0,001* | -,146 | 0,055 | ,105 | 0,167 | -,268 | p<0,001* |

Spearman Correlation Test; a:0,05; *Korelasyon istatistiksel olarak anlamlı

Eysenck kişilik anketi, stresle başa çıkma tarzları ölçeği ve mesleki doyum ölçeği sonuçları karşılaştırıldığında nörotizm ile mesleki doyum düzeyleri arasında pozitif anlamlı ilişki, dışadönüklük ile mesleki doyum düzeyleri arasında negatif anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer sonuçlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bilgiler Tablo 16’da sunulmaktadır.

Tablo 16. SBÇTÖ, EKA ve MDÖ İlişkisi

| | sbcto toplam | | mdo toplam | |
|--------------|--------------|-------|------------|--------------------|
| | r | p | r | p |
| sbcto toplam | | | 0,037 | 0,627 |
| EKA-N | 0,084 | 0,269 | 0,291 | p<0,001* |
| EKA-D | -0,003 | 0,974 | -0,216 | 0,004* |
| EKA-P | -0,001 | 0,994 | 0,070 | 0,360 |
| MDÖ toplam | 0,037 | 0,627 | | |

Spearman Correlation Test; a:0,05; *Korelasyon istatistiksel olarak anlamlı

Mesleki doyum ölçeği ve belirti tarama ölçeği sonuçları karşılaştırıldığında mesleki doyum düzeyi ile kişilerarası duyarlılık, obsesif kompulsif, depresyon, kaygı, öfke düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler alt kategorileri arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bilgiler Tablo 17’de sunulmaktadır.

Tablo 17. SCL-90-R Alt Kategorilerinin MDÖ İle İlişkisi

| | MDÖ toplam | |
|-----------------------------|------------|--------------------|
| | r | p |
| SCL Kişilerarası duyarlılık | ,255 | 0,001* |
| SCL Somatizasyon | ,150 | 0,051 |
| SCL Obsesif Kompulsif | ,272 | p<0,001* |
| SCL Depresyon | ,314 | p<0,001* |
| SCL Kaygı | ,165 | 0,030* |
| SCL Öfke Düşmanlık | ,287 | p<0,001* |
| SCL Fobik Anksiyete | ,137 | 0,072 |
| SCL Paranoid Düşünce | ,200 | 0,009* |
| SCL Psicotizm | ,195 | 0,010* |
| SCL Ek Maddeler | ,187 | 0,014* |

Spearman Correlation Test; a:0,05; *Korelasyon istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmaya katılan kadın hekimlerin % 19,2'sinde kişilerarası duyarlılık puanı, %9,1'inde somatizasyon puanı, %24'ünde obsesif kompulsif puanı, %28,2'sinde depresyon puanı, %5'inde kaygı puanı, %10,2'sinde öfke düşmanlık puanı, %3,8'inde fobik anksiyete puanı, %16,5'inde paranoid düşünce puanı, %3,8'inde psicotizm puanı, %15,4'ünde ek maddeler puanı normalin üzerinde bulunmuştur. Çalışmaya katılan erkek hekimlerin %23,4'ünde kişilerarası duyarlılık, %9,6'sında somatizasyon puanı, %21,3'ünde obsesif kompulsif puanı, %20'sinde depresyon puanı, %7,4'ünde kaygı puanı, %10,8'inde öfke düşmanlık puanı, %6,4'ünde fobik anksiyete puanı, %19,1'inde paranoid düşünce puanı, %8,4'ünde psicotizm puanı, %17,9'unda ek maddeler puanı normalin üzerinde bulunmuştur. Ruhsal belirtiler ve cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bilgiler Tablo 18'de sunulmaktadır.

Tablo 18. SCL-90-R Alt Kategorilerinin Cinsiyetler Açısından Ayrıntılı Değerlendirmesi

| | | Cinsiyet | | n | % | p |
|----------------------------|------------------------|----------|-------|----|------|-------|
| | | Kadın | Erkek | | | |
| Kisilerarası Duyarlilik | Normal | 63 | 80,8 | 72 | 76,6 | 0,057 |
| | araz düzeyi yüksek | 10 | 12,8 | 21 | 22,3 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 5 | 6,4 | 1 | 1,1 | |
| Somatizasyon | Normal | 70 | 90,9 | 85 | 90,4 | 0,914 |
| | araz düzeyi yüksek | 7 | 9,1 | 9 | 9,6 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | |
| Obsesif Kompulsif | Normal | 60 | 75,9 | 74 | 78,7 | 0,649 |
| | araz düzeyi yüksek | 17 | 21,5 | 16 | 17,0 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 2 | 2,5 | 4 | 4,3 | |
| Depresyon | Normal | 56 | 71,8 | 76 | 80,0 | 0,304 |
| | araz düzeyi yüksek | 16 | 20,5 | 16 | 16,8 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 6 | 7,7 | 3 | 3,2 | |
| Kaygı | Normal | 75 | 94,9 | 88 | 92,6 | 0,112 |
| | araz düzeyi yüksek | 2 | 2,5 | 7 | 7,4 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 2 | 2,5 | 0 | 0,0 | |
| Öfke Düşmanlık | Normal | 71 | 89,9 | 83 | 89,2 | 0,977 |
| | araz düzeyi yüksek | 7 | 8,9 | 9 | 9,7 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 1 | 1,3 | 1 | 1,1 | |
| Fobik anksiyete | Normal | 76 | 96,2 | 89 | 93,7 | 0,588 |
| | araz düzeyi yüksek | 3 | 3,8 | 5 | 5,3 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 0 | 0,0 | 1 | 1,1 | |
| Paranoid düşünce | Normal | 66 | 83,5 | 76 | 80,9 | 0,446 |
| | araz düzeyi yüksek | 12 | 15,2 | 18 | 19,1 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 1 | 1,3 | 0 | 0,0 | |
| Psikotizm | Normal | 75 | 96,2 | 87 | 91,6 | 0,220 |
| | araz düzeyi yüksek | 3 | 3,8 | 8 | 8,4 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | |
| Ek maddeler | Normal | 66 | 84,6 | 78 | 82,1 | 0,432 |
| | araz düzeyi yüksek | 12 | 15,4 | 15 | 15,8 | |
| | araz düzeyi çok yüksek | 0 | 0,0 | 2 | 2,1 | |

Chi-Square test; Fisher exact test; p:0,05; * grup dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

5. TARTIŞMA

Çalışmanın asistan hekimler arasında yapılmasının sebebi, bu dönemin yüksek iş stresi nedeniyle riskli olmasından kaynaklanmaktadır. Uzamış çalışma saatleri, uykusuzluk, yetersiz destek mekanizmaları, hasta ölümü, yüksek sorumluluk alma gereği ve olumsuz iş ilişkileri gibi birçok etken hekimlerde stres düzeyinin artmasına neden olmaktadır (101, 102).

