



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**ACİL TIP KLİNİĞİ**

**ACİL TIP ASİSTANLARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYİ İLE  
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE DEPRESYON ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Ahmet Faruk ORHAN**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL/2019**



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**İSTANBUL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**ACİL TIP KLİNİĞİ**

**ACİL TIP ASİSTANLARINDA BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYİ İLE  
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI VE DEPRESYON ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Dr. Ahmet Faruk ORHAN**

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. Özgür Karcıoğlu**

**Uzm. Dr. Özgür Dikme**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL/2019**

## TEŞEKKÜR

*Asistanlık sürecim boyunca benden desteklerini esirgemeyen hocalarım Prof. Dr.*

*Özgür Karcıoğlu ve Prof. Dr. Hakan Topaçoğlu'na,*

*Hayata ve Acil Tıp'a dair birçok şey öğrendiğim başta*

*Uzm Dr Özgür DİKME, Uzm Dr Mustafa Örfi ERDEDE,*

*Uzm Dr Mehmet Can GİRGİN olmak üzere tüm uzman abi ve ablalarım,*

*Eş kıdemlerim Dr Osman AYDEMİR ve Dr Onur KARABAY'a*

*ve*

*Birlikte çalışma şansına eriştiğim bütün hekim arkadaşlarıma,*

*Fedakârlık ve özveriyle birlikte çalıştığım hemşire, paramedik, tıbbi Sekreter,  
taşıma, temizlik personeli ve diğer tüm sağlık çalışanlarına,*

*Maddi, manevi destekleri için VESTİYER'e*

*Mevcudiyetleri ve duaları ile her daim arkamda olan sevgili aileme,*

*Her başarımın ardındaki güzel kadın eşim Ece ORHAN'a,*

*Hayatmın neşesi oğlum Ömer'e*

TEŞEKKÜRLER

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLO DİZİNİ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT .....	vii
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. BİLİNÇLİ FARKINDALIK .....	3
2.1.1. Bilinçli Farkındalığın İşlevi.....	4
2.1.2. FARKINDALIK BECERİLERİ.....	6
2.1.2.1. Yargısızlık.....	6
2.1.2.2. Şimdiye Odaklanmak .....	6
2.1.2.3. Mesafe Koyma .....	7
2.1.2.4. Serbest Bırakma .....	7
2.1.2.5. Kabullenme .....	7
2.1.3. BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE STRESLE BAŞA ÇIKMA.....	8
2.1.4. BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE DEPRESYON.....	9
2.2. STRES.....	10
2.2.1. STRESE İLİŞKİN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR.....	10
2.2.1.1. Psikanalitik Kurama Göre Stres.....	10
2.2.1.2. Bilişsel Kurama Göre Stres.....	11
2.2.1.3. Davranışçı Kurama Göre Stres.....	13
2.2.1.4. Varoluşçu Kurama Göre Stres .....	14

2.2.2. STRESLE BAŞA ÇIKMA .....	14
2.3. DEPRESYON .....	15
2.3.1. Depresyonun Klinik Özellikleri .....	16
2.3.2. Depresyonun Tanısal Sınıflaması .....	17
2.3.2.1. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu .....	17
2.3.2.2. Major Depresif Bozukluk .....	18
2.3.2.3. Süreğen Depresif Bozukluk (Distimi) .....	18
2.3.2.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk .....	18
2.3.2.5. Maddenin / İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk .....	19
2.3.3. Depresyonda Risk Faktörleri .....	19
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....</b>	<b>21</b>
3.1. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER .....	21
3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu .....	21
3.1.2. Beck Depresyon Ölçeği .....	22
3.2. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM .....	25
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>26</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>32</b>
<b>6. SONUÇLAR .....</b>	<b>36</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>37</b>
<b>8. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>46</b>
<b>9. EKLER .....</b>	<b>47</b>
9.1. EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU .....	47
9.2. EK-2: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ .....	49
9.3. EK-3: BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ .....	52
9.4. EK-4: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ .....	53
9.5. EK-5: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARAR FORMU .....	54

## KISALTMALAR

- BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği  
BİFÖ : Bilinçli Farkındalık Ölçeği  
SBTÖ : Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği



## TABLO DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Katılımcılara ait sosyodemografik ve klinik özellikler.....	27
<b>Tablo 2.</b> Uygulanan klinik ölçek skorları medyan değerleri.....	28
<b>Tablo 3.</b> Depresyon ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu arasındaki ilişki .....	28
<b>Tablo 4.</b> Depresyon ile asistanlık süresi, çalışma şekli, tıp doktorluğunu ve branşını isteyerek yazma durumu arasındaki ilişki .....	29
<b>Tablo 5.</b> Depresyon ve diğer sosyodemografik verilerin ve klinik özelliklerin ilişkisi .....	30
<b>Tablo 6.</b> Depresyon ile BİFÖ ve SBTÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması .....	31
<b>Tablo 7.</b> BİFÖ puanı ile SBTÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması .....	31

## ÖZET

**Amaç:** Acil Tıp asistanlarında bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları ve depresyon arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır.

**Gereç ve yöntem:** Çalışma, İstanbul ili içerisinde bulunan SBÜ Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri Acil Tıp Kliniklerinde anket çalışması olarak gerçekleştirildi. Çalışmaya İstanbul ili içerisinde bulunan SBÜ Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri Acil Tıp Kliniklerinde ihtisasına devam eden Acil Tıp Asistanları dahil edildi. Asistan hekimler Sosyodemografik Form, Bilinçli farkındalık düzeyleri Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 207 Acil Tıp Asistanı dahil edildi. Bunların 81'i kadın (%39.1), 126'sı erkek (%60.9) idi. Beck Depresyon Ölçeği kesme puanına göre katılımcıların 124'ünde (%59.9) tedavi gerektirir depresyon ( $BDÖ \geq 17$ ) mevcut iken, 83'ünde (%40.1) tedavi gerektirir depresyon saptanmadı. Depresyonu olan grupta Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanı depresyonu olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşüktü. Depresyonu olan grupta Kendine Güvenli Yaklaşım puanı, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım puanı depresyonu olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. Depresyonu olan ve olmayan grupta İyimser Yaklaşım, Sosyal Destek Arayıcı Yaklaşım puanı anlamlı farklılık göstermemiştir.

**Sonuç:** Bilinçli Farkındalık Düzeyi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki izlenmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzlarından, Kendine Güvenli Yaklaşım puanı, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki varken; İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arayıcı Yaklaşım ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Tıp, Bilinçli Farkındalık, depresyon, stres, stresle başa çıkma.



## ABSTRACT

**Aim:** Understanding the potential relationships between mindfulness and the ways of coping stress and degree of depression in emergency medicine residents.

**Material and Method:** The research was conducted in SBU Training and Research Hospitals' Emergency Medicine Clinics that were located in İstanbul. The data was collected from emergency medicine residents who were actively continuing their specialty training in University or Research & Training hospitals which they associated within İstanbul. Residents were evaluated via collecting demographics data, and using Mindful Attention Awareness(MAAS), Beck's Depression, and The Ways of Overcoming the Stress Scales.

**Results:** A total number of 207 emergency medicine residents were included in the present study. Eighty-one (39.1%) women and a hundred and seven (60.9%) men were participated. Our data has indicated that 124 of the participants (59.9%) have been categorized as “clinical need for depression treatment” according to Beck’s depression scale (BDS score $\geq$ 17), whereas 83 of the participants (40.1%) have not been found in depression that requires a treatment. We have also found that Residents, who are clinically depressed, were scored significantly lower in Mindful Attention Awareness Scales compared to the residents who were not in depression. These results support the main objective hypothesis of the study. We also observed that residents, who were in depression, scored significantly higher in Self Confidently Approach, helpless approach, and Submissive Approach tests compared to the residents who were not in depression. On the other hand, we have found no difference between these two groups in optimist approach, and social support seeking approach tests.

**Conclusion:** We have observed a significant relation between mindful attention awareness scales and levels of depression in participants. Moreover, our data has shown that there have been significant relations between levels of depression (Beck’s score) and self confidently approach, or helpless approach, or submissive approach scores. But our data has also indicated that there was no relation between levels of depression and optimist approach, or social support seeking approach scores.

**Keywords:** Emergency Medicine, Conscious Awareness, Depression, Stress, Overcoming the Stress.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servis başvurularının günden güne artış göstermesi nedeniyle acil tıp kliniklerindeki yoğunluk ve iş yükü de aynı oranda artmaktadır. Uzun süreli nöbet saatleri, tıbbi yaklaşım ve tedavinin doğru ve hızlı şekilde yürütülmesinin zorunluluğu, acil servislerin aşırı kalabalık olması, hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma riskinin fazla olması nedeniyle acil tıp birçok hekim için stres kaynağı oluşturmakta ve bu durum hekimlerin mesleki doyumunu azaltmaktadır (1). Hekimlerdeki yorgunluk, stres, dikkat dağınıklığı ve artmış hasta başvuru sayıları, ölümcül hastalıkların tanınması ve doğru tedavi edilmesinde gecikmelere neden olabilmektedir. Tüm bu stres faktörleri sonucunda acil serviste çalışan hekimlerde depresyon başta olmak üzere birçok psikiyatrik hastalığın görülme riski artış göstermekte ve kişilerin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmalar gözlenmektedir (2).

Literatüre bakıldığında acil serviste çalışan hekimlerde yapılan çalışmalarda asistanlık dönemini takip eden 10 yıllık sürede, hekimlerdeki ortalama yıpranma oranının yılda %1,5 olduğu görülmektedir (3). Keller ve Koenig çalışmalarında acil tıp hekimlerinin %53'ünün 10 yıl aktif olarak çalışabileceğini ifade ederken, 20 yıl sonra bu oranın %24'e düştüğünü belirtmişlerdir (4). Bu bilgiler ışığında acil tıp hekimlerinde mesleki işlevsellik ve doyumun sağlanabilmesi için; çalışma şartlarının gözden geçirilmesi, stresle başa çıkma becerilerinin artırılması ve depresyonun önlenmesine yönelik adımların atılması gerekmektedir.

Bilinçli farkındalık (mindfulness) günümüzde popüleritesi gittikçe artış gösteren bir kavramdır ve farklı gruplarda yapılan pek çok çalışmada bilinçli farkındalık ile stresle başa çıkma becerisi ve depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu ortaya konmuştur (5,6). Literatürde üniversite öğrencilerinde ve farklı meslek gruplarında yapılan çalışmalar incelendiğinde bilinçli farkındalık temelli uygulamalar ( bilinçli farkındalık temelli eğitim, stres azaltma programı ve kognitif terapiler) sonucunda kişilerde stres yönetiminde olumlu etkilerin görüldüğü, mesleki doyumun arttığı ve depresif belirtilerin azaldığı gözlenmektedir (7-11). Literatürde acil tıp hekimlerinde ve uzmanlık öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyini ve bilinçli farkındalık ile depresyon ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az

sayıda çalışma bulunmaktadır (12,13). Ülkemizde ise bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız Acil Tıp asistanlarında (uzmanlık öğrencisi) bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesidir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. BİLİNÇLİ FARKINDALIK

Bilinçli farkındalık kişinin yargılamadan dikkatini ana odaklaması ve anda yaşadığı deneyimleri kabullenmesi şeklinde tanımlanmaktadır (14). Ana odaklanabilme becerisi ile geçmişte yaşanan olumsuz deneyimlerin ve geleceğe dair beklentilerin, belirsizliklerin neden olduğu kaygı, korku ve sıkıntılardan uzak kalarak, kişi şimdi ve burada neler olduğunun bilincine varabilmektedir (15).

Kavram kökenlerini Budizme dayanan; dikkatin nefes alıp vermeye, bedensel deneyimlere, o andaki hislere ve düşüncelere odaklandığı meditasyon pratiklerinden almaktadır. Yaşanan içsel deneyimler yargılanmaksızın kabullenilmektedir (16). Her ne kadar temelini Doğu meditasyon geleneğinden alıyor olsa da; bilinçli farkındalık Batı kültüründe de giderek ilgi çeken, araştırılan, tartışılan ve uygulanan bir konu hale gelmiştir. Birçok felsefi, ruhsal ve psikolojik gelenekte bilinçlilik ve farkındalık kavramlarının bedensel ve ruhsal iyilik halinin sağlanmasındaki önemi üzerinde durulmaktadır (16-19).

Brown ve Ryan bilinçli farkındalığı; şu anda mevcut olan duyum ve deneyimler üzerine odaklanmış bir dikkat ile farkında olma hali olarak tanımlamışlardır. Buna göre; bilinçli farkındalık; dikkat ve farkındalık bileşenlerini içermektedir. Farkındalık iç ve dış duyumların sürekli olarak, seçici olmaksızın gözlenmesidir. Ancak dikkat sayesinde kişi uyaranlara ve deneyimlere seçici olarak odaklanabilmektedir (17).

Bilinçli farkındalığın yapılan bir başka tanımında da dikkat regülasyonu ve anlık deneyimi yönlendirme bileşenlerinden bahsedilmektedir. Dikkat regülasyonu; şu andaki içsel ve dışsal uyaranlar, yaşanan mevcut deneyimler üzerinde dikkati odaklayabilmek ve sürdürebilmek anlamına gelmektedir. Anlık deneyimi yönlendirme ile de yaşanan deneyimi merakla ve olduğu gibi kabullenme kastedilmektedir (18). Bilinçli farkındalığın temeli; deneyimleri yargılamadan kabul etmeye, olumlu, olumsuz ayırt etmeden duygu ve düşüncelere açık olmaya, bilişsel esnekliğe dayanmaktadır (19).

Germer ve arkadaşlarına göre; bilinçli farkındalık anlarının ortak özellikleri bulunmaktadır (20). Bunlar;

1. *Kavramsal değildir (nonconceptual)*: Bilinçli farkındalık, düşünce süreçlerinden bağımsız ortaya çıkan farkındalık halidir.

2. *Şimdi odaklıdır (present-centered)*: Bilinçli farkındalık daima anda kalabilmeyi hedefler.

3. *Yargılayıcı değildir (nonjudgemental)*: Farkındalığın oluşabilmesi için deneyimlerimizin olduğu gibi gözleniyor ve kabul ediliyor olması gerekmektedir.

4. *Amaca yöneliktir (intentional)*: Dikkati şimdiki anda bir yere yönlendirmek ve bozulduğunda tekrar yönlendirme yapabilmek hedeflenmektedir.