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin %52,9'u 8 saatin üzerinde çalıştığını bildirmiştir. Bu durum çalışmaya katılan asistan hekimlerin yarısından fazlasının normal mesai saatlerinin üzerinde çalıştığını göstermektedir. Uzamış çalışma saatleri sağlık hizmetlerinin sunum ve kalitesini kötü etkilerken beraberinde, hizmeti sunan kişinin kendine ayıracağı zaman ve enerjinin de kısıtlamasına yol açmaktadır. Yanı sıra uyku düzensizliği, yemek alışkanlıklarında değişme, aile ve sosyal yaşam üzerinde rahatsız edici etkiler gibi olumsuzluklara neden olmaktadır (103).

Çalışmamızda asistan hekimlerin %51,7'si 6 saat ve altı ortalama uyku süresine sahip olduğunu bildirmiştir. Bir üniversite hastanesinde asistan hekimler arasında yapılan araştırmada hekimlerin ortalama uyku süresi 6,41 ($\pm 1,15$) saat olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada hekimlerin %75,7'sinin uyku kalitelerinin kötü olduğu saptanmıştır (104).

Çalışmamızda hekimlerin %19,5'i düzenli bir fiziksel aktivitede bulunduğunu bildirmiştir. Bu oran asistan hekimlerin büyük çoğunluğunun düzenli bir fiziksel aktiviteye zaman ayıramadığını düşündürmektedir. Hekimlerin sağlıklı yaşam biçiminin belirleyicilerinden olan fiziksel aktivite bakımından kötü olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (105).

Çalışmamızda asistan hekimlerin %20,1'i sigara kullandığını bildirmiştir. Sigara içme oranı Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan asistan hekimlerde %18 olarak bildirilirken (106), Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan asistan hekimlerde %29, İnönü Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan hekimler arasında %45,9, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimler arasında %43 olarak saptanmıştır (107). Bu oranlara bakılacak olursa hastanemizde sigara içme oranı görece düşüktür.

İş doyumu, bireylerin işine karşı gösterdiği duygusal tepki olup bireyin kendi açısından değerlendirebildiği, görülemeyen, sadece hissedilebilen ya da ifade edilebilen

bir kavramdır. İş doyumunda yalnızca ekonomik ve fiziksel değil, psikolojik olarak da bir tatmin söz konusudur. İş doyumunu dinamikdir, yani bir kere iş doyumunu sağlanması sürekli aynı seviyede tutulabileceği anlamını taşımamaktadır. İş doyumunu; iş düzeyi, iş içeriği, yapıcı denetim, maaş, sosyal etkileşim gibi çevresel etkenlere; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kültür ve zekâ düzeyi, ünvan gibi kişisel ve demografik değişkenlere bağlıdır (108).

Çalışmamızda mesleki doyum düzeyi erkeklerde anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. İş doyumunun erkeklerde daha yüksek olması önceki çalışmalarda da bildirilmiş olup (37, 109, 110) iş doyumunu ve cinsiyet arasında herhangi bir ilişki tespit edemeyen çalışmalar da mevcuttur (106, 111). Kadınların, eş ve anne olmaları nedeniyle yaşadıkları rol çatışmasının iş hayatına yansıdığı ve bu nedenle de iş doyumlarının erkeklerle göre daha düşük olduğu bildirilmektedir (112).

Mesleki doyum düzeyi 30 ve üzeri yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının, ilerleyen yaşla birlikte edinilen deneyimler sonucu iletişim, başa çıkma ve yönetme becerileri geliştikçe bu alanlardan kaynaklanan stres azalmakta, güç sorunları çözümü konusunda yetkinleştikçe yaptığı işten doyumunu da artmaktadır (37). Literatürde yaş ilerledikçe iş doyumunun arttığını gösteren çalışmalar olduğu gibi iş doyumunu ve yaş arasında herhangi bir ilişki tespit etmeyen çalışmalar da mevcuttur (113).

Mesleki doyum düzeyi toplam asistanlık süresi 18 ay üzeri olan grupta anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Oshagbemi çalışanın tecrübesi ile iş doyumunu arasında olumlu bir ilişki olduğunu ve aynı alanda ve/veya aynı kurumdaki çalışma süresi daha uzun olanların iş doyumunun da daha yüksek olduğunu bildirmektedir (114).

Mesleki doyum düzeyi ve nöbet tutma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Harran Tıp Fakültesi'nde hekimler arasında yapılan bir çalışmada bizimle benzer şekilde nöbet ve iş doyumunu arasında ilişki bulunamazken, nöbet tutan hekimlerde tutmayan hekimlere göre tükenmişlik düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (115).

Çalışmamızda toplam hekimlik süresi ve mesleki doyum düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar olduğu gibi meslekte geçirilen uzun süre ve işin aynı yerde sürdürülüyor olmasının kişilerin işi benimseme, tanınma ve işte ilerleme olanaklarını arttırdığını ve buna bağlı olarak iş doyumunu arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (77).

Çalışmamızda nörotiklik ile mesleki doyum düzeyleri arasında pozitif anlamlı ilişki, dışadönüklük ile mesleki doyum düzeyleri arasında negatif anlamlı ilişki bulunmuştur. Burada kişilik özellikleri ile mesleki doyum ilişkisi beklenenin aksi şekilde sonuçlanmıştır. Bu iki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemede daha fazla katılımcının olduğu, daha geniş kapsamlı çalışmalar aydınlatıcı olacaktır. Yurtdışı kaynaklı bir çalışmada nörotiklik puanları kadınlarda iş doyumunu ile negatif ilişkili bulunurken erkeklerde ilişki bulunamamıştır (116). Türkiye’de yapılan bir araştırmada nörotiklik ile iş doyumunu arasında negatif anlamlı ilişki bulunurken, dışadönüklük ile iş doyumunu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (117).

Çalışmaya katılan hekimlerin mesleki doyum düzeylerine bakıldığında bölümler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızla benzer şekilde Kasapoğlu ve arkadaşları iş doyumunu ile uzmanlık alanı arasında anlamlı bir ilişki bulamadığını bildirmiştir (87).

Mesleki doyum düzeyi ile kişilerarası duyarlılık, obsesif kompulsif, depresyon, kaygı, öfke düşmanlık, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddeler alt kategorileri arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, çalışmamızda mesleki doyum düzeyleri ile nörotik kişilik özellikleri arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmasının bir başka yansıması olarak değerlendirilmiştir. Nörotik kişilik özelliklerine sahip bireylerin olumsuz ruh halleri yaşamaları ve olumsuz hayat olaylarından etkilenme ihtimallerinin yüksek olduğu, korku, öfke, suçluluk ve üzüntü gibi negatif duyguları yaşamaya daha çok eğilimli oldukları, stresli olaylarla başa çıkmakta ve dürtülerini kontrol etmekte daha çok zorlandıkları bildirilmiştir (94, 95).

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları içinde en sık kullandıkları yöntemin kendine güvenli yaklaşım olduğu görülmektedir. Daha önce sağlık çalışanları ve uzman hekimler arasında yapılan başka çalışmalarda da en sık kullanılan yaklaşım tarzının kendine güvenli yaklaşım olduğu görülmüştür (13, 118).