5. *Katılımcı gözlemi gerektirir (participant observation)*: Aktif bir gözlemdir, zihin ve bedeni daha yakından hissetmektir.

6. *Sözel değildir (nonverbal)*: Bilinçli farkındalık deneyimi zihinde kelimelerden önce ortaya çıkmaktadır.

7. *Keşfe dayalıdır (exploratory)*: Bilinçli farkındalık, her zaman algının daha ince düzeylerini araştırır.

8. *Özgürleştiricidir (liberating)*: Bilinçli farkındalık, koşullanılmış acıdan kurtulmayı sağlar.

### **2.1.1. Bilinçli Farkındalığın İşlevi**

Bilinçli farkındalık kişinin hislerinin, düşüncelerinin, içsel ve dışsal uyaran ve deneyimlerinin farkında olması halidir. Zihin bir şeyin üzerinde durmayı ya da ondan uzaklaşmayı hedeflemez, sadece gözlemler, yargılamaz ve olduğu gibi kabul eder. Bu da kişinin daha alıcı, uyanık, huzurlu ve mutlu olmasını sağlamaktadır (21).

Günlük hayat içerisinde bireyler genellikle yaşamlarını farkındalık olmaksızın, rutin içerisinde sürdürmektedirler. Yaptıkları işleri farkında olmadan yaparlar ve olaylar karşısında otomatik tepkiler verirler. Bilinçli farkındalık ile birlikte zihin geçmiş ve gelecek yaşantılarla, pişmanlık, korku, kaygı, beklenti, umutsuzluk gibi

olumsuz his ve düşüncelerle uğraşmak yerine bunların farkında olarak ana odaklanmayı hedefler (22). Bu sayede kişi duygu ve düşüncelerini etiketlemeleri üzerinden değerlendirmez, otomatik tepkiler vermez. Tarafsız şekilde kendisini ve deneyimlerini gözlemler (18).

Kişiler genellikle olayları değerlendirirken; öncelikle beklenti ve amaçlarına göre olumlu ya da olumsuz olduğu yargısına varırlar, olay ile geçmiş yaşantılar arasında ilişki kurarlar ve tepkilerini de önceden oluşturmuş oldukları bilişsel şemalar çerçevesinde verirler (23). Bu değerlendirme de kişiyi geçmiş deneyimlerine daha hassas hale getirir, kişi olumsuz olarak değerlendirdiği bir olay karşısında geçmiş deneyimlerle ilişki kurduğu için daha fazla anksiyete hissedebilir ve stresle başa çıkma konusunda başarısızlık gösterebilir. Farkındalık çalışmalarında kişiye bu otomatik zihinsel süreçler gösterilmektedir (24).

Günlük rutin içerisinde genellikle kendimizi yaptığımız işler, karşılaştığımız olaylar ile ilgili ya da bunlardan bağımsız birçok düşünce, duygu, beklenti ve kaygı içerisinde buluruz. Farkındalıktan uzak olduğumuz eylemler arasında sakarlık, isimleri hatırlayamama, sürekli geçmiş ya da gelecekle ilgili zihinsel uğraşı içerisinde olma, ne yediğinin farkında olmaksızın sürekli atıştırma gibi davranışlar sayılabilmektedir (25). Bilinçli farkındalık çalışmaları ile hedeflenen olumlu ya da olumsuz tüm yargıları bir kenara bırakarak şu anda olmak ve aktif şekilde gözlemleyebilmek becerisinin kazanılmasıdır ve bu beceri herkes tarafından geliştirilebilmektedir. Bu durumda kişi koşullanmalardan kurtulur, daha uyanık ve enerjik olur. (17).

Bilinçli farkındalık konusunda yapılan bazı çalışmalarda, farkındalık düzeyi yüksek bireylerin aktif stresle başa çıkma yöntemlerini kullanmada daha başarılı oldukları (26), bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı uygulanan kişilerde yaşam kalitesinde ve iyilik halinde artış gözlemlendiği (27), anksiyete bozuklukları ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında zıt ilişkinin bulunduğu (28), meditasyonla ilgilenen kişilerde bilinçli farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bunun da psikolojik esneklik ile ilişkili olduğu (29), bilinçli farkındalık düzeyi ile ruhsal iyilik hali arasında olumlu yönde ilişki bulunduğu (30) gibi sonuçlar ortaya konmuştur. Bu nedenle bilinçli farkındalık ve bilinçli farkındalık temelli programlar gün geçtikçe ilgi çekici bir hal almış, farklı alan ve gruplarda uygulanır hale gelmiştir.

## **2.1.2. FARKINDALIK BECERİLERİ**

### **2.1.2.1. Yargısızlık**

Bilinçli farkındalıkta deneyimlerin tarafsızca ve yargılanmadan gözlemlenmesi temel basamaklardan birini oluşturmaktadır. Yargılama çoğu zaman otomatikleşmiş bir süreçtir. Geçmiş deneyimler ile bağlantılı olarak zihin; duygu, düşünce ve deneyimleri olumlu, olumsuz, hoş giden ya da gitmeyen şeklinde etiketleme eğilimindedir. Farkındalığın gelişmesi ile birlikte bu otomatikleşmiş zihinsel süreç yerini yaşantıları olduğu gibi gözleyen bir zihne bırakmaktadır (15).

Kişileri yaşantılarla ilgili yargılamaları bazen patolojik bir hal alabilir ve ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir. Örneğin panik bozuklukta kişi bedensel duyularını "tehlikeli" ya da "ölümcül" olarak değerlendirmektedir. Yargılama ile ilişkili ruhsal bozukluklara verilebilecek bir diğer örnek depresyondaki bireyin kendisi ve dış dünya ile ilgili olumsuz etiketleri olabilir (15, 31). Farkındalık becerisini geliştiren kişiler içsel ve dışsal yaşantıların tümüne etiketleme, sınıflandırma, yargılama yapmadan bakabilmektedir.

### **2.1.2.2. Şimdiye Odaklanmak**

Gündelik yaşantımızda zihnimiz çoğunlukla, karşılaştığımız problemlerle meşgul haldedir. Örneğin mesai saatlerinde kendimizi eşimizle yaşadığımız tartışmayı tekrar tekrar düşünürken ve değerlendirirken bulabiliriz. Geçmişte olan ya da gelecekte olmasından kaygılandığımız durumlara takılı kalabiliriz. Ve bunları düşündükçe geçmişte yaşadığımız deneyimlerle ilgili bir sürü düşünce zihnimize dolmaya başlar. Ve bu sayede ruh halimiz kötüleşir ve şimdi olanı yaşayamaz hale geliriz. Geçmiş ve gelecek anda kalmaya engeldir, şimdiye odaklanmak ise geçmişte olan olayların verdiği sıkıntılardan, ya da henüz gerçekleşmemiş belki de hiç gerçekleşmeyecek olan olayların yaratmış olduğu kaygılardan arınmayı sağlar. Bu sayede bizim için gerçek olan şimdiyi kaçırmamış oluruz (15).

Bilinçli farkındalık anda kalmayı kişiye öğreten bir yoldur. İçsel ve dışsal tüm yaşantıların farkına vardıkça, zihnimizin nasıl da otomatikleşmiş şekilde bizden bağımsız çalıştığını daha kolay gözlemleriz ve farkındalık sayesinde yaşadığımız her deneyim zenginleşir (32).



### **2.1.2.3. Mesafe Koyma**

Farkındalık becerisi gelişmemiş kişilerde duygu ve düşüncelerle birleşme mevcuttur. Psikolojik rahatsızlık yaşayan kişilerin çoğunda duygu ve düşüncelere mesafe koyama yetisinin gelişmemiş olduğu görülmektedir. Örneğin depresyondaki kişiler kendilerini yaşadıkları değersizlik, suçluluk, yalnızlık düşünceleri ve mutsuzluk, üzüntü, umutsuzluk duyguları ile etiketlemektedir. Burada duygu ve düşüncelerin gerçekmiş gibi kabul edilmesi ve kişinin bununla özdeşim kurup kendisinin bu düşüncelerden ibaretmiş gibi yaşaması söz konusudur. Oysa farkındalıkla birlikte kişi bunların sadece bir düşünce olduğunu ve kendisinin bu düşünce ve duygulardan bağımsız bir birey olduğunu gözlemlemektedir. Bu sayede duygu ve düşünceleriyle, bunları gözlemleyebilen birey arasına mesafe koyabilmektedir (15, 33).

### **2.1.2.4. Serbest Bırakma**

Zihnimize sürekli “başarısızım”, “çok çirkinim”, “hayatım çok kötü gidiyor”, “yine başaramayacağım” gibi geçmiş ve geleceğe dair otomatik düşünceler dolanmaktadır. Hatta zaman zaman zihnimize dolan bu düşüncelerden başka bir şey düşünemez hale geldiğimizi fark edebiliriz. Bu düşüncelerin kabullenilmesi, kişide sıkıntı hali, huzursuzluk, mutsuzluk gibi olumsuz duygular ortaya çıkarabilir ve bu olumsuz duygularla aşırı uğraş ya da kaçınma çabaları sonucunda kişinin ruhsal hali daha da kötüleşebilir. Depresyon, panik atak, obsesyon gibi birçok psikolojik sorun, rahatsızlık veren düşünceler ve duygularla takıntılı bir şekilde uğraşılması, bunlardan kaçınmaya ya da bastırılmaya çalışılması gibi otomatik hale gelmiş tepkilerle ilişkilidir. Farkındalıkla birlikte kişi; duygu ve düşüncelerini serbest bırakabilmeyi, geçmiş yaşantılarla ilişki kurmadan ve otomatik tepkiler vermeden olayları gözlemleyebilmeyi ve her olaya o andaki yaşantısına göre yanıt verebilmeyi öğrenmektedir (34).

### **2.1.2.5. Kabullenme**

Olumsuz duygu ve düşünceye neden olan yaşantılara verilen tepki çoğu zaman onları ortadan kaldırmaya çalışmaktır. Ancak çoğu zaman bu mümkün olmamakta hatta kişinin kaçınma çabaları uzun vadede daha fazla sıkıntıya neden olmaktadır.

Farkındalığın kazandırdığı en önemli becerilerden biri de kabullenmedir. Kişi kabullenme sayesinde kendisine rahatsızlık veren içsel ya da dışsal yaşantılardan kaçınmak yerine, onları tarafsızca gözlemlemeye ve deneyimlemeye çalışır. Kabullenme becerisi ile kişi olumlu ya da olumsuz yargılamaksızın tüm duygu, düşünce ve yaşantılara yer açmaktadır. Kabullenmenin anlamı, rahatsızlık veren olaylara, kişilere, durumlara ve duygulara yaklaşabilmek, tahammül edebilmek ve bunlarla uzlaşabilmektir (35).

Kabullenmek her şeyi sineye çekmek ya da boyun eğmek gibi pasif bir eylem olarak algılanmamalıdır. Aksine kabullenme davranış değişikliğinden önce gelen aktif bir eylemdir (36).

### **2.1.3. BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE STRESLE BAŞA ÇIKMA**

Bilinçli farkındalık temelli stres azaltma (MBSR), bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi (MBCT), diyalektik davranış terapisi (DBT) gibi bilinçli farkındalık temelli uygulamaların stres ve stres faktörleri ile başa çıkmada olumlu etkileri gösterilmiştir (37).

Çağlardır bilinçli farkındalık ile aynı zeminde ilerleyen meditasyon teknikleri var olmasına ve kullanılmasına karşın, bilimsel anlamda ampirik incelemeler son yıllarda hız kazanmıştır. Kabat-Zinn ve Welwood bilinçli farkındalık ile romantik ilişkilerde uyum ve kalitenin artması arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Barnes ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada da bilinçli farkındalık ile romantik ilişkilerde karşılaşılan stresli durumları yönetme becerisinin anlamlı şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (38). Yine yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık temelli uygulamaların algılanan stres (39), stres ve duygudurum bozukluğu belirtileri (40), stres ve strese bağlı belirtiler (41), kronik hastalıklarda görülen kaygı, depresyon ve diğer psikolojik semptomlar (42), zihinsel iyi oluş, duygusal iyi oluş, öznel iyi oluş ve sosyal aktivite düzeyi (43), depresyon ve stres düzeyi (15) üzerinde etkili olduğu ortaya konmuştur. Kanseri hastalarında stres ve duygudurum bozuklukları (44), stresle başa çıkma tarzları (45), travma sonrası stres bozukluğu (46), stres düzeyi ve stresle başa çıkma yolları (47), psikolojik iyi oluş, stres, anksiyete ve depresyon

(48), stresle başa çıkma tarzları, depresyon, anksiyete ve stres belirtileri (35) ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

#### **2.1.4. BİLİNÇLİ FARKINDALIK VE DEPRESYON**

Bilinçli farkındalığın geçmişi Budizm düşünsel öğretilerine kadar uzanmaktadır ancak son yıllarda klinik psikoloji ve psikiyatri alanında popülaritesi günden güne artış göstermekte ve birçok bozuklukta bilinçli farkındalık temelli terapilerden yarar görülmektedir (48).

Depresyonda kişinin kendisiyle ilgili farkındalığı azalmış, hatta kaybolmuştur. Kişi hayata siyah bir pencereden bakıyor gibidir, kendisini, çevresini ve hayatı bu perspektiften değerlendirmektedir. Depresyonda farkındalık temelli atılacak ilk adım depresif zihin ve bakış açısının farkında olunmasını sağlamak ve kişinin benliğini bundan ayırtmaktır. Böylece kişi yalnızca olumsuz düşüncelerden ibaret olmadığını, bunların sadece düşünce olduklarını gözlemleyebilir ve davranışlarını sadece depresif zihin çerçevesinde düzenlemekten vazgeçmesi kolaylaşır (15).

Farkındalık temelli bilişsel terapilerde depresyondaki bireylerin ana odaklanmasını sağlamak, dikkatini bedensel tepkilerine ve duygularına yönlendirebilmek hedeflenmektedir. Bu sayede kişi düşüncelerinden ayrılarak duygularını daha kolay kontrol edip düzenleyebilmektedir. Hastalar bu şekilde düşünce ve duygularından kaçmak yerine onları gözlemleyebilme ve baş edebilme becerilerini geliştirmektedir (49).

Teasdale ve arkadaşlarının 2000 ve 2004 yılında yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmalarda depresyon hastalarında bilinçli farkındalık temelli kognitif terapinin etkinliği gösterilmiştir. Mevcut tedavilerine bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi eklenen hastalarda relaps oranlarını daha düşük oldukları gözlenmiştir (51,52). 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada da bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi uygulanan remisyonadaki depresyon hastalarında, relapsın ertelendiği ortaya konmuştur (52).