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçek puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde toplam puanlar arasında farklılık yokken iyimser yaklaşım puanı erkek hekimlerde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla benzer şekilde Ergin ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencileri arasında yaptığı çalışmada iyimser yaklaşım puanı erkeklerde daha yüksek çıkmıştır (119). Hekimler arasında yapılan başka bir çalışmada ise toplam puan ve alt grup puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (118).

Çalışmaya katılan hekimler arasında geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım anlamlı biçimde daha düşük, çaresiz yaklaşım anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca belirti tarama ölçeği alt kategorilerinin tümü (kişilerarası duyarlılık, somatizasyon, obsesif kompulsif, depresyon, kaygı, öfke düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm, ek maddeler, genel belirti düzeyi) geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü olanlarda anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, geçmişte psikiyatrik bozukluk öyküsü olan hekimlerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım gibi aktif başa çıkma tarzlarını daha az, çaresiz yaklaşım tarzını daha çok kullandığını ve ruhsal belirtilere daha yatkın olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt kategorilerine bakıldığında iyimser yaklaşım, toplam hekimlik süresi 48 ay üzeri olan hekimlerde anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum hekimlerin bilgi ve tecrübelerinin artması ile sıkıntılı olaylar üzerinde durmamayı ve kendilerine karşı hoşgörülü olmayı öğrenmeleri ile ilgili olabilir. Uzman hekimler arasında yapılan bir araştırmada iyimser yaklaşım puanı daha yüksek bulunmuştur (118). Bu sonuç bizim sonucumuzu desteklerken sağlık çalışanları arasında yapılan başka bir çalışmada hizmet süresi ve stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki bulunamamıştır (13).

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt kategorilerine bakıldığında çaresiz yaklaşım, toplam asistanlık süresi 18 ay ve altı olan grupta anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Hekimlerin asistanlığın ilk yıllarında alınan kararlar üzerinde etkilerinin kısıtlı olması ve kontrolün kendilerine ait olmaması bu yaklaşım tarzının daha çok kullanılmasına sebep olabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt kategorileri sonuçlarına bakıldığında düzenli fiziksel aktivitesi olan grupta kendine güvenli yaklaşım anlamlı biçimde yüksek, boyun eğici yaklaşım düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda stresle başa çıkma tarzları ile mesleki doyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak literatürde başka bir çalışmada işlevsel başa çıkma ile yüksek iş doyumunu ilişkilendirilmiştir (120).

Kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım ile belirti tarama ölçeği tüm alt kategorileri arasında negatif anlamlı ilişki, çaresiz yaklaşım ile pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Boyun eğici yaklaşım ile kişilerarası duyarlılık, psikotizm ve genel belirti düzeyi alt kategorileri arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Stres kaynakları, başa

çıkma tarzları ve ruh sağlığı ilişkisini araştıran başka bir çalışmada bulgularımızı destekler sonuçlar çıkmıştır (121).

Çalışmamızda asistan hekimlerde nörotik kişilik özelliklerinin dışadönüklük alt boyutundan anlamlı biçimde yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum asistan hekimlerin mevcut çalışma koşulları ile ilişkili olabilir. Çünkü çalışma yaşamının insanın kişilik özelliklerini köreltebildiği kadar, destekleyici, kişiliği geliştirici de olabileceği bildirilmiştir (122). Yanı sıra mesleğin kişilik özelliğinin yanıtıcı olduğu da düşünülmektedir. Örneğin sporcular arasında yapılan çalışmalar sporcuların dışadönük kişilik özelliklerinin daha gelişmiş olduğunu göstermiştir ve daha önce hiç spor yapmayan bir grup öğrenci ile yapılan bir çalışmada düzenli spor yapmakla nörotik kişilik skorunda azalma olduğu bildirilmiştir (123). Çakaloz'a göre iyi bir tıp adamı içe dönük olmaktan ziyade dışadönük olmalıdır. Oysa Holland'a göre hekimlik mesleğine karşılık gelen tip, içedönüktür (124).

Düzenli fiziksel aktivitesi olan asistan hekimlerde dışadönüklük puanı anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Spor yapan bireylerin beden imgelerinden spor yapmayan bireylere göre daha hoşnut oldukları, beden imgesi memnuniyeti ile de dışadönüklük arasında yüksek ilişki olduğunu bildiren çalışma bizim bulgumuzu desteklemektedir (125).

Asistan hekimlerde kişilik özellikleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ballı'nın Türk Silahlı Kuvvetlerinde erbaş ve erlerin, psikiyatri kliniklerine sevk edilme durumlarına göre algıladıkları sosyal destek , kişilik özellikleri (dışadönüklük ve nörotiklik) ve stresle başa çıkma stratejilerini karşılaştırmalı olarak incelediği araştırmada kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama gibi işlevsel başa çıkma tutumları ile dışadönüklük anlamlı ve pozitif korelasyon, nörotiklik anlamlı ve negatif korelasyon, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım gibi işlevsel olmayan başa çıkma tutumları ile dışadönüklük anlamlı ve negatif korelasyon, nörotiklik anlamlı ve pozitif korelasyon göstermiştir (126).

Çalışmamızda nörotik kişilik özellikleri ile belirti tarama ölçeği tüm alt kategorileri arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu beklenen bir sonuçtur. Nörotik yapısı olan kişilerin olumsuz ruh halleri yaşamaları ve olumsuz hayat olaylarından etkilenme ihtimallerinin yüksek olduğu görülmüştür (94).

Belirti tarama ölçeği sonuçları dikkate alındığında en yüksek puanların sırasıyla obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon ve paranoid düşünce alt kategorilerine ait olduğu görülmektedir. Hekimler (pratisyen hekim, asistan hekim ve

uzman hekimleri kapsamaktadır) arasında yapılan başka bir çalışmada obsesif kompulsif belirtiler, paranoid düşünce, depresyon ve kişiler arası duyarlık semptom boyutları en yüksekti (127). Bu bulgu bizim çalışmamızı desteklemektedir. Bizim çalışmamızda 30 ve üzeri yaş grubunda depresyon, öfke düşmanlık, yemek uyku alışkanlığını gösteren ek maddeler ve genel belirti düzeyi istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur. Yine hekimler arası yapılan diğer çalışmada 40 yaş üstünde somatizasyon ve ek belirti skalasında anlamlı fark saptanmıştır (127).

Ortalama uyku süresi 6 saat ve altı olan grupta somatizasyon puanı istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur. Uyku bozukluğu, psikopatoloji ve yaşam kalitesi üzerine yapılan bir çalışmada uyku süresi ile somatizasyon ve ek maddeler arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (128). Gece uyku yoksunluğu sonucu en sık görülen belirtilerin uykululuk ve yorgunluk olduğu bildirilmiştir (128).

Belirti tarama ölçeği sonuçlarına bakıldığında en yüksek puanların sırasıyla obsesif kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık ve depresyon alt kategorilerine ait olduğu, kadın hekimlerde depresyonun, erkek hekimlerde kişilerarası duyarlılığın en sık görülen ruhsal belirti olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin cinsiyetlerine göre ruhsal belirti dağılımı arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır. Ancak kadın hekimlerde depresyon yaygınlığının erkek hekimlerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadın olmanın riski artırması pek çok nedenle ilişkili bulunmaktadır. Bunun nedenleri arasında kadınların toplumdaki yeri, aile içi sorumluluklarının fazla olması, hastaların duygusal taleplerine daha duyarlı olması, daha fazla empati kurmaları gibi etkenler sayılabilir (9, 101, 129).