## 2.2. STRES

Stres kavramı uzun yıllardır psikoloji, nöroloji, fizyoloji, sosyoloji, antropoloji, biyokimya, endokrinoloji ve immünoloji gibi bilim dallarınca pek çok farklı alanda çalışılmaktadır. Diğer alanlar stresin elektrofizyolojik, nörokimyasal, endokrinolojik, immünolojik, genetik ilişkilerini incelerken, psikoloji alanındaki incelemeler stresin psiko-biyo-sosyal neden ve sonuçları üzerine odaklanmıştır (53).

Stres çok yaygın kullanılan bir kavram olmasına karşın tanımını yapmak zordur ve kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir (54). Örneğin; bir anne için çocuğunun hasta olması stres olarak tanımlanırken, bir öğrenci için sınavdan düşük not almak, bir çocuk için bisikletten düşmek olarak tanımlanabilmektedir. Psikolojik Terimler Sözlüğü'nde stresin tanımı ‘‘ Bir organizmanın, üstesinden gelmesi gereken yeni koşullar karşısında verdiği tepkidir’’ şeklinde yapılmıştır (55). Lazarus ve Folkman iki farklı bakış açısına göre stresin tanımını yapmışlardır. Birinci görüş stresin kişinin çevreyle etkileşimi sonucu ortaya çıktığını ve çevresel koşulların strese neden olup olmayacağını kişiye göre değişkenlik göstereceğini savunmaktadır. Bu bakış açısına göre psikolojik stres; kişinin baş etme mekanizmaları ile çözemediği çevresel etken ya da etkenlerin, iyilik hali üzerine bir tehdit olarak algılanması sonucunda ortaya çıkan psikofizyolojik bir tepki olarak tanımlanmıştır. İkinci görüşe göre ise stres; çevresel uyaran ve buna verilen tepki arasındaki ilişki şeklinde tanımlanmaktadır (56).

Stres kavramını tanımlayan önemli isimlerden biri Selye'nin bakış açısına göre stres; organizmaya gelen ve baskı oluşturan bir talebe karşı organizmanın vermiş olduğu tepkidir. Bu talep her organizmada farklı şekillerde işlenir, bu nedenle de verilen tepki organizmaya özeldir. Stres sadece insanlarda değil tüm canlılarda görülebilmektedir bu nedenle stres tepkisi sadece sinirsel bir gerilim olarak tanımlanamaz (54).

### 2.2.1. STRESE İLİŞKİN KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

#### 2.2.1.1. Psikanalitik Kurama Göre Stres

Psikanalitik yaklaşıma göre; stres faktörleri kişide ruhsal çatışmalara neden olmaktadır ve bu çatışmalar sonucunda kişide psikofizyolojik tepkiler ortaya

çıkılmaktadır. Alexander'a göre psikofizyolojik bozukluklar bilinçdışı dürtülerin kişide neden olduğu emosyonel tepkilerin sonucu oluşmaktadır (15).

Stresle başa çıkabilme becerisi olgunlaşmış bir benlik ile ilişkilidir. Kişinin benliği ne kadar matürse stresli durumlarla baş edebilme yetisi o kadar güçlü, ego ne kadar zayıfsa stresle başa çıkma becerisi o kadar azdır. Stresle baş etme becerisi gelişmemiş olan bireyler genellikle stresten kaçmak için geçici çözümlere başvurmaktadır. Bu çözüm genellikle ilkel bir savunma mekanizması olmaktadır. En sık kullanılanlardan biri Freud'un tanımladığı izolasyon savunma mekanizmasıdır. Bu sayede kişi yaşadığı bunaltı veren olaya karşı duygularını bastırır ve hissizleşir. Örneğin sevdiği birini kaybeden kişi yas tutmak yerine olayı duygusuzca anlatabilir. Oysa gelişmiş bir egodan beklenen yas reaksiyonu yaşayabilmesidir (57).

Stresli yaşantıdan kaçınmak için kullanılan bir diğer savunma mekanizması somatizasyondur. Kişi bunaltısını giderebilmek için somut bir nedene yönlendirir ve bedenselleştirir. Panik atak yaşayan bireyin kalp krizi geçiriyor olduğunu düşünmesi bunun en sık karşılaşılan örneklerinden biridir (15,57).

#### **2.2.1.2. Bilişsel Kurama Göre Stres**

Stres kişide psikolojik baskıya neden olan bir etken sonucunda ortaya çıkan ruhsal ve bedensel tepkiler olarak tanımlanabilmektedir. Her bireye göre olayların algılanma biçimi ve verilen tepkiler farklılık göstermektedir. Kişinin olayları nasıl değerlendirdiğini, ortaya çıkan duygu, davranış ve tepkilerini ancak kendi bilişsel süreçlerine bakarak anlayabilmekteyiz. Burada en önemli belirleyici zihinsel şemalardır (58). Doğuştan itibaren kişinin deneyimlediği tüm yaşantılar sonucunda zihinsel şemalar ortaya çıkmaktadır ve kişiler şimdiki yaşantılarını, oluşturmuş oldukları bu şemalara göre değerlendirmektedir (59).

Bilişsel kuram kişinin olayları değerlendirme ve bunun sonucunda gösterdiği tepkileri, olayın kendisinden çok olayla ilgili düşüncelerin belirlediğini savunmaktadır. Olay karşısında daha önceden zihne kodlanmış ve kendiliğinden ortaya çıkan bu düşünceler otomatik düşünceler olarak adlandırılmaktadır. Genellikle bu düşünceler geçmiş deneyimlerle de ilişkilendirilerek, şimdiki olay çerçevesinde değerlendirilmeden kabul edilmektedir (60). Beck'e göre kişi yaşadığı olayları

geçmişteki olumsuz yaşantılar üzerinden edindiği zihinsel şemalarla değerlendirilmekte ve bu da gerçeği çarpıtmasına neden olmaktadır. Bilişsel çarpıtma olarak adlandırılan düşünce tarzları şu şekildedir (61):

### **Ya Hep Ya Hiç Düşüncesi:**

Bu düşünce tarzına göre bir şey ya kişinin istediği gibi olur ya da hiç olmaz. Bireyin olaylar karşısındaki tutumu iyi ya da kötü, siyah ya da beyaz şeklindedir ve düşünce tarzında kutuplaşma mevcuttur (62). Aşağıdaki örneklerde bu düşünce tarzındaki kutuplaşma daha iyi anlaşılacaktır.

“ Sınavı geçemedim, işe yaramazın tekiyim”

“ Kız arkadaşım beni terk etti, sevmeye değer biri değilim”

“Hala iş bulamadım, hayatta her zaman başarısızım”

### **Zihinsel Filtre:**

Seçici soyutlama olarak da adlandırılan bu düşünce tarzında kişi yaşadığı olayla ilgili bütüncül düşünmek yerine belli başlı detayları dikkate alır ve bunlara göre olumsuz değerlendirmelerde bulunur (63). Olayın bütünü bir kenara atılarak tek bir özelliği üzerinden olayla ilgili çıkarımlar yapılır. Örneğin; depresyondaki bir birey hayatında birçok alanda başarı göstermiş olmasına rağmen, sürekli yetersiz ve başarısız hissettiği olumsuz yaşantıları algılamakta ve tüm hayatını bu olumsuz yaşantılar üzerinden değerlendirmektedir (64).

### **Keyfi Çıkarsama:**

Bir yaşantı karşısında net bir kanıt olmaksızın kişinin kendince bir kaniya varmasıdır. Genellikle depresif hastalarda gözlenen bu bilişsel çarpıtma olumluyu geçersiz kılmak olarak da isimlendirilmektedir. Olayların olumlu ya da nötr tarafları göz önünde bulundurulmazken, yaşantılar sürekli olumsuz açıdan değerlendirilmektedir (63).

### **Zihin Okuma:**

Kişinin diğer insanların kendisi hakkında olumsuz düşündüklerine dair olan inancıdır. Örneğin selam vermeden yanımızdan geçen arkadaşımız hakkında, “ beni görmezden geldi, artık beni sevmiyor” şeklinde düşünmek ya da bir sohbet esnasında esneyen birini gördüğümüzde; “sohbetimi çok sıkıcı buluyor demek ki, onu sıktım” çıkarımında bulunmak bu çarpıtma şekline verilebilecek örneklerdendir (65).

### **Aşırı Genelleme:**

Kişi tek bir nedene ya da ayrıntıya göre kendisinin yetersiz ve değersiz olduğu çıkarımında bulunmaktadır ve bu çıkarımını tüm yaşantılarına genellemektedir (66). Örneğin ufak bir hata yaptığında herşeyi eline yüzüne bulaştırdığı ve hiçbir şeyi beceremediği kanısına varabilmektedir.

### **Aşırı Büyütme/ Küçültme:**

Kişinin küçük bir olumsuzluğu travmatik derecede olumsuz algılaması ya da yaşadığı olumlu yaşantıyı küçümseyerek yine olumsuz taraflarına odaklanması ile karakterize bir düşünce biçimidir.

Bilişsel kurama göre kişinin olayları algılama ve değerlendirme biçimi yaşanacak stresin belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (67). Bu kurama dair yapılan incelemelerde en dikkat çeken isimlerden biri de Lazarus olmuştur. Olayların kişiler tarafınca birincil ve ikincil değerlendirme süreçlerinden geçirildiğini savunmuştur. Birincil değerlendirmede kişi mevcut şemaları ile bir olay ya da yaşantıyı stres verici olarak yorumlayabilir ya da tehdit olarak algılamayabilir. Eğer olay stres oluşturacak şekilde algılandıysa ikincil değerlendirme süreci başlar ve kişi bu aşamada stresle başa çıkma becerilerini ve bunları kullanarak mevcut durumla baş edip edemeyeceğini değerlendirmektedir (68).

### **2.2.1.3. Davranışçı Kurama Göre Stres**

Davranışçı kurama göre stres tepkileri kişilerin öğrenme biçimleri ile ilişkilendirilmektedir. Geçmişte sıkıntı veren yaşantılar stres tepkisine neden olmuştur ve benzeri durumlar yeniden yaşandığında kişi yeniden korku ve anksiyete tepkileri göstermektedir. Bu tehdit oluşturan olaylar sık tekrarlanırsa kişi bir süre sonra elinden

bir şey gelmediğini kabullenir ve durumla baş etme çabasını yitirir. Öğrenilmiş çaresizlik olarak adlandırılan bu durum karşısında bireyler özgüvenlerini kaybeder ve derin bir umutsuzluğa kapılırlar (66).

#### **2.2.1.4. Varoluşçu Kurama Göre Stres**

Varoluşçu kurama göre en temel yaşamsal stres faktörü anlam arayışıdır. İnsan kendi varlığını ve yaşamındaki anlamı kendisi inşa etmektedir (69). Ancak ölüm ve kayıp düşüncesinin insan hayatına etkisi çok büyüktür. Yaşamın sürekli, tahmin edilebilir ve kontrol edilebilir olmasını isteriz ve bu bize güvende hissettirir. Ancak hastalık, bir yakının kaybı, boşanma, işini kaybetme gibi kayıplar sonucunda kişi bu güven duygusunu yitirebilir, varoluşuna anlam kazandırma çabasını kaybeder ve stres tepkileri gösterebilir (70).

#### **2.2.2. STRESLE BAŞA ÇIKMA**

Hayatta her birey stres faktörlerine maruz kalmaktadır. Ancak bunun yoğunluğu ve stresle başa çıkma becerilerinin yeterliliği kişinin psikolojik ve fiziksel iyilik hali üzerinde belirleyici rol oynamaktadır (71).

Stres faktörleri karşısında kişi duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik tepkiler vermektedir. Duygusal tepkiler üzüntü, bunaltı, öfke, umutsuzluk, huzursuzluk gibi ortaya çıkarken, bilişsel tepkiler arasında dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, kararsızlık, unutkanlık gibi tepkiler yer almaktadır. Davranışsal alanda saldırganlık, kaçınma, içe kapanma, alkol ve madde kullanımı, yeme atakları, aşırı bedensel uğraşlar gibi tepkiler görülebilmektedir. Fizyolojik tepkileri ise çarpıntı, titreme, terleme, kas gerginliği, baş dönmesi, baş ağrısı oluşturmaktadır (72).

Lazarus ve arkadaşları bireyin çevre ile ilişkisi sonucunda stresin ortaya çıktığını ve verilecek tepkilerin ortaya çıkmasında bilişsel değerlendirme ve başa çıkma basamaklarının önemli olduğunu tanımlamışlardır (56,73). Bilişsel değerlendirmede kişinin sorumlulukları, değerleri ve doğrularına yönelik bir tehdit olup olmadığı değerlendirilmektedir. İkincil değerlendirmede ise; tehdit unsuru varsa, oluşacak zararı önlemek ya da zararı ortadan kaldırmak için yapılacak herhangi bir şeyin olup olmadığı değerlendirilmektedir (74).



Başa çıkma kişinin ortaya çıkan stres tepkisi ve sonuçlarını önlemek ve ortadan kaldırmak için ortaya koyduğu bilişsel ve davranışsal çabalarıdır. Burada problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma olarak adlandırılan iki basamaktan bahsedilmektedir. Problem odaklı başa çıkmada; problemin belirlenmesi, problemi çözecek yolların aranması ve uygulanması, farklı görüşlerin değerlendirilmesi gibi sorunun çözümüne yönelik bilinçli ve aktif çabalar görülmektedir (75,76). Problem odaklı yaklaşımlardan yararlanan bireylerde depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir (77). Duygusal temelli başa çıkmada ise kişi strese neden olan olayın anlamını yeniden değerlendirip değiştirmeye çalışır ya da strese bağlı ortaya çıkan olumsuz duyguları stresörden kaçarak azaltmak ve daha iyi hissetmeyi hedefler. Bu yaklaşım özellikle kontrol edilmesi güç stres faktörlerinin varlığında faydalı olabilmektedir (78). Duygusal odaklı yaklaşımda bilişsel ve davranışçı yöntemler kullanılabilir. Bilişsel teknikler arasında olumlu düşünce ve olumlu tavrın geliştirilmesi zihinsel düzenleme, makul olmayan inançlarla mücadele sayılabilir. Davranışçı yöntemlerde ise insanlar arası ilişkilerin düzenlenmesi (iletişim becerisinin geliştirilmesi, etkin dinleme ve empatinin geliştirilmesi), doğru zaman kullanımı, nefes egzersizleri, otojenik gevşeme progressif gevşeme kullanılabilir (79).