Yaptıkları iş nedeniyle, hekimlerin ruh sağlığı sadece kendilerini değil, toplumu da yakından ilgilendirmektedir (130). Hekimlerin ruh sağlığını geliştirmek amacıyla tıp eğitimine egemen olan, ağır çalışma koşullarının ve kendini kurban etme davranışının ödüllendirildiği ve ailenin ihmal edildiği kültürün değiştirilmesi önerilmektedir (131).

Mezuniyet sonrası eğitimin önemli olduğu bir iş kolunda, yaşanan sorunlar öğrenme ve akademik başarıyı da olumsuz etkilemektedir (132). İş yaşamında süpervizyon ve takdirin önemi vurgulanmakta, risk yönetimi, destek mekanizmalarının geliştirilmesi, hekimlerin kişisel ve psikolojik becerilerinin artırılması ve ayrıca yönetimin, çalışanlarının sağlığını geliştirici önlemler alması önemlidir (131).

6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamız asistan hekimlerin stresle başa çıkma tarzlarını ve mesleki doyum düzeylerini yanısıra, asistan hekimlerin kişilik ve ruhsal sağlık durumları gibi bireysel özelliklerinin, stresle başa çıkma tarzları ve mesleki doyum düzeyleri üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. İzleme çalışması olmadığı için süreç içinde gözlenebilecek değişimler saptanmamıştır. Araştırmada, anket çalışmalarının genel kısıtlılığı olarak, kişilerin yanıtlarına güvenilmiştir. Araştırmanın sonuçları, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hekimlerden oluşan örnekleme dayandığı için tüm hekimlere genellenemez.



7. SONUÇ

Araştırmamızda erkek hekimlerin, 30 ve üzeri yaş grubunun, asistanlık süresi 18 ay üzeri olan grubun mesleki doyum düzeylerinin anlamlı biçimde yüksek olduğu, erkek hekimlerin ve daha uzun süre görevde olan hekimlerin iyimser yaklaşım tarzını, asistanlık süresi 18 ay ve altı olan hekimlerin çaresiz yaklaşım tarzını daha çok kullandığı, nörotik kişilik özelliklerinin tüm ruhsal belirtilerle ilişkili olduğu, uyku süresi kısa olan hekimlerde daha fazla somatik yakınmaların olduğu, bölümler arasında stresle başa çıkma tarzları ve mesleki doyum düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Sonuç olarak daha iyi çalışma koşullarının sağlanması, yoğun iş yükünün azaltılarak kişisel bilgi ve becerilerin artmasına yönelik fırsatlar oluşturulması, risk yönetimi ve destek mekanizmalarının geliştirilmesi asistan hekimlerin stres düzeylerini azaltacak, mesleki doyum düzeylerini arttıracaktır. Hekimlerin stres düzeylerinin azalması ve mesleki doyum düzeylerinin artması daha kaliteli ve kusursuz hizmet sunmaları açısından önemli olduğu gibi kendi ruhsal sağlıkları açısından da büyük bir öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Bolaç V, Ayurveda: Strese En Kolay Çözüm, İstanbul, 1995, s.24.
2. Şahin NH, Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları 2, Ankara, 1994.
3. Aldwin CM, Stres, Coping, And Development: An Integrative Perspective. The Guilford Press, New York, USA, 2000.
4. Baltaş A, Baltaş Z, Stres ve Başa Çıkma Yolları (27. Baskı), İstanbul, Remzi Kitapevi, 2011.
5. Cotton, Dorothy H.G. Stress Management: An Integrated Approach to Therapy. New York: Brunner/ Mazel, Inc. 1990.
6. Aydın Ş. Otel İşletmelerinde Örgütsel Stres Faktörleri: 4-5 Yıldızlı Otel İşletmeleri Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004; Cilt 6, Sayı 4, İzmir, s.2.
7. Sürgevil O. Çalışma Hayatında Tükenmişlik Sendromu Tükenmişlikle Mücadele Teknikleri. Ankara, 2006.
8. Aşık N. Otel İşletmelerinde İşgörenlerin Örgütsel Stres Kaynakları ve Stresin Bireysel Sonuçlarına İlişkin Bir Araştırma. Mevzuat Dergisi, 2005; 91, ss. 3.
9. Ekinci H, Ekici S, “Yöneticiler Üzerindeki Etkileri Açısından Stres Kaynakları ve Bir Uygulama”, Uludağ Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 2003; Cilt 22, Sayı 2, ss.93-111.
10. Erdoğan İ, İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış, İşletme Fakültesi Yayını, Avcıol Basım Yayın, İstanbul, 1996.
11. Özmutaf NM, Örgütlerde İnsan Kaynakları ve Stres: Ampirik Bir Yaklaşım Ege Üniversitesi Su Ürünleri Dergisi, Cilt 23, Sayı (1-2): 75–81, 2006.
12. Arpacıoğlu G, “Türkiye’de Zorbalık Bir Çalışma Biçimi” (Editör: Yalım D), İnsan Kaynaklarında Yeni Eğilimler, Hayat Yayıncılık, İstanbul, 2005.
13. Güler A. Örgütsel Stres ve Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Stresle Başa Çıkma Yolları (Serinhisar Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
14. Uçman P. Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar. Psikoloji Dergisi, 7 (24), 1990.
15. Cooper CL, Kompier MAJ, Preveting Stress, London, 1999, s.9.

16. Şimşek MŞ, Çelik A, Akgeçici T, Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2001, s. 71.
17. Durna U. Üniversite Öğrencilerinin Stres Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2006, 20(1), s. 323-343, s. 329.
18. Weiner, J.S., "The Measurement of Human Workload", Ergonomics, Vol. 25, 1982.
19. Şencan H. Yönetici Geriliminde Kişilik Başa Çıkma Süreçleri İlişkisi ve Metal Sanayide Uygulamalı Bir Araştırma. İstanbul Teknik Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1986, s.119.
20. Soysal A. İş Yaşamında Stres, Çimento İşveren Dergisi, 2009; 23(3), 17-39.
21. İncir G. Vardiya çalışması ve kronobiyolojik araştırmalar. Verimlilik Dergisi, 1998; 1:59-72.
22. Dochi M, Sakata K. Relationship Between Shift-Work and Hypercholesterolemia in Japan. Scand J Work Environ Health 2008; 34:33-39
23. Morikava Y, Nakagawa H, Miura K, Soyama Y, Ishizaki M, Kido T. Shift-work and the risk of diabetes mellitus among Japanese male factory workers. Scand J Work Environ Health 2005; 31:179-183.
24. Oishi M, Suwazano Y, Sakata K, Okubo Y, Harada H, Kobayashi E. A Longitudinal Study On The Relationship Between Shift-Work And The Progression Of Hypertension In Male Workers. J Hypertens 2005; 23:2173-2178.
25. Knutsson A, Hallquist J, Reuterwall C, Theorell T, Akerstedt T. Shift-Work And Infarction: A Case Control Study. Occup Environ Med 1999; 56:46-50.
26. Ohayon MM, Lemoine P, Arnaud-Briant V, Dreyfus M. Prevalence And Consequences Of Sleep Disorders In A Shift Worker Population. J Psychosom Res 2002; 53:577-583.
27. Scott AJ, Monk TH, Brink LL. Shiftwork As A Risk Factor For Depression: A Pilot Study. Int J Occup Environ Health 1997; 3 (Suppl.3):2-9.
28. Drake CL, Roehrs T, Richardson G, Walsh JK, Roth T. Shift Work Sleep Disorder: Prevalence And Consequences Beyond That Of Symptomatic Day Workers. Sleep 2004; 27:1453-1462.
29. Akerstedt T, Wright KP. Sleep Loss and Fatigue In Shift Work and Shift Work Disorder. Sleep Med Clin 2009; 4:257-271.