Stresle başa çıkma tutumlarının bir başka sınıflandırması ise aktif ve pasif şeklindedir. Aktif başa çıkmada stresör ortadan kaldırılmaya ya da değiştirilmeye çalışılır, pasif başa çıkmada ise stres faktöründen kaçınma ön plandadır. Pasif başa çıkma yöntemlerini kullanma ile bireylerde psikopatoloji görülmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (80).

### **2.3. DEPRESYON**

Duygulanım (affekt) kişinin olaylar ve yaşantılar karşısında anlık verdiği duygusal tepkilerdir. Duygudurum (mood) ise; kişinin uzun süreli içinde bulunduğu duygulanım durumudur. Duygudurum ötimik (normal), hipertimik (taşkın), depresif (çökkün) ve disforik (sıkıntılı, tedirgin) olarak sınıflandırılabilir (81). Depresyon çökkün duygudurum ve anhedoniye (ilgi ve zevk kaybı) eşlik eden düşünce, davranış, psikomotor aktivite gibi alanlarda görülen belirtilerle seyreden bir bozukluktur (82).

Depresyonun kelime köken, Latince “depressus” tan gelmektedir. Kelime anlamı olarak çökkünlük, üzünlük, kederli hissetme gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Yazılı kaynaklara bakıldığında 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktaysa da, ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır (83).

Depresyon kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla gözlenmektedir. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12 kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. (83). Sıklıkla görüldüğü yaşlar 35-45 yaşları arasındadır ancak her yaşta sıkça ortaya çıkabilmektedir (82). Angst’ın 1992 yılında yaptığı çalışmada depresyonun yaşam boyu prevalansı %4,4-%19,6 olarak belirlenmiştir. Yine 1994 yılında yapılan başka bir çalışmada da yaşam boyu prevalansın %17 olduğu belirtilmiştir (84). Türkiye’deki genel popülasyonda depresyon görülme sıklığı ise %10-20 olarak değerlendirilmiştir (85,86).

### **2.3.1. Depresyonun Klinik Özellikleri**

Çökkün duygudurum ve anhedoni depresyon kliniği için olmazsa olmaz belirtiler olarak kabul edilmektedir. Bireyler kendilerini değersiz, yetersiz, umutsuz ve çaresiz hissetmektedir. Çoğu zaman duygularını ifade edememe ile giden duygusal donukluk, ağlayamama gibi yakınmalar depresyona eşlik etmektedir. Bu kişilerde sosyal ve mesleki anlamda ciddi işlevsellik kayıpları görülmektedir (82,83).

#### Depresyonun klinik belirtileri:

- Çökkün duygudurum
- İlgisi ve zevk kaybı (anhedoni)
- Psikomotor aktivitede azalma ( konuşma, düşünme hızında yavaşlama)
- Enerji kaybı, yorgunluk, bitkinlik, letarji, anerji,
- Uykuda azalma ya da artış
- İştahta azalma ya da artış
- Somatik yakınmalar (özellikle yaygın atipik vücut ağrıları)
- Ajitasyon (huzursuzluk olarak yaşanan artmış motor etkinlik)
- Cinsel ilgi ve etkinlikte azalma

- Değersizlik, suçluluk, çaresizlik düşünceleri
- Dikkat ve konsantrasyonda azalma, dikkati sürdürmede güçlük, unutkanlık (özellikle isimleri unutma), karar vermede güçlük
- Benlik saygısında azalma
- Karamsarlık ve umutsuzluk
- İntihar düşünce ya da girişimleri

### **2.3.2. Depresyonun Tanısal Sınıflaması**

#### **DSM-5 Depresyon Sınıflaması**

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu
- Majör Depresif Bozukluk
- Süreğen Depresif Bozukluk (Distimi)
- Premenstrual Disforik Bozukluk
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk
- Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Depresif Bozukluk
- Başka Bir Belirlenmiş Depresif Bozukluk
- Belirlenmemiş Depresif Bozukluk

#### **ICD-10 Depresyon Sınıflaması**

- Depresif Nöbet
- Tekrarlayıcı Depresif Bozukluk
- Distimi
- Başka Duygudurum Bozukluğu
- Tanımlanmamış Duygudurum Bozukluğu

#### **2.3.2.1. Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu**

Çoğunlukla 10 yaşından önce başlayan, en az 1 yıl süre ile ortalama olarak haftada 3 kez ya da daha fazla görülen, sözel ya da davranışsal olarak kendini gösteren, içinde bulunulan durumla bağdaşmayacak düzeyde ağır ve yineleyici öfke patlamaları ile seyreden ruhsal bir rahatsızlıktır (84).

### 2.3.2.2. Major Depresif Bozukluk

Birbiri ardına gelen iki haftalık dönem boyunca neredeyse her gün, günün büyük kısmında ortaya çıkan aşağıdaki semptomlardan en az beş tanesinin bulunması gerekir. Semptomlardan biri mutlaka depresif ruh hali veya ilgi/istek kaybı olmalıdır. Bulguların tanımlandıkları dönem içerisinde bir maddenin ya da bir sağlık durumunun etkisi olmamalıdır (84).

- Depresif duygudurum (Bu durum kişi tarafından olduğu gibi başkaları tarafından da gözlenebilir.)
- İlgi ve zevk kaybı
- Uykusuzluk veya aşırı uyuma
- Düşük enerji, bitkinlik, içsel güç yoksunluğu veya yokluğu
- Konsantrasyon bozulma, karasızlık
- Değersizlik veya suçluluk düşünceleri
- Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri, intihar girişimi
- İştah kaybı ya da kilo değişikliği (1 ay içerisinde kiloda %5 artma veya azalma gözlenebilir)
- Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon

### 2.3.2.3. Süreğen Depresif Bozukluk (Distimi)

Çökkün duygudurum varlığı en az 2 yıllık süre boyunca kronik olarak günün önemli bir kısmında olmalıdır. Bununla beraber çökkün duygudurum dönemlerinin içsel enerji azlığı, iştahsızlık veya aşırı iştah, uykusuzluk veya aşırı uyuma, özgüven eksikliği, konsantreolamama veya karar vermede zorluk çekme, çaresizlik durumlarından en az ikisini içermesi gerekmektedir (84).

### 2.3.2.4. Premenstrüel Disforik Bozukluk

Semptomları luteal fazın son haftasında başlar, menstruasyondan birkaç gün sonra sona erer ve bu dönem içerisinde çökkün duygudurum, anksiyete, emosyonel labilite, ilgi kaybı ortaya çıkar (84).

### 2.3.2.5. Maddenin / İlacın Yol Açtığı Depresif Bozukluk

Alkol ve opiyat bağımlılığı, amfetamin ve kokain yoksunluğu depresyona neden olabilmektedir. Madde kötüye kullanımı, ilaç veya toksinlerin doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkili belirgin ve inatçı çökkün duygudurumdur. Oral kontraseptifler, rezerpin, metildopa, beta blokerler, antineoplastik ilaçlar, kalsiyum kanal blokerleri, ranitidin, simetidin, vinkristin, vinblastin, prokarbazin, L-asparaginaz, amfoterisin B, interferon, ACE inhibitörleri, antikolesterol ilaçlar, antiaritmik ilaçlar, kortikosteroidler, antiepileptikler, antihistaminikler, antibiyotikler, antipsikotikler, sedatif ve hipnotikler, antidepresan ilaçların kesilmesi ilaçlara bağlı depresyon nedenleri arasındadır (84).

### 2.3.3. Depresyonda Risk Faktörleri

- *Yaş:* Depresyon sıklıkla orta yaşta görülmektedir. Ancak 2000’li yıllardan sonra yapılan çalışmalarda yaşlı popülasyonda da depresyon görülme oranlarının oldukça yüksek olduğu ortaya konmuştur (85).
- *Cinsiyet:* Kadınlarda depresyonun görülme sıklığı erkeklere oranla iki kat daha fazladır. Ancak yaş ilerledikçe bu fark azalmaktadır (83).
- *İrk ve etnik köken:* Yapılan bazı çalışmalar siyah ırkta depresyon görülme oranlarının daha düşük olduğunu savunmakla birlikte genel kanı ırk ve etnik gruplara göre depresyon görülme oranlarında bir fark gözlenmediği şeklindedir (85).
- *Medeni hal:* Ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha sık gözlenmektedir. Yine eş kaybı da depresyonu tetikleyen önemli bir çevresel stres faktörü olarak değerlendirilmektedir (85).
- *Aile öyküsü ve genetik aktarım:* Depresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu gösterilen faktörlerden birisi de kalıtsal faktörlerdir. İkiz araştırmalarını ele alan metaanalizlerde depresyonda genetik geçişin olduğu ve bu durumun bipolar bozukluğa bağlı depresyonda daha belirgin olduğu belirtilmiştir (88). Yine yapılan aile ve evlat edinme çalışmalarında MDB hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı ve biyolojik anne babasında depresyon olan evlat edilmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (89). Monozigot ikizlerde depresyon riski %40, dizigotlarda ise

%11 kadardır. Birinci derece yakınında unipolar depresyon olanlarda depresyon prevalansı %5-25 e yükselmektedir (90).

- *Erken dönem çocukluk travmaları:* Bazı araştırmacılar erken dönemde ebeveyn kaybı ya da ebeveynlerden ayrı yaşamanın ileri yaşlarda depresyon görölme olasılığını artırdığını savunmaktadır. Özellikle 11 yaş öncesi anne baba kaybının ileride depresyon görölmesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yine çocukluk döneminde ihmal ve istismar öyküsü de depresyon gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (85).
- *Premorbid kişilik özellikleri:* Yapılan çalışmalar sonucunda bazı araştırmacılara göre; obsesif, histrionik, bağımlı ve borderline kişilik özellikleri gösteren bireylerde depresyon daha sık gözlenirken, antisosyal ve paranoid kişilik özellikleri olan bireylerde daha nadir gözlenmektedir (91).
- *Stres faktörleri ve travmatik yaşantılar:* Olumsuz yaşantılara maruziyet depresyon açısından önemli bir risk faktörüdür. Ancak travmatik yaşam olayları her bireyde depresyona neden olmamaktadır. Bu nedenle stres etkenleri sonucunda depresyon gelişiminde genetik, biyolojik ve psikolojik yatkınlık bulunmasının söz konusu olduğu savunulmaktadır (85).
- *Sosyo-ekonomik durum ve sosyal destek:* Yapılan çalışmalarda sosyo- ekonomik düzeyi düşük ve işsiz bireylerde depresyon oranlarının genel popülayona göre 2-3 kat fazla olduğu gösterilmiştir (85).
- *Komorbid nöropsikiyatrik hastalıklar:* Özellikle anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar ve Parkinson, demans, inme gibi nörolojik hastalıkların varlığı depresyon görölme riskini artırmaktadır (85).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma, İstanbul ili içerisinde bulunan SBÜ Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri Acil Tıp Kliniklerinde anket çalışması olarak gerçekleştirildi. Çalışma grubuna İstanbul ili içerisinde bulunan SBÜ Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri Acil Tıp Kliniklerinde ihtisasına devam eden Acil Tıp Asistanları dahil edildi. Asistan hekimlerin sosyodemografik bilgileri literatür taranarak oluşturulan bir form ile incelendi. Bilinçli farkındalık düzeyleri Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) ile incelendi. Depresyon açısından değerlendirilmesi için Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı. Stres ile başa çıkma tarzları Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile değerlendirildi.

#### **Çalışma Grubu Dahil Edilme Kriterleri**

1. 18 yaş ve üzerinde olmak
2. İstanbul ili içerisindeki SBÜ Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri Acil Tıp Kliniklerinde Asistan hekim olarak görev yapıyor olmak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

#### **Çalışma Grubu Dışlanma Kriterleri**

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

### 3.1. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

#### 3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmanın örneklemini oluşturan katılımcıların kişisel bilgilerini öğrenmek amacıyla katılımcılara demografik bilgi formu verilmiştir. Bu formda katılımcıların yaş grupları ve cinsiyetleri, medeni durumları, asistanlıklarının kaçınıcı yılında oldukları ve çalışma şartları, alışkanlıkları ve kronik hastalıkları gibi bilgileri öğrenmeğe dair sorular yer almaktadır. Demografik Bilgi Formu'nun bir örneği Ek 1'de sunulmuştur.

### 3.1.2. Beck Depresyon Ölçeği

Yetişkin hastalarda depresyon belirtilerinin şiddetini ve düzeyini ölçmek için kullanılan Beck Depresyon Ölçeği 1961’de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek bir öz bildirim ölçeğidir (92). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır (93). Depresyonda görülen vejetatif, duygusal, bilişsel ve motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtileri ölçmeye yarayan 21 maddeden oluşur. Her madde azdan çoğa doğru giden, 0-3 arası puanlanan 4 maddelik kendini değerlendirme ifadesinden oluşmaktadır. Toplam puan 0-63 arası değişmektedir. Kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puan ortalamaları cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyinden etkilenmemektedir (92,93). Ölçeğin bir örneği Ek 2’de sunulmuştur.

#### 3.1.1. Bilinçli Farkındalık Ölçeği – BİFÖ (Mindful Attention Awareness Scale - MAAS)

Araştırmada, katılımcıların farkındalık düzeyini ölçmek için geliştirilen Bilinçli Farkındalık Ölçeği kullanılmıştır. Brown ve Ryan tarafından 2003’te geliştirilen bu ölçek, anlık deneyimlerin farkında olma ve deneyimlere karşı dikkatli olma becerisine dair bireysel farklılıkları ölçmektedir. On beş maddeden oluşan bu ölçek, tek bir toplam puan vermektedir. Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin tek faktörlü bir yapı gösterdiği görülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları da, ölçeğin tek faktörlü yapı gösterdiğini doğrulamıştır (17).

Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ), 6’lı Likert Tipi (1=hemen hemen her zaman, 2=çoğu zaman, 3=bazen, 4=nadiren, 5=oldukça seyrek, 6=hemen hemen hiçbir zaman) bir ölçektir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalığın yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlık katsayısı  $\alpha=.82$  bulunmuştur. Ölçek dört hafta arayla aynı gruba uygulandığında, test-tekrar-test güvenilirliği  $r=.81$  bulunmuştur (17). Testin ölçüt geçerliği, Beş Büyük Kişilik Özelliği, Sürekli Duygu Durum Ölçeği, Bilinçli Farkındalık-Farkındasızlık Ölçeği, Özbilinç Ölçeği kullanılarak test edilmiş, anlamlı ilişkiler bulunmuştur (14). Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması, 2011 yılında, Zümra Özyeşil, Coşkun Arslan, Şahin Kesici ve



Engin Deniz tarafından yapılmıştır. Ölçek öncelikle çeviri konusunda uzman olan kişiler tarafından Türkçeye çevrilmiş, Psikolojik Danışma ve Rehberlik alanında uzman beş kişi tarafından da son düzeltmeler yapılmıştır. Ölçeğin dil eşdeğerliğini test etmek amacıyla iki öğrenci grubu kullanılmıştır. Birinci gruba ölçeğin orijinal formu, üç hafta sonra ise Türkçeye çevrilmiş formu uygulanmış; ikinci gruba ise önce ölçeğin Türkçeye çevrilmiş formu, üç hafta sonra da orijinal İngilizce formu uygulanmıştır ve iki uygulama arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyonlar bulunmuştur ( $r=.95$ ;  $r=.96$ ). Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için yapılan açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi çalışmaları, iç tutarlılık ve madde toplam korelasyonu analizi çalışmaları, Selçuk Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerle yürütülmüştür. Yapılan faktör analizi sonucunda 1'den büyük beş öz değer çıkmıştır. Beş öz değer açıkladığı toplam değişim 58.02'dir. Öz değer grafiğinde ilk ani değişiklik birinci faktörde ortaya çıkmıştır. Birinci faktörün öz değeri 4.24 (%28.33), ikinci faktörün 1.22 (%8.18), üçüncü faktörün 1.13 (%7.54), dördüncü faktörün 1.08 (%6.73) ve beşinci faktörün ise 1.01 (%6.16)'dir. Uyarlama çalışmasında yapılan uyum analizleri de ölçeğin yapısının tek faktörlü olduğunu doğrulamıştır (14). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğinin uygun olduğu bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı  $\alpha=.82$ . Ölçekten elde edilen madde toplam korelasyonları ise .43 ile .68 arasında değişmektedir. Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Selçuk Üniversitesi öğrencilerinden seçilen örneklem grubuna üç hafta arayla uygulanmış ve ölçeğin test-tekrar-test güvenilirliği  $r=.86$  bulunmuştur.

Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliğini hesaplamak için Öz Anlayış Ölçeği, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği, Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği kullanılmış ve aralarında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (14). Ölçeğin bir örneği Ek 3'de sunulmuştur.

### **3.1.2. Stresle Başa Çıkma Tarzlar Ölçeği- SBTÖ (Ways of Coping with Stress Inventory - WCSI)**

Araştırmada bireylerin stresle başa çıkmak için kullandıkları tarzı belirlemek için Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır. Ölçek, 1980 yılında Folkman ve Lazarus tarafından Başa Çıkma Yolları Envanteri olarak geliştirilmiş, 68 maddeden oluşan, 4'lü Likert Tipi bir ölçektir.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Şahin ve arkadaşları tarafından 1992 yılında yapılmıştır. Üniversite öğrencileri için kısaltılmış form olan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ise Şahin ve Durak tarafından, 1995 yılında, ölçekte kısaltma yapılarak hazırlanmıştır. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iki aşamada faktör analizine tabi tutulmuştur. Ana eksenler yöntemiyle yapılan ilk faktör analizi sonucunda 8 faktörlük bir yapı ortaya çıkmıştır. Ancak grafik yöntemler kullanarak maddeler 5 faktöre indirgenmiştir. Ölçeğin 30 maddelik son hali, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı olmak üzere 5 faktörden oluşmaktadır. Alt boyutlardan kendine güvenli yaklaşım, 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26 numaralı maddelerle; iyimser yaklaşım, 2, 4, 6, 12, 18 numaralı maddelerle; çaresiz yaklaşım, 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28 numaralı maddelerle; boyun eğici yaklaşım, 5, 13, 15, 17, 21, 24 numaralı maddelerle ve sosyal destek arama yaklaşımı, 1 (ters), 9 (ters), 29, 30 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Bu faktörler içerisindeki kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarından elde edilen puanlar arttıkça kişinin etkili, yani aktif başa çıkma stratejilerini kullandığı; kendini suçlayıcı ve boyun eğici yaklaşım puanları arttıkça da etkisiz, yani pasif başa çıkma stratejilerini kullandığı anlaşılmaktadır (94).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin yönergesinde bireylerden, onlar için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek kendilerine uygunluk derecesine göre maddeleri cevaplamaları istenmektedir. 4'lü Likert Tipi olan bu ölçekte maddeler, 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır (0=hiç uygun değil, 1=biraz uygun, 2=epey uygun, 3=tamamen uygun). Alt ölçek puanları, her bir alt ölçekten alınan puanların ilgili alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Bu durumda alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 0 ila 3 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması kişinin ilgili başa çıkma tarzını daha fazla kullandığı şeklinde yorumlanmaktadır (94).

Alt ölçeklere ilişkin iç tutarlık katsayıları, kendine güvenli yaklaşım için  $\alpha=.62$  ile  $.80$ , çaresiz yaklaşım için  $\alpha=.64$  ile  $.73$ , iyimser yaklaşım için  $\alpha=.49$  ile  $.68$ , boyun eğici yaklaşım için  $\alpha=.47$  ile  $.72$  ve sosyal destek arama yaklaşımı için  $\alpha=.45$  ile  $.47$  arasında değişmektedir (94). Ölçeğin bir örneği Ek 4'de sunulmuştur.

### 3.2. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde Mann-Whitney u test kullanıldı. Nitel bağımsız verilerin analizinde Ki-kare test, Ki-kare test koşulları sağlanmadığında Fischer Exact Test kullanıldı. Korelasyon analizinde Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.



## 4. BULGULAR

Anket çalışmamız için 250 Acil Tıp asistanı hedeflendi. Çalışmaya 207 Acil Tıp Asistanı dahil edildi. Kişilerin 159'u 24-30 yaş aralığında (%76.8), 44'ü 31-35 yaş aralığında (%21.3), 3'ü 36-40 yaş aralığında (%1.4), 1 kişi ise 40 yaş üzeri (%0.5) idi. 81 kadın (%39.1), 126 erkek (%60.9) bulunmaktaydı. Katılımcıların 84'ü evli (%40.6), 123'ü (%59.4) ise bekar idi. Katılımcıların 37'si (%17.9) çocuk sahibi iken, 170'i (%82.1) çocuk sahibi değildi. Katılımcıların 52'si (%25.1) asistanlığının 1-6. ayında, 19'u (%9.2) 7-12. ayında 43'ü (%20.8) 13-24. ayında, 42'si (%20.3) 25-36. ayında, 51'i (%24.6) 36. ayından sonrasındaydı. Katılımcıların 89'unun (%43.0) çalışma biçimi şift şeklinde iken, 118'inin (%57.0) çalışma biçimi 24 saat idi. Katılımcıların 172'si (%83.1) tıp doktorluğunu isteyerek seçmişken, 35'i (%16.9) tıp doktorluğunu istemeyerek seçmiştir. Katılımcıların 157'si (%75.8) acil tıp branşını isteyerek seçmişken, 50'si (%24.2) branşı istemeyerek seçmiştir. Katılımcıların 29'unun (%14.0) kronik bir hastalığı bulunurken, 178'inin (%86.0) kronik bir hastalığı bulunmamaktaydı. Katılımcıların 93'ü (%44.9) sigara kullanırken, 114'ü (%55.1) sigara kullanmıyordu. Katılımcıların 105'i (%50.7) alkol kullanırken, 102'si (%49.3) alkol kullanmıyordu. Katılımcıların 109'u (%52.7) çalışma koşullarını kolay, 12'si (%5.8) orta ve 86'sı (%41.5) zor olarak değerlendirmekteydi. Katılımcıların 20'sinin (%9.7) psikiyatrik bir hastalığı bulunurken, 187'sinin (%90.3) bulunmamaktaydı. Katılımcıların 16'sı (%7.7) antidepresan ilaç kullanırken, 191'i (%92.3) kullanmamaktaydı. Katılımcıların 21'inin (%10.1) gelir seviyesi düşük, 28'inin (%13.5) orta, 158'inin (%76.8) yüksek idi. Katılımcılardan 75 kişi (%36.2) düzenli spor yapmaktaydı. 159'unun (%76.8) ilgilendiği hobileri var iken, 69'u (%33.3) hobilerine vakit ayırabilmekteydi (Tablo 1).

Beck Depresyon Ölçeği kesme puanına göre katılımcıların 124'ünde (%59.9) tedavi gerektirir depresyon ( $BDÖ \geq 17$ ) mevcut iken, 83'ünde (%40.1) tedavi gerektirir depresyon bulunmadı. Katılımcılara uygulanan Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin medyan değeri 47.0 (min.15-max.79) idi. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçeklerinden Kendine Güvenli Yaklaşım skorunun medyan değeri 1.3 (min.0.0-max.3.0), İyimser Yaklaşım skorunun medyan değeri 1.2 (min.0.0-max.3.0), Çaresiz Yaklaşım skorunun medyan değeri 0.3(min.-1.3-max.1.5) Boyun Eğici

Yaklaşım skorunun medyan değeri 1.2 (min.0.3-max.2.3), Sosyal Destek Arayıcı Yaklaşım skorunun medyan değeri 0.7 (min.-0.2-max.1.6) idi (Tablo 2).

**Tablo 1.** Katılımcılara ait sosyodemografik ve klinik özellikler

		n	%
Yaş	24-30	159	%76,8
	31-35	44	%21,3
	36-40	3	%1,4
	> 40	1	%0,5
Cinsiyet	Kadın	81	%39,1
	Erkek	126	%60,9
Medeni Durum	Evli	84	%40,6
	Bekar	123	%59,4
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	37	%17,9
	Yok	170	%82,1
Asistanlık süresi	1-6 Ay	52	%25,1
	7-12 Ay	19	%9,2
	13-24 Ay	43	%20,8
	25-36 Ay	42	%20,3
	36 Aydan Fazla	51	%24,6
Çalışma Şekli	Şift	89	%43,0
	24 Saat	118	%57,0
Tıp Doktorluğunu İstemiş	(+)	172	%83,1
	(-)	35	%16,9
Branşı İsteyerek Yazmış	(+)	157	%75,8
	(-)	50	%24,2
Kronik Hastalık	(+)	29	%14,0
	(-)	178	%86,0
Sigara Kullanımı	(+)	93	%44,9
	(-)	114	%55,1
Alkol Kullanımı	(+)	105	%50,7
	(-)	102	%49,3
Çalışma Koşulları	Kolay	109	%52,7
	Orta	12	%5,8
	Zor	86	%41,5
Psikiyatrik Hastalık	(+)	20	%9,7
	(-)	187	%90,3
Antidepresan Kullanımı	(+)	16	%7,7
	(-)	191	%92,3
Gelir Seviyesi	Düşük	21	%10,1
	Orta	28	%13,5
	Yüksek	158	%76,3
Spor		75	%36,2
Hobi		159	%76,8
Hobilere Vakit Ayırma		69	%33,3

**Tablo 2.** Uygulanan klinik ölçek skorları medyan değerleri

	Min-Max	Medyan	Ort.±s.s./n	-%
Depresyon (+)			124	%59,9
Depresyon (-)			83	%40,1
Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanı	15,0 - 79,0	47,0	48,0 ± 14,7	
Kendine Güvenli Yaklaşım	0,0 - 3,0	1,3	1,3 ± 0,5	
İyimser Yaklaşım	0,0 - 3,0	1,2	1,1 ± 0,6	
Çaresiz Yaklaşım	-1,3 - 1,5	0,3	0,2 ± 0,5	
Boyun Eğici Yaklaşım	0,3 - 2,3	1,2	1,2 ± 0,4	
Sosyal Destek Arayıcı Yaklaşım	-0,2 - 1,6	0,7	0,7 ± 0,3	

Depresyon olan ve olmayan grupta hastaların yaşı anlamlı ( $p = 0.053$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan ve olmayan grupta cinsiyet dağılımı anlamlı ( $p = 0.464$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan ve olmayan grupta medeni durum dağılımı anlamlı ( $p = 0,439$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan ve olmayan grupta çocuk sahibi olma durumu anlamlı ( $p = 0,667$ ) farklılık göstermemiştir. (Tablo 3)

**Tablo 3.** Depresyon ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu arasındaki ilişki

		Depresyon Yok		Depresyon Var		P
		n	%	n	%	
Yaş	24-30	101	%81,5	58	%69,9	0,053 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	31-35	21	%16,9	23	%27,7	
	36-40	2	%1,6	1	%1,2	
	> 40	0	%0,0	1	%1,2	
Cinsiyet	Kadın	46	%37,1	35	%42,2	0,464 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Erkek	78	%62,9	48	%57,8	
Medeni Durum	Evli	53	%42,7	31	%37,3	0,439 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Bekar	71	%57,3	52	%62,7	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	21	%16,9	16	%19,3	0,667 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Yok	103	%83,1	67	%80,7	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test (Fisher's Exact)

Depresyon olan grupta asistanlık süresi depresyon olmayan gruptan anlamlı ( $p = 0.016$ ) olarak daha yüksekti. Depresyon olan ve olmayan grupta çalışma şekli dağılımı anlamlı ( $p = 0.629$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan grupta tıp doktorluğunu isteme oranı depresyon olmayan gruptan anlamlı ( $p = 0.008$ ) olarak daha

düşüktü. Depresyon olan grupta branşı isteme oranı depresyon olmayan gruptan anlamlı ( $p = 0.001$ ) olarak daha düşüktü. (Tablo 4)

**Tablo 4.** Depresyon ile asistanlık süresi, çalışma şekli, tıp doktorluğunu ve branşını isteyerek yazma durumu arasındaki ilişki

		Depresyon Yok		Depresyon Var		P
		n	%	n	%	
Asistanlık süresi	1-6 Ay	26	%21,0	26	%31,3	<b>0,016</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	7-12 Ay	12	%9,7	7	%8,4	
	13-24 Ay	33	%26,6	10	%12,0	
	25-36 Ay	29	%23,4	13	%15,7	
	36 Aydan Fazla	24	%19,4	27	%32,5	
Çalışma Şekli	Şift	55	%44,4	34	%41,0	0,629 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	24 Saat	69	%55,6	49	%59,0	
Tıp Doktorluğunu İstemiş	(+)	110	%88,7	62	%74,7	<b>0,008</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	14	%11,3	21	%25,3	
Branşı İsteyerek Yazmış	(+)	104	%83,9	53	%63,9	<b>0,001</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	20	%16,1	30	%36,1	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test (Fisher's Exact)

Depresyon olan grupta kronik hastalık oranı depresyon olmayan gruptan anlamlı ( $p = 0.009$ ) olarak daha yüksekti. Depresyon olan ve olmayan grupta sigara kullanım oranı anlamlı ( $p = 0.290$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan ve olmayan grupta alkol kullanım oranı anlamlı ( $p = 0.094$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan ve olmayan grupta çalışma koşul dağılımı oranı anlamlı ( $p = 0.062$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan grupta psikiyatrik hastalık oranı depresyon olmayan gruptan anlamlı ( $p = 0.004$ ) olarak daha yüksekti. Depresyon olan ve olmayan grupta antidepresan kullanım oranı anlamlı ( $p = 0.170$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan grupta gelir seviyesi depresyon olmayan gruptan anlamlı ( $p = 0.047$ ) olarak daha düşüktü. Depresyon olan ve olmayan grupta spor yapma oranı anlamlı ( $p = 0.134$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan ve olmayan grupta hobisi olma oranı anlamlı ( $p = 0.053$ ) farklılık göstermemiştir. Depresyon olan grupta hobilere vakit ayırma oranı depresyon olmayan gruptan anlamlı ( $p = 0.001$ ) olarak daha düşüktü. (Tablo 5)

**Tablo 5.** Depresyon ve diğer sosyodemografik verilerin ve klinik özelliklerin ilişkisi

		Depresyon Yok		Depresyon Var		p
		n	%	n	%	
Kronik Hastalık	(+)	11	%8,9	18	%21,7	<b>0,009</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	113	%91,1	65	%78,3	
Sigara Kullanımı	(+)	52	%41,9	41	%49,4	0,290 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	72	%58,1	42	%50,6	
Alkol Kullanımı	(+)	57	%46,0	48	%57,8	0,094 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	67	%54,0	35	%42,2	
Çalışma Koşulları	Kolay	57	%46,0	52	%62,7	0,062 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Orta	8	%6,5	4	%4,8	
	Zor	59	%47,6	27	%32,5	
Psikiyatrik Hastalık	(+)	6	%4,8	14	%16,9	<b>0,004</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	118	%95,2	69	%83,1	
Antidepresan Kullanımı	(+)	7	%5,6	9	%10,8	0,170 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	117	%94,4	74	%89,2	
Gelir Seviyesi	Düşük	10	%8,1	11	%13,3	<b>0,047</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	Orta	12	%9,7	16	%19,3	
	Yüksek	102	%82,3	56	%67,5	
Spor	(+)	50	%40,3	25	%30,1	0,134 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	74	%59,7	58	%69,9	
Hobi	(+)	101	%81,5	58	%69,9	0,053 <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	23	%18,5	25	%30,1	
Hobilere Vakit Ayırma	(+)	52	%41,9	17	%20,5	<b>0,001</b> <sup>X<sup>2</sup></sup>
	(-)	72	%58,1	66	%79,5	

<sup>X<sup>2</sup></sup> Ki-kare test (Fisher's Exact)

Depresyonu olan grupta Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanı depresyonu olmayan gruptan anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha düşüktü. Depresyonu olan grupta Kendine Güvenli Yaklaşım puanı, Çaresiz Yaklaşım, Boyun Eğici Yaklaşım puanı depresyonu olmayan gruptan anlamlı ( $p < 0.05$ ) olarak daha yüksekti. Depresyonu olan ve olmayan grupta İyimser Yaklaşım ( $p=0.241$ ), Sosyal Destek Arayıcı Yaklaşım puanı ( $p = 0.063$ ) anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 6)



**Tablo 6.** Depresyon ile BİFÖ ve SBTÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Depresyon Yok		Depresyon Var		p
	Ort.±s.s.	Medyan	Ort.±s.s.	Medyan	
Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanı	55,2 ± 12,0	56,0	37,3 ± 11,4	36,0	<b>0,000</b> <sup>m</sup>
Kendine Güvenli Yaklaşım	1,1 ± 0,5	1,1	1,5 ± 0,6	1,5	<b>0,000</b> <sup>m</sup>
İyimser Yaklaşım	1,1 ± 0,5	1,0	1,2 ± 0,6	1,2	0,241 <sup>m</sup>
Çaresiz Yaklaşım	0,3 ± 0,6	0,3	0,0 ± 0,5	0,0	<b>0,000</b> <sup>m</sup>
Boyun Eğici Yaklaşım	1,3 ± 0,4	1,4	1,0 ± 0,4	1,0	<b>0,000</b> <sup>m</sup>
Sosyal Destek Arayıcı Yaklaşım	0,7 ± 0,3	0,8	0,6 ± 0,4	0,6	0,063 <sup>m</sup>

<sup>m</sup>Mann-whitney u test

Bilinçli farkındalık ölçeği puanı ile kendine güvenli yaklaşım skoru arasında anlamlı ( $p=0.001$ ) negatif korelasyon gözlenmiştir. Bilinçli farkındalık ölçeği puanı ile iyimser yaklaşım skoru arasında anlamlı ( $p=0.118$ ) korelasyon gözlenmemiştir. Bilinçli farkındalık ölçeği puanı ile çaresiz yaklaşım skoru arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir. Bilinçli farkındalık ölçeği puanı ile boyun eğici yaklaşım skoru arasında anlamlı ( $p<0.05$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir. Bilinçli farkındalık ölçeği puanı ile sosyal destek arayıcı yaklaşım skoru arasında anlamlı ( $p=0.033$ ) pozitif korelasyon gözlenmiştir.(Tablo 7)

**Tablo 7.** BİFÖ puanı ile SBTÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanı	
	r	p
Kendine Güvenli Yaklaşım	-0,222	<b>0,001</b>
İyimser Yaklaşım	-0,109	0,118
Çaresiz Yaklaşım	0,308	<b>0,000</b>
Boyun Eğici Yaklaşım	0,455	<b>0,000</b>
Sosyal Destek Arayıcı Yaklaşım	0,148	<b>0,033</b>

Spearman Korelasyon

## 5. TARTIŞMA

Acil serviste çalışan hekimler, ortamın yoğunluğu, uzun çalışma saatleri ve shift şeklinde çalışma programları, tıbbi yaklaşım ve tedavinin doğru ve hızlı şekilde yürütülmesinin zorunluluğu, hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma riskinin fazla olması nedeniyle sürekli stres altında bulunmaktadır. Bu nedenle de mesleki heyecanın ve doyumun yitirilmesi bir süre sonra kaçınılmaz olmaktadır. Çalışma ortamındaki bu stres beraberinde sosyal ve aile ilişkilerini de olumsuz etkilemekte ve acil tıp hekimleri ve uzmanlık öğrencilerinde depresyon önde gelmek üzere birçok psikiyatrik bozukluk görülebilmektedir. Bu durumun önüne geçebilmek, hekimlerin mesleki tatminini ve işlevselliğini artırabilmek için çalışma şartlarının gözden geçirilmesi, stresle başa çıkma becerilerinin artırılması ve depresyonun önlenmesine yönelik adımların atılması gerekmektedir (95,96).

Bilinçli farkındalık depresyon ve stresle başa çıkma ile ilişkilendirilen ve son zamanlarda popüleritesi gittikçe artan bir kavramdır. Literatürde üniversite öğrencilerinde ve farklı meslek gruplarında yapılan çalışmalar incelendiğinde bilinçli farkındalık temelli uygulamalar ( bilinçli farkındalık temelli eğitim, stres azaltma programı ve kognitif terapiler) sonucunda kişilerde stres yönetiminde olumlu etkilerin görüldüğü, mesleki doyumun arttığı ve depresif belirtilerin azaldığı gözlenmektedir (7-11). Literatürde acil tıp hekimlerinde ve uzmanlık öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyini ve bilinçli farkındalık ile depresyon ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (12,13). Ülkemizde ise bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmadaki amacımız acil tıp asistanlarında bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Depresyon ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasındaki ilişkiye baktığımızda; depresyon sıklıkla orta erişkinlikte görülmektedir. Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı genellikle 20 ila 50 yaş arasındadır (83). Ancak yapılan çalışmalarda depresyon başlangıç ve görülme yaşının gittikçe düştüğü gözlenmektedir (97). Bizim çalışmamızda depresyonu olan ve olmayan grupta katılımcıların yaşı anlamlı farklılık göstermemiştir. Bunun nedeninin katılımcıların %99.5'inin 40 yaş

altında olması ve orta-ileri yaş grupları ile kıyaslama yapılamaması olabileceğini düşünmekteyiz. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde depresyonun kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre 2 kat daha fazladır (70). Biz çalışmamızda cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir farklılık gözlemedik. Çalışmamıza dahil edilen kadınların sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel seviyesinin topluma kıyasla daha yüksek olmasının bu sonuç üzerinde etkili olabileceği kanaatindeyiz. Literatüre göre; evli olmak erkeklerde depresyona karşı koruyucu bir faktör kabul edilirken, kadınlarda evli ve çocuklu olmak depresyon açısından bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (83,98). Bizim çalışmamızda depresyonu olan ve olmayan grupta medeni durum dağılımı ve çocuk sahibi olma durumu anlamlı farklılık göstermemiştir. Asistanlık süresi ile depresyon ilişkisine bakıldığında bazı çalışmalarda uzmanlık eğitiminin ilk yılında kıdemli asistanlara göre depresyon daha fazla görülmekteyken (99,100), bizim çalışmamızda depresyon olan grupta asistanlık süresi depresyon olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti. Bunun nedeninin yıllar geçtikçe yıpranma ve tükenmişlik düzeyinin artış göstermesi olabileceği kanaatindeyiz (96,97). Çalışmamızda depresyon ile çalışma şekli (shift-24 saat) arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Çalışmamızda tıp fakültesini ve acil tıp branşını isteyerek seçenlerde, rastgele seçim yapanlara göre depresyon oranları anlamlı olarak daha düşüktü ve bu sonuç literatür ile uyumluydu (101-103). Kronik hastalık ve depresyon ilişkisine bakıldığında literatür ile uyumlu olarak bizim çalışmamızda da kronik hastalık oranı depresyonu olan grupta anlamlı olarak daha yüksek saptandı. (104,105). Depresyon olan grupta psikiyatrik hastalık oranı depresyon olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ve literatür ile uyumlu idi (106). Çalışmamızda depresyon olan ve olmayan grupta ile sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklılık gözlenmedi. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmaların birçoğunda depresyon ile düşük sosyoekonomik düzey arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (107). Bizim çalışmamızda da depresyon olan grupta gelir seviyesi depresyon olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşüktü ve literatür ile uyumlu idi. İlgi ve zevk kaybı en önde gelen depresif semptomlardan biridir ve depresyonu olan kişilerde eskiden ilgilendiği aktivite ve hobilerden uzaklaşma ve sosyal izolasyon sıklıkla görülmektedir (83). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak, depresyonu olan grupta hobilerine vakit ayırma oranının depresyon olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı.

Depresyonda kişinin kendisiyle ilgili farkındalığı azalmış, hatta kaybolmuştur. Kişi hayata siyah bir pencereden bakıyor gibidir, kendisini, çevresini ve hayatı bu perspektiften değerlendirmektedir. Bilinçli farkındalık kişinin hislerinin, düşüncelerinin, içsel ve dışsal uyaran ve deneyimlerinin farkında olması halidir. Zihin bir şeyin üzerinde durmayı ya da ondan uzaklaşmayı hedeflemez, sadece gözlemler, yargılamaz ve olduğu gibi kabul eder. Bu da kişinin daha alıcı, uyanık, huzurlu ve mutlu olmasını sağlamaktadır. Bu nedenle son zamanlarda bilinçli farkındalık ve depresyon ilişkisini inceleyen pek çok çalışma yapılmaktadır (108). Yapılan çalışmalar sıklıkla kronik hastalığı olan bireyler ( özellikle kanser hastaları), stres yükü ağır olan meslek grupları ( özellikle öğretmen ve sağlık çalışanları) ve öğrenciler arasındadır ve bu çalışmaların önemli bir kısmında bilinçli farkındalık düzeyi ile depresyon arasında zıt bir ilişkinin mevcut olduğu, bilinçli farkındalık temelli müdahaleler sonucunda depresif belirtilerin azaldığı görülmektedir (109-117). Bu nedenle bazı ülkelerde tıp fakültelerinde bilinçli farkındalık temelli eğitimler müfredatta yer edinmeye başlamıştır (118). Yine başka bir çalışmada acil tıp uzmanlık öğrencilerine 4 haftalık mindfulness temelli eğitim programı uygulanmıştır ve öğrencilerin davranış ve tutumlarında belirgin olumlu etki gözlenmiştir (119). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak depresyonu olan grupta Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanı depresyonu olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşüktü. Bu sonuçlar neticesinde bilinçli farkındalık düzeyindeki artışın, depresyonu azaltan bir faktör olabileceğini düşünmekteyiz.

Acil tıp çalışanlarında üzerinde durulması gereken diğer bir konu ise stres yönetimi ve stresle başa çıkabilme becerileridir. Literatür incelendiğinde depresif bireylerde daha çok duygusal ve pasif başa çıkma tarzlarının kullanıldığı görülmektedir (94). Çalışmamızda stresle başa çıkma tarzlarını incelemek için SBTÖ kullanılmıştır. Bu ölçeğe göre başa çıkma tarzları aktif ve pasif başa çıkma olarak iki ana başlıkta ele alınmaktadır. Buna göre, ölçeğin alt boyutlarından ‘Kendine Güvenli Yaklaşım’, ‘İyimser Yaklaşım’ ve ‘Sosyal Destek Arama Yaklaşımı’ stresle başa çıkma açısından aktif yöntemler, ‘Çaresiz Yaklaşım’ ve ‘Boyun Eğici Yaklaşım’ ise pasif yöntemler olarak değerlendirilmektedir (56,94). Depresyon ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında; bizim çalışmamızda depresyonu olan grupta pasif başa çıkma tarzları olan Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçek

puanları depresyonu olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti ve literatür ile uyumlu idi. Bu sonuca göre pasif başa çıkma tarzlarını kullanan bireylerde depresyon görülme riskinin daha fazla olabileceğini düşünmekteyiz. Aktif başa çıkma tarzları ile depresyon arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Stresle başa çıkma ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiye bakıldığında ise; yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık düzeyi, stresle başa çıkma tarzlarından olan kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı ile pozitif yönde ilişkili; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (47, 22). Yine birçok çalışmada bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı (MBSR), bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi (MBCT), diyalektik davranış terapisi (DBT) gibi bilinçli farkındalık temelli uygulamaların stres ve stres faktörleri ile başa çıkmada olumlu etkileri gösterilmiştir (37-48). Bizim çalışmamızda BİFÖ puanı ile aktif başa çıkma tarzları içerisinde olan sosyal destek arama alt ölçek skoru arasında literatürle uyumlu olarak anlamlı pozitif ilişki gözlenmiştir. Diğer aktif başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşım alt ölçek skoru arasında anlamlı ilişki gözlenmemişken, kendine güvenli yaklaşım alt ölçek skoru arasında ise beklenenin aksine negatif bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Bunun nedeninin SBTÖ'nin kendi bildirim ölçeği olması ve acil servis şartlarında katılımcılar tarafından hızlıca ve zaman zaman özensiz doldurulması olabileceğini düşünmekteyiz.

Literatüre bakıldığında acil tıp hekimlerinde ve uzmanlık öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyini ve bilinçli farkındalık ile depresyon ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (12,13). Ülkemizde ise bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Elde ettiğimiz sonuçlara göre; bilinçli farkındalık düzeyinin artırılmasına yönelik çalışmaların acil tıp asistanlarında aktif stresle başa çıkma becerilerini olumlu yönde etkileyeceği ve depresif belirtileri azaltacağı görülmektedir. Ancak bu bulgumuzu konfirme edecek daha büyük örneklem gruplu ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır

## 6. SONUÇLAR

1. Beck Depresyon Ölçeği kesme puanına göre katılımcıların 124'ünde (%59.1) tedavi gerektirir depresyon ( $BDÖ \geq 17$ ) mevcut iken, 83'ünde (%40.1) tedavi gerektirir depresyon saptanmadı.
2. Tıp fakültesini isteyerek seçenlerde, rastgele seçim yapanlara göre depresyon oranları anlamlı olarak daha düşüktü.
3. Acil tıp branşını isteyerek seçenlerde, rastgele seçim yapanlara göre depresyon oranları anlamlı olarak daha düşüktü.
4. Kronik hastalık oranı depresyonu olan grupta anlamlı olarak daha yüksekti.
5. Depresyon olan grupta psikiyatrik hastalık oranı depresyon olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti.
6. Depresyon olan grupta gelir seviyesi depresyon olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşüktü.
7. Depresyonu olan grupta hobilerine vakit ayırma oranı depresyon olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşüktü.
8. Depresyonu olan grupta Bilinçli Farkındalık Ölçeği Puanı depresyonu olmayan gruptan anlamlı olarak daha düşüktü.
9. Depresyonu olan grupta pasif başa çıkma tarzları olan Çaresiz Yaklaşım ve Boyun Eğici Yaklaşım alt ölçek puanları depresyonu olmayan gruptan anlamlı olarak daha yüksekti.
10. BİFÖ puanı ile aktif başa çıkma tarzları içerisinde olan sosyal destek arama alt ölçek skoru arasında literatürle uyumlu olarak anlamlı pozitif ilişki mevcuttu.

## 7. KAYNAKLAR

1. Deniz Pak M, Özcan E, Çoban A. Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyi Ve Psikolojik Dayanıklılığı. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017; 10 (52): 628-44.
2. Çevik A, Holliman J, Yanturalı S. Acil Servis Hekimleri Ve Burn Out Sendromu. Ulusal Travma Dergisi (Turkish Journal Of Trauma&Emergency Surgery). 2003;2:85-9.
3. Houry D, Shockley LW, Markovchick V. Wellness Issues And The Emergency Medicine Resident. Annals Of Emergency Medicine. 2000;35:4.
4. Keller KL, Koenig WJ. Management Of Stress And Prevention Of Burnout In Emergency Physicians. Annals Of Emergency Medicine. 1989;18(1):42-7.
5. Demir V. Bilinçli Farkındalık Temelli Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon Ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi, 2014.
6. Chiesa A, & Serretti, A. Mindfulness-Based Stress Reduction For Stress Management In Healthy People: A Review And Meta-Analysis. The Journal Of Alternative And Complementary Medicine. 2009;15(5), 593-600.
7. Todd C, Cooksey R, Davies H, Mcrobbie C, Brophy S. Mixed-Methods Evaluation Comparing The Impact Of Two Different Mindfulness Approaches On Stress, Anxiety And Depression In School Teachers. BMJ Open. 2019;4:9(7).
8. Ghawadra SF, Abdullah KL, Choo WY, Phang CK. Mindfulness-Based Stress Reduction For Psychological Distress Among Nurses: A Systematic Review. J Clin Nurs. 2019(7):3.
9. Di Giuseppe M, Ciacchini R, Piarulli A, Nepa G, Conversano C. Mindfulness Dispositions And Defense Style As Positive Responses To Psychological Distress In Oncology Professionals. Eur J Oncol Nurs. 2019;40:104-110.
10. Pontin EE, Hanna J, Senior A. Piloting A Mindfulness-Based Intervention To Veterinary Students: Learning And Recommendations. J Vet Med Educ. 2019;13:1-6.
11. Lebares CC, Guvva EV, Olaru M, Sugrue LP, Staffaroni AM, Delucchi KL, Kramer JH, Ascher NL, Harris HW. Efficacy Of Mindfulness-Based Cognitive Training In Surgery: Additional Analysis Of The Mindful Surgeon Pilot Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2019;3:2(5).
12. Braganza S, Young J, Sweeny A, Brazil V. Oneed: Embedding A Mindfulness-Based Wellness Programme Into An Emergency Department. Emerg Med Australas. 2018;30(5):678-686.

13. Chung AS, Felber R, Han E, Mathew T, Rebillot K, Likourezos A. A Targeted Mindfulness Curriculum For Medical Students During Their Emergency Medicine Clerkship Experience. *West J Emerg Med.* 2018;19(4):762-766.
14. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici, Ş, Deniz ME. Bilinçli Farkındalık Ölçeğini Türkçe 'ye Uyarlama Çalışması. *Eğitim Ve Bilim.* 2011;36(160).
15. Demir V. Bilinçli Farkındalık Temelli Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon Ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi, 2014.
16. Kabat-Zinn, J. Indra's Net At Work: The Mainstreaming Of Dharma Practice İn Society. In G. Watson & S. Batchelor (Eds.), *The Psychology Of Awakening: Buddhism, Science, And Our Day-To-Day Lives* North Beach, ME: Weiser. 2000;225-249.
17. Brown KM, Ryan RM. The Benefits Of Being Present: Mindfulness And İts Role İn Psychological Well-Being. *Journal Of Personality And Social Psychology,* 2003;84(4),822-848.
18. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Segal ZV, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science And Practice.*2004;11: 230-241.
19. Hayes AM, Feldman G. Clarifying The Construct Of Mindfulness İn The Context Of Emotion Regulation And The Process Of Change İn Therapy. *Clinical Psychology Science And Practice,* 2004;11: 255-262.
20. Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. *Mindfulness And Psychotherapy.* (1.Basım).New York: Guilford. 2005.
21. Hanh TN. *The Miracle Of Mindfulness: An İntroduction To The Practice Of Meditation.* Boston: Beacon Press.1987.
22. Ülev E. Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Stresle Başa Çıkma Tarzının Depresyon, Kaygı Ve Stres Belirtileriyle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, 2014.
23. Brown KM, Ryan RM, Creswell CD. Mindfulness: Theoretical Foundations And Evidence For İts Salutary Effects. *Psychological Inquiry,*2007 18(4), 211-237.
24. Gilbert P, Tirch D. *Handbook Of Experimental Pharmacology,* 1980;53(6), 99- 110.
25. Germer C. What İs Mindfulness? *Insight Journal,* 2004;22, 24- 29.
26. Weinstein N, Brown KW, Ryan, RM. A Multi-Method Examination Of The Effects Of Mindfulness On Stres Attribution, Coping, And Emotional Well-Being. *Journal Of Research İn Personality,* 2009;43, 374-385.



27. Flugel-Colle KF, Vincent A, Cha SS, Laura LL, Bauer BA, Wahner-Roedler DL. Measurement Of Quality Of Life And Participant Experience With The Mindfulnessbased Stres Reduction Program. *Complementary Therapies In Clinical Practice*. 2009.
28. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness And Emotion Regulation Difficulties In Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Evidence For Independent And Overlapping Contributions. *Behavior Therapy*. 2008;40, 142-154.
29. Lykins Emily LB, Baer Ruth A. Psychological Functioning In A Sample Of Longterm Practitioners Of Mindfulness Meditation: *Journal Of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2009;23, 226-241.
30. Falkenström, F. Studying Mindfulness In Experienced Meditators: A Quasi-Experimental Approach. *Personality And Individual Differences*, 2010;48, 305-310.
31. Burgstahler MS, Stenson MC. Effects Of Guided Mindfulness Meditation On Anxiety And Stress In A Pre-Healthcare College Student Population: A Pilot Study. *J Am Coll Health*. 2019;2:1-7
32. Soysal AŞ, Bodur Ş, Hızlı FG. Şimdi Ve Burada Terapisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005;6:268-27.
33. Semple RJ. Does Mindfulness Meditation Enhance Attention? A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 2010;1(2), 121-130.
34. Çatak PD, Ögel K. Farkındalık Temelli Terapiler Ve Terapötik Süreçler. *Klinik Psikiyatri* 2010;13:85-91.
35. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions In Context: Past, Present, And Future. *Clin Psychol Sci Pract*, 2003;10(2):144-156.
36. Christensen A, Jacobson NS. *Reconcilable Differences*. New York: Guilford Press. 2000.
37. Carmody J, Baer RA, Lykins ELB Et Al. An Empirical Study Of The Mechanisms Of Mindfulness In A Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *J Clin Psychol* 2009.
38. Barnes S, Brown KW, Krusemark E, Campbell WK, Rogge RD. The Role Of Mindfulness In Romantic Relationship Satisfaction And Responses To Relationship Stress. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 2007;33(4), 482-500.
39. Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three- Years Follow Up And Clinical Implications Of A Mindfulness Meditation- Based Stress Reduction In The Treatment Of Anxiety Disorders. *General Hospital Psychiatry*, 1995;17(3), 192- 200.

40. Carlson LE, Ursuliak Z, Goodey E, Angen M, Specia M. The Effects Of A Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program On Mood And Symptoms Of Stress In Cancer Outpatients: 6-Month Follow-Up. *Supportive Care In Cancer*, 2001;9(2), 112- 123.
41. Carmody J, Baer RA. Relationships Between Mindfulness Practice And Levels Of Mindfulness, Medical And Psychological Symptoms And Well-Being In A Mindfulnessbased Stress Reduction Program. *Journal Of Behavioral Medicine*, 2008;31(1), 23-33.
42. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The Effects Of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy On Mental Health Of Adults With A Chronic Medical Disease: A Meta-Analysis. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2010;68(6), 539-544.
43. Colle KFF, Vincent A, Cha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Ve Wahner-Roedler, D. L. Measurement Of Quality Of Life And Participant Experience With The Mindfulnessbased Stress Reduction Program. *Complementary Therapies In Clinical Practice*, 2010;16(1), 36-40.
44. Carlson LE, Brown KW. Validation Of The Mindful Attention Awareness Scale In A Cancer Population. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2005;58(1), 29-32
45. Palme A, Rodger S. Mindfulness, Stres And Coping Among University Students. *Canadian Journal Of Counselling*, 2009;43(3), 198- 212.
46. Vujanovic AA, Youngwirth NE, Johnson KA, Zvolensky MJ. Mindfulnessbased Acceptance And Posttraumatic Stress Symptoms Among Trauma-Exposed Adults Without Axis I Psychopathology. *Journal Of Anxiety Disorders*, 2009;23(2), 297-303.
47. Weinstein N, Brown KW, Ryan RM. A Multi-Method Examination Of The Effects Of Mindfulness On Stress Attribution, Coping, And Emotional Well-Being. *Journal Of Research In Personality*, 2009;43(3), 374-385.
48. Cash M, Whittingham K. What Facets Of Mindfulness Contribute To Psychological Well-Being And Depressive, Anxious, And Stress-Related Symptomatology? *Mindfulness*, 2010;1(3), 177-182.
49. Felder J, Dimidjian S, Beck A, Boggs JM, Segal Z. Mindful Mood Balance: A Case Report Of Web-Based Treatment Of Residual Depressive Symptoms. *Perm J*. 2014;18(4):58-62.
50. Teasdale JD, Segal ZV, Williams MG, Ridgeway VA, Soulsby, JM., Lau MA. Prevention Of Relapse/Recurrence In Major Depression By Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 2000;68(4), 615–623.
51. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy For Depression: Replication And Exploration Of Differential Relapse Prevention Effects. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(1):31-40.

52. Bondolfi G, Jermann F, Der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, Myers-Arrazola L, Gonzalez C, Segal Z, Aubry JM, Bertschy G. Depression Relapse Prophylaxis With Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication And Extension In The Swiss Health Care System. *J Affect Disord.* 2010;122(3):224-31.
53. Steinberg A, Ritzmann RAA. Living System Approach To Understanding The Concept Of Stress. *Behaviral Science.* 1990;35(2), 138-146.
54. Selye H. The Evolution Of The Stress Concept: The Originator Of The Concept Traces Its Development From The Discovery In 1936 Of The Alarm Reaction To Modern Therapeutic Applications Of Syntoxic And Catatoxic Hormones. *American Scientist.* 1973;61(6), 692-699.
55. Erkuş A. Psikolojik Terimler Sözlüğü. Doruk Yayınları, Ankara.1994.
56. Lazarus RS, Folkman S. Stres, Appraisal, And Coping. New York: Springer.1984.
57. Özakkaş T. Bütüncül Psikoterapi. İstanbul: Litera Yayıncılık. 2004.
58. Görgülü B. Streste Zihnin Rolü Ve Şemalarımız. 2008.
59. Uçar F. Streste Zihnin Rolü Ve Strese Bağlı Zihinsel/Ruhsal Hastalıklar. *Türk Psikoloji Bülteni* 2004;S(34-35).
60. Sahin NH. Stresle Basa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.1998.
61. Beck JS. Bilişsel Terapi: Temel İlkeler Ve Ötesi (Çev. N. Hisli Şahin, Çev. Ed. F. Balkaya Ve A. İlden Koçkar). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.2001.
62. Çakar FS. Otomatik Düşüncelerin Umutsuzluk Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Benlik Saygısının Aracılık Rolü, Kuram Ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi. 2014.
63. Beck JS. Cognitive Therapy For Challenging Problems: What To Do When The Basics Don't Work. New York: Guilford. 2005.
64. Özdel K, Taymur I, Guriz SO. Measuring Cognitive Errors Using The Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric Properties In Clinical And Non-Clinical Samples. *Plos ONE.* 2014;9:8.
65. Türkçapar H, Bilişsel Terapi: Temel İlkeler Ve Uygulama, 3. Baskı, Ankara. HYB Yayıncılık 2008.
66. Köroğlu E. Düşünsel Duygulanımcı Davranış Terapisi. Ankara: HYB Yayınları 2011.
67. Uçman P. Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma Ve Psikolojik Rahatsızlıklar.*Türk Psikoloji Bülteni* 1990;S(24).

68. Gençöz F. Uyum Psikolojisi. Kriz Dergisi, 1998;6(2), 1-7.
69. Corey G. Theory And Practice Of Counseling And Psychotherapy (Third Edition). Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.1990.
70. Yalom İ. Varoluşçu Psikoterapi. Kabalıcı Yayınevi: İstanbul.2001.
71. Farley T, Galves A, Dickinson M, Perez MJD. Stres, Coping, And Health: A Comparison Of Mexican İmmigrants, Mexican- Americans, And Non- Hispanic Whites. Journal Of Immigrant Health. 2005;7(3), 213-219.
72. Stresle Başa Çıkma Yolları. Prof. Dr. Mine Özmen – Dr. Barış Önen, Medikal Açıdan Stres Ve Çareleri Sempozyum Dizisi. 2005;47:171-180
73. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics Of A Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, And Encounter, Outcomes. Journal Of Personality And Social Psychology, 1986;50(5), 992-1003.
74. Folkman S, Lazarus S, Gruen RJ, De Longis A. Appraisal, Coping, Health Status And Psychological Symptoms. Journal Of Personality And Social Psychology, 1986;50(3), 571-579.
75. Lane AM, Jones L, Stevens MJ. Coping With Failure: The Effects Of Self-Esteem And Coping On Changes İn Self-Efficacy. J Sport Behav 2002; 25: 331-45.
76. Shepherd JG. Coping Style As Mediator Of Health-Related Quality Of Life And Depression After An Acquired Brain İnjury. Doctoral Dissertation. Fielding Graduate University, Santa Barbara: 2007.
77. Vreeland A, Bettis AH, Reising MM, Dunbar JP, Watson KH, Gruhn MA, Compas BE. Coping And Stress Reactivity As Moderators Of Maternal Depressive Symptoms And Youth's Internalizing And Externalizing Symptoms. 2019;27.
78. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tartışma: Tıp Fakültesi Ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa çıkma Tarzları Ve Etkileyen Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18/2:137–146.
79. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. 3. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2007:151–154.
80. Sengül S , Baykan H Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinde Depresyon, Anksiyete Ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal. 2013;14:30-39.
81. Işık E. Depresyon Ve Mani, İstanbul Boğaziçi Matbaası 1991;30-55.
82. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Feryal matbaası 2004;293-317.

83. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı Güneş Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800
84. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Washington, DC. 2013.
85. Işık E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 2003;20-32.
86. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kirpınar I. Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatr Scand. 1991;84:174-8.
87. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı. 1998.
88. Ersan E, Abay E. Depresyonun genetik nedenleri. Duygudurum dizisi. 2001;6:277-82.
89. Elder BL, Mosack V. Genetics of depression: an overview of the current science. Issues in mental health nursing. 2001;32(4):192-202.
90. Holmans P, Weissman M, Zubenko G, Scheftner, W, Crowe, R, DePaulo J, Levinson D. Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): final genome scan report. American Journal of Psychiatry, 2007;164(2), 248-258.
91. Demir F, Ay P. İstanbul'da bir eğitim hastanesinde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler Türk Psikiyatri Derg 2007;18(1):31-37
92. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-71.
93. Hisli N Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi 1988;22 (6):118-126.
94. Şahin, N. H. ve Durak, A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 1995;10(34):56-73.
95. Wilson W, Raj JP, Narayan G, Ghiya M, Murty S, Joseph B. Quantifying Burnout among Emergency Medicine Professionals. J Emerg Trauma Shock. 2017;10(4):199-204.
96. C Gökçen, S Zengin, MM Oktay, G Alpak. Burnout, job satisfaction and depression in the healthcare personnel who work in the emergency department. Anatolian Journal of Psychiatry. 2013;14:122-8.

97. Karabulut Gül Ş, Gül HL, Oruç AF, Gedik D, Mayadağlı A. Radyasyon Onkolojisi Kliniği Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi. J Kartal TR 2012;23(1):11-17.
98. Savrun M. Depresyonun Tanımı Ve Epidemiyolojisi. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. 1999;11-17.
99. Khuwaja AK, Qureshi R, Azam SI ve ark. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among family practitioners in Karachi, Pakistan. J Pak Med Assoc, 2004;54:45-49.
100. Newbury-Birch D, Kamali F Psychological stress, anxiety, depression, job satisfaction, and personality characteristics in preregistration house officers. Postgrad Med J, 2001;77(904):109-11.
101. Başpınar R, Gökşin Cihan F, Kutlu R. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg 2016; 7(25): 1-9
102. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry, 2006; 7: 100-108.
103. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 2017;96(37):e8030.
104. Mete HB. Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11:3-18
105. Boztaş MH, Arısoy Ö. Tıbbi Hastalıklarda Depresyon:Tanısal Sorunlar . Psikiyatride Güncel YaklaşımlarCurrent Approaches In Psychiatry 2010;2(3):318332
106. Annagür BB , Savaş HA. Depresyonda Ek hastalık, Ek hastalık Olarak Depresyon:Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Gözden Geçirilmesi. Journal of Mood Disorders 2011;1(2):87-94
107. Cui R. Editorial: A Systematic Review of Depression. Curr Neuropharmacol. 2015;13(4):480.
108. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. Psychiatr Clin North Am. 2017;40(4):739-749.
109. Guillaumie L, Boiral O, Champagne J.A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses.J Adv Nurs. 2017;73(5):1017-1034.
110. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, Colaiaco B, Maher AR, Shanman RM, Sorbero ME, Maglione MA. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. Ann Behav Med. 2017;51(2):199-213.

111. Ball EF, Nur Shafina Muhammad Sharizan E, Franklin G, Rogozińska E. Does mindfulness meditation improve chronic pain? A systematic review. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2017;29(6):359-366.
112. Haller H, Winkler MM, Klose P, Dobos G, Kümmel S, Cramer H. Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta Oncol.* 2017;56(12):1665-1676.
113. Zhang MF, Wen YS, Liu WY, Peng LF, Wu XD, Liu QW. Effectiveness of Mindfulness-based Therapy for Reducing Anxiety and Depression in Patients With Cancer: A Meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2015;94(45):e0897-0.
114. Rogers JM, Ferrari M, Mosely K, Lang CP, Brennan L. Mindfulness-based interventions for adults who are overweight or obese: a meta-analysis of physical and psychological health outcomes. *Obes Rev.* 2017;18(1):51-67.
115. Van der Riet P, Levett-Jones T, Aquino-Russell C. The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse Educ Today.* 2018;65:201-211.
116. Ireland MJ, Clough B, Gill K, Langan 4, O'Connor A, Spencer L. A randomized controlled trial of mindfulness to reduce stress and burnout among intern medical practitioners. *Med Teach.* 2017;39(4):409-414.
117. Di Giuseppe M, Ciacchini R, Piarulli A, Nepa G, Conversano C. Mindfulness dispositions and defense style as positive responses to psychological distress in oncology professionals. *Eur J Oncol Nurs.* 2019;40:104-110.
118. Daya Z, Hearn JH. Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Med Teach.* 2018;40(2):146-153.
119. Chung AS, Felber R, Han E, Mathew T, Rebillot K, Likourezos A. A Targeted Mindfulness Curriculum for Medical Students During Their Emergency Medicine Clerkship Experience. *West J Emerg Med.* 2018;19(4):762-766.

## 8. ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Ahmet Faruk ORHAN

Doğum yeri ve tarihi: VAN, 17/06/1990

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: Yapılmadı

İletişim adresi ve telefonu: Topçular Mahallesi Topçubaşı Esat Ağa Caddesi No:2/1

D Blok Daire 11 Eyüp İstanbul Telefon: +90 545 8781623

Yabancı dili: İngilizce

### II- Eğitimi

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 2008-2014

Pertevniyal Lisesi 2004-2008

Zübeyde Hanım İlköğretim Okulu 1996-2004

### III- Unvanları

### IV- Mesleki Deneyimi

Bitlis Güroymak Devlet Hastanesi

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

### V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

### VI- Bilimsel İlgi Alanları

### VII- Bilimsel Etkinlikleri

### VIII- Diğer Bilgiler

#### Kurslar:

1. Temel – İleri EKG kursu

2. Temel – İleri Ultrason Kursu

3. Travma Kursu

4. Kritik Hasta Bakım Kursu

5. Acil Ortopedik Girişimler Kursu

Üyelikler: Türkiye Acil Tıp Derneği



## 9. EKLER

### 9.1. EK-1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

#### Sosyodemografik Veri Formu

##### Yaş grubunuz

A)24-30 B) 31-35 C) 36-40 D) 41-45 E) 45 den büyük

##### Cinsiyetiniz

A)Kadın B) Erkek

##### Medeni durumunuz

A)Evli B) Bekar

##### Çocuğunuz var mı?

A)Var B) Yok

Var ise kaç çocuğunuz olduğunu belirtiniz:.....

##### Asistanlıktaki kaçınıcı yılınız?

A)1-6 ay B) 7-12 ay C) 13-24 Ay D) 25-36 ay E)36 aydan fazla

Aylık tuttuğunuz nöbet sayısını lütfen belirtiniz.....

##### Günlük shift tipi

A) 8/16 B) 12/12 C) 24 saatlik D)8/8/8 E) Diğer

##### Tıp doktorluğunu isteyerek mi seçtiniz?

A) Evet B) Hayır

##### Branşınızı isteyerek mi seçtiniz?

A)Evet B) Hayır

##### Kronik bir hastalığınız var mı?

A)Evet B) Hayır

##### Sigara kullanıyor musunuz?

A)Evet B) Hayır

**Alkol kullanıyor musunuz?**

A)Evet B) Hayır

**Klinikteki çalışma koşullarınızı nasıl tanımlarsınız?**

A)Zor B) Kolay C) Orta

**Herhangi bir psikiyatrik hastalığınız var mı?**

A)Var B) Yok

**Antidepresan kullanıyor musunuz?**

A)Var B) Yok

**Gelir seviyenizi nasıl tanımlarsınız?**

A)Yüksek B) Düşük C) Orta

**Spor yapıyor musunuz?**

A)Evet B) Hayır

**Uğraşmaktan keyif aldığınız bir hobiniz var mı?**

A)Evet B) Hayır

**Uğraşmaktan keyif aldığınız bir hobiyeye zaman ayırabiliyor musunuz?**

A)Evet B) Hayır

## 9.2. EK-2: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

### **BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)**

#### **AÇIKLAMA:**

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

#### **1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

#### **2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

#### **3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

#### **4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

#### **5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

#### **6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

**7- 0. Kendimden memnunum.**

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

**8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

**10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

**12- Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

**13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

**14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**18- 0. İştahım her zamanki gibi.**

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

**19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 4.

**20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

### 9.3. EK-3: BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ

#### Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ)

Bu ölçek kişilerin bilinçli farkındalık düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyun ve size uygunluk derecesine göre cevap seçeneklerinden birini işaretleyin.

	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.						
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						
4. Gideceğim yere yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim						
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.						
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatiğe bağlanmış gibi yapıyorum.						
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.						
10. İşleri veya görevleri şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.						
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						

#### 9.4. EK-4: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

##### Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutuyu işaretleyin. Çok uygun ise %100'ün altındaki kutuyu işaretleyin.

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA;	%0	%30	%70	%100
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/ olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.				
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. Problemin 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 olmayacağına 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 hissederim.				
27. 'Benim suçum ne' diye düşünürüm.				
28. Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

## 9.5. EK-5: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARAR FORMU

### KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011-KAEK-50)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Tıp asistanlarında bilinçli farkındalık düzeyi ile strese başa çıkma tarzları ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B.Ü.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Abdurrahman Nafiz Gürman Cad. Kocamustafapaşa - Fatih 34098 İST.
	TELEFON	0 (212) 459 60 00 Dahili:(6225)-(6841)-(6220)
	FAKS	0 (212) 459 62 30
	E-POSTA	icahetikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Özgtır KARCIOĞLU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Acil Tıp Kliniği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	S.B.Ü. İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİVEYA PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
	Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>			
	İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Anket ile yapılan Çalışma				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BİY. MAT.TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			

Etik Kurul Başkanı'nın

Unvanı/Adı/Soyadı: Uzman Dr.Mehmet Emin PIŞKINPAŞA

İmza:



*Not: Etik kurul başkanının her eyleminde imzasının olması zorunludur.*



**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**  
(2011-KAEK-50)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	<b>Acil Tıp asistanlarında bilinçli farkındalık düzeyi ile strese başa çıkma tarzları ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi</b>
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>	
	Karar No: 1629	Tarih: 04.01.2019	
Yakında bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.			

<b>KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	<b>Uzman Dr. Mehmet Emin PIŞKINPAŞA</b>

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili	Katılım	İmza
Uz. Dr. Mehmet Emin PIŞKINPAŞA	İç Hastalıkları	İstanbul EAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ufuk EMRE	Nöroloji	İstanbul EAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hale ARAL	Tıbbi Biyokimya	İstanbul EAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Feyzullah ERSÖZ	Genel Cerrahi	İstanbul EAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yardı. Doç. Dr. Nihan ÇARÇAK YILMAZ	Farmakoloji	İst. Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr. Özgü KESMEZACAR	Halk Sağlığı	İl Sağlık Müd.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Müh. Hüseyin DEMİR	Biyomedikal	İstanbul EAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Av. Derya ÖZYURT	Avukat	İstanbul Barosu	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Şinasi TAKAK	Sağlık Mensubu Olmayan Kişi	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

\*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: **Uzman Dr. Mehmet Emin PIŞKINPAŞA**  
İmza:

*Not: Etik kurul başkanının her eyleminde bulunması zorunlu değildir.*