30. Puca FM, Perrucci S, Prudenzeno MP, Savarese M, Misceo S, Perilli S, Palumbo M, Libro G, Genco S. Quality Of Life In Shift Work Syndrome. *Funct Neurol* 1996; 11:261-268.
31. Schwartz JR. Recognition Of Shift-Work Disorder In Primary Care. *J Fam Pract* 2010; 59 (Suppl.1):18-23.
32. Eroğlu F, Davranış Bilimleri, İstanbul, 2000, s.325.
33. Genç N, Yönetim ve Organizasyon, Ankara, 2005.
34. Tutar H, Kriz ve Stres Ortamında Yönetim, İstanbul, 2000.
35. Özkalp E, Kırel Ç, Örgütsel Davranış, Eskişehir, 2005.
36. Ataç S, İş Stresi Yönetimi, Bursa, 2009.
37. Ünal S, Karlıdağ R, Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumunu yaşam doyumunu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2001; 4:113-118.
38. Gün İ, Öztürk A, Öztürk Y. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Intern Doktorlarının Tıp Eğitimine ve Tıpta Uzmanlık Sınavına Bakışlarının Değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 2004;19:154-8.
39. Civaner M, Sarıkaya Ö, Balcıoğlu H. Uzmanlık Eğitiminde Tıp Etiği. *Anadolu Kardiyol Derg* 2009; 9: 132-8.
40. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, Özcan S, Güldal D. Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 1: 19-24.
41. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J. ve Nolen-Hoeksema, S. *Psikolojiye giriş* (3. Baskı). Y. Alogan, (Çev). Arkadaş Yayınevi, 2006.
42. Güler A. Örgütsel Stres ve Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Stresle Başa Çıkma Yolları (Serinhisar Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
43. Cüceloğlu, D. İnsan ve Davranış Psikolojisinin Temel Kavramları, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2008.
44. Folkman, S. Lazarus, R. S. An analysis in a middle-aged community sample *Journal of Health and Social Behavior*, 1980;21, 219-239.
45. Taylor S.E. Peplau L. A. ve Sears D.O. *Sosyal Psikoloji* (11. Baskı), Dönmez A. (Çev), İmge Kitabevi Yayınları, 2007.
46. Lazarus R.S. From Psychological Stress To The Emotions: A History Of Changing Outlooks. *Annual Review Of Psychology*, 1993; 44, 1-22.

47. Folkman, S., Lazarus R.S., Schetter, D.C., DeLongis, A. and Gruen J.R. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986;50(5), 992-1003.
48. Aysan F., Hamarat E., Thompson D., Zabrucky K.M., Steele D. And Matheny K.B. Perceived Stress And Coping Resource Availability As Predictors Of Life Satisfaction In Young, Middle-Aged, And Older Adults. *Exp Aging Res*. 2001;Vol.27(2), Pp.181-96.
49. Compas, B. E., Worsham, N. L., Ey, S. Conceptual and Developmental Issues In Children's Coping With Stres. In A. La Greca, L. Siegel, J. Wallander ve C. E. Walker (Eds.). *Advances in Pediatric Psychology: Stres and Coping With Pediatric Conditions*. Guilford, New York, 1991.
50. Parkes K. R. Coping in Stressful Episodes: The Role of Individual Differences, Environmental Factors, and Situation Characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; vol. 51(6), pp.1277-1292.
51. Moos R.H., Billings A.G. Conceptualizing and Measuring Coping Resources and Processes. In L. Goldberger and S. Breznitz (Eds), *Handbook of stress: Theoretical and Clinical Aspects*. Free press, New York, 1982.
52. Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K.: Assessing coping strategies: Atheoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2),267–283, 1989.
53. Vingerhoets, A. J. J. M. and Van Heck, G. L. Gender, Coping, and Psychosomatic Symptoms. *Psychological Medicine*, 1989; vol. 20, pp.125-135.
54. Jorgensen, R. S. ve Dusek, J. B. Adolescent Adjustment and Coping Strategies. *Journal of Personality*. 1990; vol. 58(3), pp.503-513.
55. Altun, B., Kurumsal Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma: Beylikdüzü Belediyesi'nde Bir Uygulama, İstanbul Aydın Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
56. Pargament K, *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice.*; The Guilford Press. New York 1997, s. 223.
57. Güçlü, N. "Stres Yönetimi", Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt:21, Sayı: 1, Ankara, 2001.
58. Artan İ. Örgütsel Stres Kaynakları ve Yöneticiler Üzerinde Bir Uygulama, *Basisen Kültür ve Eğitim Yayınları*, İstanbul, 1986.

59. Özer M.A. "Çalışanlar İçin Verimlilik Anahtarı: Stres Yönetimi", Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası (TÜHİS), İş Hukuku ve İktisat Dergisi, C.24, S.1-2, s.55, Ankara, 2012.
60. Knepper C. "The food-mood connection". Nisan 4, 2016.
<https://www.dmu.edu/dose/2016/04/the-food-mood-connection/>, Erişim tarihi: 05.02.2018
61. Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L, Kalafat T. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11:248-252.
62. Akıncı E, Orhan FÖ, Demet MM, Uyku Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kitabı (1.baskı), Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, s.79, 2016, Ankara.
63. Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9 Sayı: 2 2006.
64. Aydın, İnyet Pehlivan; İş Yaşamında Stres, Pegem A Yayıncılık, Ankara, 2002.
65. Rowshan A, Stres Yönetimi (Çev. Doğan Cüceloğlu), İstanbul, Sistem Yayınları, 2003.
66. Güney S, Yönetim ve Organizasyon, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2001.
67. Gümüştakin G. E. ve Öztemiz A. B. Örgütlerde Stresin Verimlilik ve Performansa Etkileşimi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:14, Sayı:1, 2005.
68. Can H, Organizasyon ve Yönetim, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2002.
69. Şimşek M. Ş. Kınır S. Çağdaş Yönetim Araçlarından Seçmeler Nobel Kitabevi, Ankara, 2006.
70. Güçlü H, "Turizm Sektöründe Durumsal Faktörlerin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi", (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 2006.
71. Başaran İE, Örgütsel Davranış İnsanın Üretim Gücü, Feryal Matbaası, Ankara, 2000, 215-222.
72. Luthans F. Organisational Behavior, An Evidence-Based Approach. 12th edition. Singapore: McGraw-Hill Irwin Inc; 2011.
73. Kama A. Özel ve Devlet Hastanelerinin Acil Servis Personellerinin İş doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Kahramanmaraş İlinde Bir Araştırma. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, 2017.

74. Karcioğlu F, Akbaş S, İşyerinde Psikolojik Şiddet ve İş Tatmini İlişkisi, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2010; 24(3). ss.139-161.
75. Ceran SÖ, “İşgörence Algılanan Sosyal Destek ile Mesleki Tükenmişlik ve İş Doyumu İlişkisinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010, 93s.
76. Aras A, Erzurum’da Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerde İş Doyumu Ve Tükenmişlik Düzeyleri İle Etkili Faktörlerin İncelenmesi, T.C Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2014.
77. Emiroğlu PŐ, Bursa İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne Bağlı Çalışan Hekimlerde İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeyi ile Etkileyen Etmenler, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, 2015.
78. Fındıkçı İ, İnsan Kaynakları Yönetimi, Alfa Basım Yayım Dağıtım, 1999: 374-383.
79. Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB. The Motivation to Work. 2th edition. New York: John Wiley&Sons Inc; 1959: 40-96.
80. Çelebi B, “Çalışanlarda Tükenmişlik ve İş Doyumu (Alanya Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği)”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014, 89s.
81. Atlandı D, “Çağrı Merkezi Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010, 136s.
82. Kanbay A. Hemşirelerin İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılığı. İstanbul Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
83. Schultz D.P., Schultz S.E. Psychology and Industry Today, New York: Macmillan, 1990.
84. Baysal A.C. Sosyal ve Örgütsel Psikolojide Tutumlar, İstanbul: Yalçın Ofset Matbaası, 1981: 194.
85. Yavaş Ö. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş doyumunu ve Örgütsel Gereksinimlerine İlişkin Bir İnceleme (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 1993.
86. Tözün, M., Çulhacı, A. ve Ünsal, A. “Aile Hekimliği Sisteminde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin İş Doyumu (Eskişehir)”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008;7 (5), 377-384.

87. Çan, E., Topbaş, M., Yavuzylmaz, A., Çan, G. Ve Özgün, Ş. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Sendromu ile İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler, O.M.Ü. Tıp Dergisi, 2006;23(1):17-24.
88. Akdağ R (editör), Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara, Opus Yayıncılık, 2010;8:43.
89. Cujeg B, Oancia T, Bohm C, Johnson D, Career and Parenting Satisfaction Among Medical Students, Residents and Physician Teachers At A Canadian Medical School. Can Med Ass J, 2000;162(5): 637-643.
90. Freeborn DK. Satisfaction, Commitment and Physiological Well-Being Among HMO Physicians. West J Med 2001;174:13-18.
91. Cedfeldt AS, Bower EA, English C, Grady-Weliky TA, Girard DE, Choi D. Personal time off and residents' career satisfaction, attitudes and emotions. Med Educ 2010;44:977-84. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03773.x
92. Dünya Sağlık Örgütü, Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion, 2001. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en>, Erişim Tarihi: 25.12.2017
93. Kaplan, HI. & Sadock, BJ. Klinik psikiyatri. Çev. Ed.: Abay, E. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2004.
94. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)' nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenilirliği Ve Geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi; 2(1):5-12, 1991.
95. Masters W.H., Johnson V.E. Human Sexual Response. Little Brown: Boston, 1966.
96. Lewis CA, Francis LJ, Shevlin M ve ark. (2002) Confirmatory factor analysis of the French translation of the abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A). Europe J Psychol Assess, 18: 79-85.
97. Eysenck HJ, Eysenck SB (1975) Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior). Hodder & Stoughton, London.
98. Şahin NH. Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 1995;10(34),56-73.
99. Kuzgun Y., Sevim S.A., Hamamcı Z. Mesleki Doyum Ölçeği. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 1998; 11, 14-18.

100. Karancı A. N., Dirik G. ve Yorulmaz O. Eysenck Kişilik Anketi - Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formunun (EKA-GGK) Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007; 18(3), 254-261.
101. Firth-Cozens J, Interventions To Improve Physicians’ Wellbeing and Patient Care, *Soc Sci Med*, 2001;52:215-222.
102. Graske J, Improving The Mental Health Of Doctors, *BMJ Career Focus*, 2003;327:188.
103. Hot İ, Hekimlerin Çalışma Sürelerinin Düzenlenmesinin Etik Açısından Değerlendirilmesi, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2007, 15:39-44
104. Eyüpoğlu A, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Doktorlarının Uyku Kalitelerinin ve Uyku Kalitelerine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2017.
105. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;19(3):159-66.
106. Çeler A, Tıp Fakültesi’ndeki Araştırma Görevlilerinde Depresyon Düzeyinin İş Doyumu ile İlişkisinin İncelenmesi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 2015;7(3):125-133.
107. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M, Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, Hemşire ve Tıp Öğrencileri’nde Sigara İçme Sıklığı. *Journal of Turgut Özal Medical Center* 4(4):1997.
108. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi’nde Çalışan Doktorların Demografik ve Kişilik Özelliklerinin, Stresle Başa Çıkma Yöntemlerinin, Örgütsel Bağlılık ve İş Doyumu Düzeylerinin Tükenmişlikle İlişkisi.
<http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/600/dosyalar/cg/sempozyum/ogrsmpzsnm16/16.S28.pdf> (15.02.2018).
109. LaBarbera DM. Gender Differences In The Vocational Satisfaction Of Physician Assistants. *JAAPA* 2010;23(10):33-4, 36-9.
110. Hayran O. Aksayan S. Pratisyen Hekimlerde İş Doyumu. *Toplum ve Hekim* 1991;16-7.
111. Musal B, Elçi ÖÇ, Ergin S. Uzman hekimlerde Mesleki Doyum. *Toplum ve Hekim* 1995; 10: 2-7.
112. Ergin C. “Bir İş Doyumu Ölçümü Olarak İş Betimlemesi Ölçeği Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1997; 12(39): 25–26.

113. Hatipoğlu C. Hekimlerde empati, iş doyumu, iş stresi düzeyleri ve birbirleri ile ilişkileri, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Denizli, 2013.
114. Oshagbemi T. “Is Length of Service Related to the Level of Job Satisfaction?”. *International Journal of Social Economics*. 2000; 27(3): 213–226.
115. Kurçer M.A. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;2(3):10-15.
116. Newbury-Birch D, Kamali F, Psychological Stress, Anxiety, Depression, Job Satisfaction, And Personality Characteristics In Preregistration House Officers, *Postgraduate Medical Journal*, 2001;77:109-111.
117. Bardavit M. Kişilik Yapılarının - Stresi Değerlendirme, Stresle Başa Çıkma Yaklaşımları, Algılanan Stres ve İş Doyumu Üzerinde Olan Etkisinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
118. Şen H, Toygar M, Türker T, İnce N, Tuğcu H, Keskin H, Bir Grup Hekimin Stresle Başa Çıkma Tekniklerinin Değerlendirilmesi, *TAF Prev Med Bull*, 2012; 11: 211-8.
119. Ergin A., Uzun S.U., Bozkurt A.İ., Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Bu Yöntemlerin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi, *Fırat Tıp Derg/Fırat Med J* 2014; 19(1): 31-37.
120. Mark G, Andrew PS, Effects of Occupational Stress, Job Characteristics, Coping and Attributional Style on The Mental Health and Job Satisfaction of University Employees, *Journal Anxiety, Stress & Coping an International Journal*, Volume 25, 2012 - Issue 1.
121. Otrar M. Ekşi H. Dilmaç B. ve Şirin A. Türkiye’de Öğrenim Gören Türk Ve Akraba Topluluk Öğrencilerinin Stres Kaynakları, Başa Çıkma Tarzları ile Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2002; 2 (2), 473-506.
122. Tınar MY, “Çalışma Yaşamı ve Kişilik”, *Mercek Dergisi*, Nisan 1999, Yıl:4, Sayı:14, İstanbul, s.92.
123. Tazegül Ü, Elit Düzeydeki Sporcuların Kişilik Özellikleri İle Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *International Journal of Academic Social Science Studies*, Number: 40, p. 453-461, Winter I 2015.

124. Yıldız S. Kişilik ve Meslek Seçimi Arasındaki İlişki ve Bir Uygulama, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2001.
125. Tekin A. ve ark. Düzenli Aerobik Egzersiz Programının Üniversiteli Obez Kız Öğrencilerin Fiziksel, Motorik Ve Psiko-Sosyal Parametrelerine Etkisi. Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi Cilt: 6 Sayı:1 Yıl: 2015.
126. Ballı E. Türk Silahlı Kuvvetlerinde Erbaş ve Erlerin, Psikiyatri Kliniklerine Sevk Edilme Durumlarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek (Aile), Kişilik Özellikleri (Dışadönük ve Nörotik) ve Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2005.
127. Önen R, Kaptanoğlu C, Aksaray G, Dilbaz N, Sever G, Tekin D, Hekimlerde Ruhsal Belirti Dağılımı Üzerine Bir Çalışma, Düşünen Adam, 1993; 6(1-2): 3-15.
128. Kara N. Gazete Kuryelerinde Uyku Kalitesinin Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Nöropsikiyatri arşivi 2016; 53: 102-107.
129. Theorell T, Changing Society: Changing Role of Doctors, BMJ, 2000;320:1417-1418.
130. Demir F, Ay P, Erbaş M, Özdil M, Yaşar E, “İstanbul’da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler”, Türk Psikiyatri Dergisi, 2007;18(1): 31-37.
131. Myers M, Suicide in Physicians: Toward prevention, MedGenMed, 2003;21:5:11.
132. Tyssen R, Vaglum P, Mental Health Problems Among Young Doctors: An Updated Review Of Prospective Studies Harv Rev Psychiatry, 2002;10(3):154-65.

EKLER

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

1.Kaç yaşındasınız?.....

2.Cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

3.Medeni durumunuz:

Evli () Bekar () Boşanmış/Dul ()

4.Çocuğunuz var mı?

Evet () Sayı: Hayır ()

5.Kimlerle yaşıyorsunuz?

Yalnız () Anne-Baba () eş/eş ve çocuk () arkadaş () diğer ()

6.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Kötü () Orta () İyi ()

7.Düzenli ilaç kullanmanızı gerektiren rahatsızlığınız var mı?

Evet ().....(hastalığın adını yazın) Hayır()

8.Geçmişte ya da yakın zamanda psikiyatrik bir hastalığınız oldu mu?

Evet () Hayır()

9.Hekimlikte kaçınıcı ayınız/yılınız?

10.Çalıştığınız bölüm?.....

11.Bölümde kaçınıcı ayınız?.....

12.Günlük ortalama çalışma saatiniz?.....

13.Nöbet tutuyor musunuz?

Evet () Sayı:..... /ay Hayır ()

14.Günlük ortalama uyku süreniz?.....

15.Düzenli bir fiziksel aktiviteniz var mı?

Evet ()..... Hayır()

16.Sigara kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

EK-2: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ve stres yaratan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin.

| BİR SIKINTIM OLDUĞUMDA..... | | Hiç | Biraz | Oldukça | Tamamen |
|-----------------------------|---|-----|-------|---------|---------|
| 1 | Kimsenin bilmesini istemem | | | | |
| 2 | İyimser olmaya çalışırım | | | | |
| 3 | Bir mucize olmasını beklerim | | | | |
| 4 | Olayı / olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım. | | | | |
| 5 | Başta gelen çekilir diye düşünürüm | | | | |
| 6 | Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım | | | | |
| 7 | Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim | | | | |
| 8 | Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım | | | | |
| 9 | İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem | | | | |
| 10 | Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum | | | | |
| 11 | Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam | | | | |
| 12 | Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım | | | | |
| 13 | İş olacağına varır diye düşünürüm | | | | |
| 14 | Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım | | | | |
| 15 | Problem çözümü için adak adarım | | | | |
| 16 | Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum | | | | |
| 17 | Elimden Hiçbir şeyin gelemeyeceğine inanırım | | | | |
| 18 | Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım | | | | |
| 19 | Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım | | | | |
| 20 | Problem/problemleri adım adım çözmeye çalışırım | | | | |
| 21 | Mücadeleden vazgeçerim | | | | |
| 22 | Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm | | | | |
| 23 | Hakkımı savunabileceğime inanırım | | | | |
| 24 | Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim | | | | |
| 25 | Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm | | | | |
| 26 | Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim | | | | |
| 27 | Benim suçum ne diye düşünürüm | | | | |
| 28 | Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm | | | | |
| 29 | Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek beni rahatlatır | | | | |
| 30 | Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır | | | | |

EK-3: Mesleki Doyum Ölçeği

| Mesleki Doyum Ölçeği | | | | | |
|---|-----------|---------|----------|---------|--------------|
| Aşağıda işiniz ile ilgili sorular bulunmaktadır. Lütfen size en uygun seçeneği işaretleyiniz. | | | | | |
| | Her zaman | Sık sık | Ara sıra | Nadiren | Hiçbir Zaman |
| 1. Bir kez daha dünyaya gelseniz aynı mesleği seçer misiniz? | | | | | |
| 2. Yaptığınız işi önemli ve anlamlı buluyor musunuz? | | | | | |
| 3. Mesleğinizi başkasına önerir misiniz? | | | | | |
| 4. Keşke başka bir iş yapan insan olsam dediğiniz olur mu? | | | | | |
| 5. Mesleğinizin gelişmenize olanak verdiğini düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 6. İşyerinize hevesle gelir misiniz? | | | | | |
| 7. İşinizle ilgili yeni bir şey öğrenmeye çalışır mısınız? | | | | | |
| 8. İşyerinizde aldığınız eğitime uygun bir iş yapıyor musunuz? | | | | | |
| 9. İşgünü sonunda kendinizi mutsuz ve bıkkın hisseder misiniz? | | | | | |
| 10. Fırsatını bulduğunuz an başka bir işe geçmeyi düşünür müsünüz? | | | | | |
| 11. Erken emekli olup bir köşeye çekilmeyi düşünür müsünüz? | | | | | |
| 12. Meslektaşlarınızla karşılaştığınızda onların işlerini nasıl yaptıklarını sorar mısınız? | | | | | |
| 13. Mesleki bilginizi artırmak için seminerlere, kongrelere katılır mısınız? | | | | | |
| 14. İşyerinde bazı engeller çalışma isteğinizi engeller mi? | | | | | |
| 15. İşinizin yeteneklerinize uygun olduğunu düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 16. Mesleğinizle ilgili yayınları izler misiniz? | | | | | |
| 17. Mesleğinizi yürütürken karşılaştığınız engellerle mücadele ediyor musunuz? | | | | | |
| 18. İşinizin ilgilerinize uygun olduğunu düşünüyor musunuz? | | | | | |
| 19. Mesleğinizi değiştirmeyi düşündüğünüz anlar oldu mu? | | | | | |
| 20. Meslek bilginizi artırmaya yönelik girişimlerde bulunuyor musunuz? | | | | | |

EK-4: Eysenck Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısa Formu

Eysenck Kişilik Anketi – Gözden Geçirilmiş Kısa Formu (EKA-GGK)

EYSENCK KİŞİLİK ANKETİ – GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ KISA FORMU

Yönerge: Lütfen aşağıdaki her bir soruyu, 'Evet' ya da 'Hayır'ı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap ve çeldirici soru yoktur. Hızlı cevaplayınız ve soruların tam anlamları ile ilgili çok uzun düşünmeyiniz.

- | | | |
|--|------|-------|
| 1. Duygu durumunuz sıklıkla mutlulukla mutsuzluk arasında değişir mi? | Evet | Hayır |
| 2. Konuşkan bir kişi misiniz? | Evet | Hayır |
| 3. Borçlu olmak sizi endişelendirir mi? | Evet | Hayır |
| 4. Oldukça canlı bir kişi misiniz? | Evet | Hayır |
| 5. Hiç sizin payınıza düşenden fazlasını alarak açgözlülük yaptığınız oldu mu? | Evet | Hayır |
| 6. Garip ya da tehlikeli etkileri olabilecek ilaçları kullanır mısınız? | Evet | Hayır |
| 7. Aslında kendi hatanız olduğunu bildiğiniz bir şeyi yapmakla hiç başka birini suçladınız mı? | Evet | Hayır |
| 8. Kurallara uymak yerine kendi bildiğiniz yolda gitmeyi mi tercih edersiniz? | Evet | Hayır |
| 9. Sıklıkla kendinizi her şeyden bıkmış hissedersiniz mi? | Evet | Hayır |
| 10. Hiç başkasına ait olan bir şeyi (toplu iğne veya düğme bile olsa) aldınız mı? | Evet | Hayır |
| 11. Kendinizi sinirli bir kişi olarak tanımlar mısınız? | Evet | Hayır |
| 12. Evliliğin modası geçmiş ve kaldırılması gereken bir şey olduğunu düşünüyor musunuz? | Evet | Hayır |
| 13. Oldukça sıkıcı bir partiye kolaylıkla canlılık getirebilir misiniz? | Evet | Hayır |
| 14. Kaygılı bir kişi misiniz? | Evet | Hayır |
| 15. Sosyal ortamlarda geri planda kalma eğiliminiz var mıdır? | Evet | Hayır |
| 16. Yaptığınız bir işte hatalar olduğunu bilmeniz sizi endişelendirir mi? | Evet | Hayır |
| 17. Herhangi bir oyunda hiç hile yaptınız mı? | Evet | Hayır |
| 18. Sinirlerinizden şikâyetçi misiniz? | Evet | Hayır |
| 19. Hiç başka birini kendi yararınıza kullandınız mı? | Evet | Hayır |
| 20. Başkalarıyla birlikte iken çoğunlukla sessiz misinizdir? | Evet | Hayır |
| 21. Sık sık kendinizi yalnız hissedersiniz mi? | Evet | Hayır |
| 22. Toplum kurallarına uymak, kendi bildiğinizi yapmaktan daha mı iyidir? | Evet | Hayır |
| 23. Diğer insanlar sizi çok canlı biri olarak düşünürler mi? | Evet | Hayır |
| 24. Başkasına önerdiğiniz şeyleri kendiniz her zaman uygular mısınız? | Evet | Hayır |

EKA-GGK İÇİN KODLAMA ANAHTARI

Kişilik boyutları maddeleri:

Nörotisizm: 1, 9, 11, 14, 18, 21

Dışa-dönüklük: 2, 4, 13, 15, 20, 23

Psikotisizm: 3, 6, 8, 12, 16, 22

Yalan: 5, 7, 10, 17, 19, 24

Puanlama:

3, 5, 7, 10, 15, 16, 17, 19, 20, 22. maddeler için Evet = 0, Hayır = 1 puan

1, 2, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 18, 21, 23, 24. maddeler için ise Evet = 1, Hayır = 0 puan



EK-5: Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90-R)

SCL-90-R
(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI: YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi dir. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0 Örnek: 1. (2) Baş ağrısı
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

1. () Baş ağrısı
2. () Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. () Zihinden atamadığımız tekrarlayan, hoş gitmeyen düşünceler
4. () Baygınlık ya da baş dönmesi
5. () Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. () Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. () Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. () Sorunlarımızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. () Olayları anımsamada güçlük
10. () Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. () Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. () Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. () Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. () Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. () Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. () Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. () Titreme
18. () Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. () İştah azalması
20. () Kolayca ağlama
21. () Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. () Tuzığa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. () Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. () Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. () Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. () Olanlar için kendisini suçlama
27. () Belin alt kısmında ağrılar
28. () İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. () Yalnızlık hissi
30. () Karamsarlık hissi
31. () Her şey için çok fazla endişe duyma
32. () Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. () Korku hissi
34. () Duyularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. () Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. () Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. () Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. () İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. () Kalbin çok hızlı çarpması
40. () Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. () Kendini başkalarından aşağı görme
42. () Adale (kas) ağrıları
43. () Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. () Uykuya dalmada güçlük
45. () Yaptığımız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. () Karar vermede güçlük
47. () Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. () Nefes almada güçlük
49. () Soğuk veya sıcak basması
50. () Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. () Hiç bir şey düşünmeme hali
52. () Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. () Boğazımıza bir yumru takınmış hissi
54. () Gelecek konusunda ümitsizlik
55. () Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. () Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. () Gerginlik veya coşku hissi
58. () Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. () Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. () Aşırı yemek yeme
61. () İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. () Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. () Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. () Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. () Yılanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. () Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. () Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. () Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. () Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. () Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. () Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. () Dehşet ve panik nöbetleri
73. () Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. () Sık sık tartışmaya girme
75. () Yalnız bırakıldığımızda sinirlilik hali
76. () Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. () Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. () Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. () Değersizlik duygusu
80. () Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. () Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. () Topluluk içinde bayılacağımız korkusu
83. () Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. () Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. () Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. () Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. () Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. () Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. () Suçluluk duygusu
90. () Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi