



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİN
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

OĞUZHAN CEVİZCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2019

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİN
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

OĞUZHAN CEVİZCİ

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MEHMET ÇAKICI

LEFKOŞA
2019

KABUL VE ONAY

Oğuzhan Cevizci tarafından hazırlanan "Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Dayanıklılık ile Psikolojik Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma,/...../..... tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

.....
Ünvan Ad Soyad (Danışman)
Üniversite Adı
Fakülte ve Bölüm Adı

.....
Ünvan Ad Soyad (Başkan)
Üniversite Adı
Fakülte ve Bölüm Adı

.....
Ünvan Ad Soyad
Üniversite Adı
Fakülte ve Bölüm Adı

.....
Ünvan Ad Soyad
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih:

İmza

Ad Soyad

TEŞEKKÜR

Çalışmam sırasında değerli öneri ve katkılarıyla bilimsel yardımını benden esirgemeyen, kendisiyle çalışmaktan onur duyduğum kıymetli ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mehmet Çakıcı'ya en içten teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Benim daha güzel yerlere gelmem ve bu yerlerde bilginin bana her zaman yardımcı olacağını öğreten, ihtiyacım olan her an bilgi aktarımı sağlayan ve beni her fırsatta motive eden Doç. Dr. Ece Müezzin'e en samimi ve en kıymetli şükranlarımı sunarım.

Son olarak bugünlere gelmemde en büyük paya ve emeğe sahip olan aileme teşekkürlerimi bir borç bilirim.

ÖZ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK İLE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmada, Çorumdaki özel bir hastanede çalışmakta olan sağlık çalışanlarında sağlık sektöründeki çalışma ortamının yaratmış olduğu psikolojik süreç irdelenmiş ve bu süreçteki psikolojik dayanıklılıkla ilişkisi incelenmiştir. Bu araştırmanın amacı sağlık alanında çalışmakta olan sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, idari personel, hasta hizmetleri danışmanı, temizlik personeli ve diğer personeller) psikolojik belirtilerini belirlemek ve bu belirtilerle ilişkili psikolojik dayanıklılık bakımından özellikle ruh sağlığının tekrar kazanılması ve sürdürülmesiyle ilişkisini belirlemektir.

Betimsel türde yapılmış bu çalışmanın evreni Türkiye Cumhuriyetinde bulunan özel hastanelerdeki sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Araştırmanın örneklem grubu seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme modeliyle belirlenen %54.4'ü (n=56) kadın, %45.6'sı (n=47) erkek olmak üzere toplam 106 sağlık personelinden oluşmaktadır. Verileri toplamak amacıyla sağlık çalışanlarının psikolojik belirti düzeylerini saptamak için Kısa Semptom Envanteri, psikolojik dayanıklılık düzeylerini saptamak için Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve araştırmanın amacına yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu uygulanmıştır.

Araştırmada toplanan verilerin analizinde Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programından (SPSS) yararlanılmış, araştırmanın amaçları doğrultusunda yüzdelik dökümleri, aritmetik ortalama, ki-kare, t-test ve korelasyon analizleri yapılmıştır.

Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarında psikolojik belirtiler ve psikolojik dayanıklılık arasında negatif yönde ilişki ortaya konmuştur. Sağlık çalışanlarının psikolojik belirtilerden anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, öfke saldırganlık ve genel psikolojik belirti düzeyleri düşük, psikolojik dayanıklılık bakımından yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve genel psikolojik

dayanıklılık düzeyleri yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, öfke/saldırıcılık ve genel psikolojik düzeylerine göre psikolojik dayanıklılık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Araştırma sonuçları ilgili literatür dahilinde tartışılmış, uygulamaya yönelik ve ileride yapılacak araştırmalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik belirti, psikolojik dayanıklılık, sağlık çalışanı, hasta, hastane.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS AND PSYCHOLOGICAL RESISTANCE IN HEALTH PROFESSIONALS

In this study, the psychological process created by the working environment in health sector on health professionals working at a private hospital in Çorum was examined and the extent to which relationship of psychological resilience is effective in this process is examined. The purpose of this study is to determine the relationship between psychological symptoms of health professionals working in the field of health (i.e. doctors, nurses, administrative personnel, patient services counselor, cleaning personnel and other staff) and psychological resistance as factors are effective in terms of regaining and maintaining mental health from the perspective of psychological endurance as regards these symptoms.

The universe of this descriptive study is health workers in private hospitals in Turkey. The sample group of the study consisted of 106 health personnel, 54.4% (n = 56) of which is females and 45.6% (n = 47) of which is males, determined by non-random sampling methods. In order to collect the data, Brief Symptom Inventory was used to determine the psychological symptom levels of the health care workers, Psychological Resilience Scale for Adults was used to determine the psychological resilience levels and socio-demographic information form prepared by the researcher in accordance with the purpose of the study was used.

Statistical Package for Social Sciences (SPSS) was used in the analysis of the data collected and percentage breakdown, arithmetic mean t-test and correlation were performed in accordance with the purposes of the research.

As a result of the research, it has been displayed that there is a negative relationship between psychological symptoms and psychological resilience among health workers. It was found that anxiety, depression, negative self,

somatization, hostility/aggression and general psychological symptom levels of health workers were low. On the other hand, in terms of psychological resilience, structural style, future perception, family adjustment, self-perception, social competence, social resources and general psychological resilience levels were found to be high. There was a statistically significant difference between health care workers' anxiety, depression, negative self, somatization, anger / aggression and psychological resilience according to their general psychological levels.

The conclusions of the research were discussed within the related literature, and recommendations were made for practical purposes and future studies.

Keywords: Psychological symptoms, psychological resilience, health professional, patient, hospital.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	
BİLDİRİM	
TEŞEKKÜR	iii
ÖZ	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar / ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR	xii
1. BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1.Problem Durumu	1
1.1.1.Problem Cümlesi	3
1.1.2.Alt Problemler	3
1.2.Araştırmanın Önem ve Gerekçesi	3
1.3.Sınırlılıklar	4
1.4.Tanımlar	4
2. BÖLÜM	5
KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	5
2.1.Psikolojik Belirtiler	5
2.1.1.Anksiyete	5
2.1.2.Depresyon	8
2.1.3.Olumsuz benlik	12
2.1.4.Somatizasyon	15
2.1.5.Öfke/saldırganlık	19

2.2.Psikolojik Dayanıklılık.....	23
3. BÖLÜM	26
YÖNTEM	26
3.1.Araştırmanın Modeli	26
3.2.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.3.Verİ Toplama Araçları	28
3.3.1.Kısa Semptom Envanteri.....	28
3.3.2.Yetİşkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	29
3.3.3.Sosyo-demografik bilgi formu	30
3.4.Verilerin Toplanması.....	30
3.5.Verilerin Analizi	30
4. BÖLÜM	31
BULGULAR	31
5. BÖLÜM	42
TARTIŞMA	42
SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKÇA	50
EKLER	57
Ek 1 Kısa Semptom Envanteri	57
Ek 2. Kısa Semptom Envanteri İzin Yazısı	58
Ek 3. Yetİşkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	59
Ek 4. Yetİşkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İzin Yazısı	60
Ek 5. Sosyo-demografik Bilgi Formu	61
Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu	62
ÖZGEçMİş	64
İNTİHAL RAPORU	65

ETİK KURUL RAPORU 66

TABLolar / ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 1: Örneklemin Cinsiyet, Eğitim Durumu ve Çalışma Süreleri Dağılım Tablosu.....	27
Tablo 2: Örneklemin Hastalarla İletişim Durumu ve Psikolojik Dayanıklılık Dağılım Tablosu.....	28
Tablo 3: Psikolojik Belirti Ortalama Puanları Tablosu.....	31
Tablo 4: Psikolojik Dayanıklılık Ortalama Puanları Tablosu	31
Tablo 5 : Yaş Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu	32
Tablo 6: Cinsiyet Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu	33
Tablo 7: Eğitim Durumu Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu.....	33
Tablo 8: Medeni Durum Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu.....	34
Tablo 9: Hastanedeki Görev Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu	34
Tablo 10: Hastalarla İletişim Durumu Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu.....	35
Tablo 11: Çalışma Süresi Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu.....	35
Tablo 12: Bulunduğu Hastanede Çalışma Süresi Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu.....	36
Tablo 13: Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Öfke/Saldırganlık ve Genel Psikolojik Durum göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin T-test Tablosu	37
Tablo 14: KSE ve YPDÖ Korelasyon Tablosu	39

KISALTMALAR

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı

ICD-10: Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması

KSE: Kısa Semptom Envanteri

PD: Psikolojik Dayanıklılık

SCL-90-R: Psikolojik Belirti Tarama Ölçeği

SPSS: Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Sağlık sektörü ağır stres yaşayan hastaya hizmet etmek zorluğuyla birlikte, bu sektörde çalışanların günlük çalışma ortamlarında da sıklıkla stres yaratıcı durumlarla karşı karşıya kalmaları sebebiyle, diğer çalışma ortamlarından farklılık göstermektedir (Yıldız, Yolsal, Ay ve Kıyan, 2003).

Tokay'a (2000) göre sağlık kuruluşlarının en önemli sorumluluklarından birisi de günümüzde oldukça zor bir hal almış olan, kurumdan hizmet alan hastaların memnuniyetini sağlamaktır. Hastaların anlık olarak istek ve arzularının değişkenlik göstermesi sağlık çalışanlarında bu durum karşısında oldukça sıkıntı yaşatmaktadır. Hastalara doğru şekilde bilgi sunmak, hastaların hizmete talep ettikleri anda ulaşmalarını sağlamak, güven duygusunu sağlamak, seçme hakkının sunulması, gizliliğe dikkat etmek, saygı göstermek, kurumsal düzenin var olması, hasta ve sağlık çalışanı arasında çıkabilecek olası olumsuzlukların ortadan kaldırılması, hastaya ve yakınlarına duygusal bakımdan destek verilmesi, hizmetin devamlılığı, hasta ve yakınlarının rahatının sağlanması ve en iyi hizmeti vermeye çalışmak hasta memnuniyetini artıran unsurlardır. Hastaların beklentilerini sürekli bir şekilde karşılamaya odaklanan sağlık çalışanları kendi istek ve arzularına dikkat etmediklerinden dolayı bir müddet sonra kişisel başarısızlık ve duygusal tükenmişlik yaşamaktadırlar (Akt. Yılmaz, 2017)

Sağlık çalışanları, polisler, itfaiye çalışanları, sivil savunma personelleri gibi bazı meslek grup mensupları işleri gereği travmatik yaşantılarla sıklıkla yüz yüze gelmektedirler. Şahit oldukları vakalar ve olaylara müdahale ederken

travmatik olaylara tanıklık eden sağlık çalışanlarında, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, yeğın depresyon bozuk, psikosomatik bozukluklar ve madde kullanım bozukluğu gibi hastalıklar ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır (Erkaya, 2003).

Yıldırım ve Hacıhasanoğlu (2011) sağlık çalışanlarının depresyon düzeyleri, tükenmişlik düzeyleri ve mesleki özelliklerinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Yaptıkları araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının tükenmişlik, depresyon ve buna bağılı bir takım değişkenlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğı sonucuna varılmıştır. Ayrıca bu çalışmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeyinin düşük, yaşam kalitelerinin ise orta düzeyde olduğı ortaya konmuştur.

Ocaktan, Keklik, Çöl (2002) tarafından sağlık personelinde durumluk ve sürekli kaygı düzeyini araştırmak üzere yapılan çalışma sonucunda sağlık çalışanlarındaki durumluk ve sürekli kaygının önemli düzeyde yüksek olduğı ortaya konmuştur.

Keskin, Gümüş ve Engin (2011) tarafından ilişkisel türde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarında öfke ve mizaç özellikleri araştırılmıştır. Yapılan bu çalışma sonucunda sağlık çalışanları grubunda olan tıbbi sekreterlerin sürekli öfke düzeyleri yüksek bulunmuştur. Ayrıca öfke ifade hususunda ise öfkelerini sağlıklı olarak anlatmak ve sergilemekte yeterli olmadıkları ortaya konmuştur.

Aşırı iş yükü, ciddi sağlık problemi olan ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve hasta yakınlarına duygusal anlamda yardımcı olmak zorunda kalma gibi nedenler sağlık alanında çalışanlarda işle ilgili stres ve gerginliğe sebep olmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, sağlık çalışanlarının dengesiz dağılımı da çalışanlar üzerinde hayal kırıklığı ve stres duygusu yaratmaktadır. Bu çalışma ortamına dayalı olarak yaşanan stres ve tükenme bireyde depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik belirtilere sebebiyet vermektedir (Sünter ve ark. 2006, Ökdemir 2004).

Yapılan bu çalışmalar ışığında sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerin olduğı görülmektedir. Buna bağılı olarak bu çalışmada sağlık çalışanlarının

psikolojik belirtileri ve bununla baş edebilme noktasında psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ilişkisi çalışmanın problemini ortaya koymaktadır.

1.1.1. Problem Cümlesi

Araştırmanın problemi “Sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılıkları ile psikolojik belirtileri arasında ilişki var mıdır?” şeklindedir.

1.1.2. Alt Problemler

Araştırmanın problem durumuna dayalı olarak aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır.

1. Sağlık çalışanlarının psikolojik belirti düzeyleri ne seviyededir?
2. Sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri ne seviyededir?
3. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik değişkenlere (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastanedeki görev, medeni durum, hastalarla iletişim durumu, çalışma süresi, bulunduğu hastanede çalışma süresi) göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde farklılık var mıdır?
4. Sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, öfke/saldırganlık ve genel psikolojik belirti düzeylerine göre psikolojik dayanıklılık durumları arasında farklılık var mıdır?
5. Sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılıkları ile psikolojik belirtileri arasında ilişki var mıdır?

1.2. Araştırmanın Önem ve Gerekçesi

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının yaşamış oldukları psikolojik sorunlar ve bu sorunlarla nasıl baş ettiklerini ortaya çıkarmak hedeflenmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma şartlarından, mesleki yaşantılarında ve iş ortamlarından kaynaklı psikolojik sorunlarını yaşamlarında nasıl yer tuttuğunu ortaya çıkarmak önem arz etmektedir. Son yıllarda çalışma ortamları birçok açıdan bireylerin psikolojik sıkıntı süreçlerinin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu durumda yaşanan psikolojik süreçlerin olumsuz sonuçlara sebep olabilmesi konusyla ilgili çalışmalar yapılmasını önemli kılmaktadır.

Bu araştırmayla, çalışma ortamının yaratmış olduğu psikolojik süreçlerin sağlık sektöründeki durumunu irdelemek ve bu süreçteki psikolojik dayanıklılığın

ilişkinini ortaya koymak hedeflenmektedir. Bu araştırmanın amacı özel bir hastanede çalışmakta olan sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, idari personel, hasta hizmetleri danışmanı, temizlik personeli ve diğer personeller) psikolojik belirtilerini belirlemek ve bu belirtilerle psikolojik dayanıklılık açısından özellikle ruh sağlığının tekrar kazanılması ve devam ettirilebilmesinde temel koruyucu faktörlerle ne kadar ilişkili olduğunu belirlemektir. Yapılan bu çalışma, psikolojik belirtiler ile psikolojik dayanıklılığın ilişkisini inceleyen ilk çalışma olması sebebiyle de önemlidir.

1.3. Sınırlılıklar

- Bu araştırmanın bulguları, sadece 2109 yılında Çorum ilinde bulunan bir özel hastaneden görev yapan ve çalışmaya dahil edilen çalışanlarla sınırlıdır.

- Psikolojik belirtiler hakkındaki bilgiler Kısa Semptom Envanteri ve psikolojik dayanıklılık düzeyi ise Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

1.4. Tanımlar

Psikolojik Belirti: Olumsuz anıların izlerini gösteren, bireylerin sorunlarını yansıtan, problemlerle mücadele şeklini ortaya koyan, suçluluk gibi duygularını ortaya çıkaran öznel yaşantılardan meydana gelen ruhsal bozuklukların tanımlanmasında psikolojik belirtilerden yararlanır (Öztürk, 2015).

Psikolojik Dayanıklılık: Dayanıklılık terimi bireylerin yaşantıları süresince karşılaştıkları sorunlar ve güçlüklerin artmasına ve insanların da bu sorunlara verdikleri tepkilere karşı değişim göstermeleridir (Akdoğan ve Yalçın, 2018).

2. BÖLÜM

KURAMSAL AÇIKLAMALAR VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Psikolojik Belirtiler

Psikolojik rahatsızlık ve bozuklukların teşhis edilmesinde, ilgili tanılamaların yapılmasında yararlanılan ve bireylerin psikolojik işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen göstergeler, psikolojik belirtiler olarak tanımlanmaktadır (Tuğlacı, 2002). Bu bölümde psikolojik belirtiler anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve öfke/saldırganlık kapsamında açıklanacaktır.

2.1.1. Anksiyete

Anksiyete, meçhul ve belli olmayan ve yaklaşmakta olduğu hissedilen bir sıkıntı nedeniyle kişide meydana gelen rahatsızlık ve sinirlilik durumudur. Kısaca anksiyete, kaynağı belli olmayan korku durumudur. Kalıtsal, ruhsal ve toplumsal kimliğe karşı oluşan bir saldırı veya gözdağı neticesinde veya dışarıdan gelebilecek diğer etkenler neticesinde oluşabilmektedir. Anksiyete farklı boyutlarda ve oranlarda bütün insanlarda olabilmekte, şiddetin derecesinin artması ve devamlı olması sonucunda da sıkıntılı hale gelebilmektedir. Başka bir deyişle anksiyete; kişinin benlik bütünlüğü duygusuna karşı hissettiği bir tehdit karşısında yaşadığı rahatsız edici şekilde algılanan bir duygudur (Sabuncu, Köse, Özhan, Batmaz ve Özdiilli, 2008).

Kaygı; stres oluşturan durumların insanda yarattığı negatif durumlardan kaynaklanan tasa, tedirginlik, korku, kuşku gibi olumsuz duygular ve gözlenebilen reaksiyonlardır. Birey endişeye kapıldığında merkezi sinir sisteminin uyarılmasıyla birlikte, kalbin atış hızında bir artış, atardamarlardaki çarpıntıya bağlı olarak nabız atışlarında hızlanma ve ellerde terleme gibi tepkiler görülmektedir. Bireydeki anksiyete düzeyinin yoğunluğu stres yaratan tepkinin o birey tarafından algılanma şekline bağlı olarak değişmektedir. Eğer algılanan durum tehdit edici veya zarar verici özellikte ise anksiyete seviyesi artabilmektedir (Bayraktar, Tekin, Eroğlu ve Cicioğlu, 2010).

Anksiyete kelimesi psikoloji tarihinde ilk kez Freud tarafından kullanılmış ve bu sayede bir kavram olarak tanımlanmıştır. Freud insanlardaki davranışların tüm yönleriyle adaptasyona yönelik olduğunu söylemiştir. Ona göre her davranışın

bir nedeni ve amacı vardır ve organizmanın tüm fonksiyonları hayatta kalma ve devamlılık için sürekli gayret içerisinde. Freud anksiyeteyi, bedensel olarak veya sosyal çevreden gelebilecek tehditlere karşı insanların ikaz edilmesi, uyum sağlanması, hayatta kalma ve devamlılık gayretlerine etki eden duygu olarak tanımlamıştır. Ancak, nevrotik anksiyete gibi olumsuz bir durum oluşması halinde uyum sağlama sorunu yaşanacağından anormal davranışlar sergilenebilmektedir (Özcengiz, 2006).

Dubovsky (1990) tarafından yapılan çalışmada; anksiyetenin yoğun olarak rahatsız edici suçluluk duygusu ve aşırı uyarılma hissettiği, çatışma içinde olduğu veya kendiliğe bağlı bütünlük duygusunu bozabilecek haller karşısında yetersiz kalmasına da yol açabileceğini ortaya koymuştur. Rachman'a (1998) göre anksiyete tehdit edici, ancak belli olmayan bir olay karşısındaki huzursuz bir bekleyiş durumu olarak açıklanmaktadır. Anksiyetesi olan birey, huzursuzluğunun nedenini, gerçekleşmesini beklediği durumun özelliklerini anlamakta güçlük çekmektedir. Anksiyete, kişiliğin bilinçli şekilde hissedilen ve algılanan bir uyarılma belirtisidir (Levitt, 1971). Anksiyete, kişiliğin içinden geldiği iddia edilen ve bir dış uyarıcı tarafından baskılanarak gelişen bir tehditle oluşmaktadır (Akt. Tokuçcu, 2006).

Lök, İnce ve Lök (2008) kaygının tasa, yanlış ve yersiz düşünce, gerginlik, acelecilik, kargaşa ve yas gibi insan üzerinde sıkıntı ve tansiyon yükseltici durumlara sebebiyet verebilecek duygular olduğunu belirtmişlerdir.

Anksiyeteyi açıklamak üzere araştırmacılar çeşitli kuramlar ileri sürmüşlerdir. Psikoanalitik kurama göre anksiyete; genel olarak bir iç karışıklıktan (çatışma) kaynaklanmaktadır. İç karışıklık ise; ego ile id veya ego ile süperegö arasında geçmektedir. İd'e ait bilinçdışı eğilimlere karşı duygusal bir uyum oluşturmaya çalışan benlik zorlamalar sonucunda zayıf düşer veya içsel gerilim şiddetlendikçe benlik-altbenlik arasında bir karışıklık oluşur. Karışıklık; benliğin, içsel gerilim karşısında bir çözüme ulaşamamasını veya baş edememesini ifade etmektedir. Bazı zamanlarda benlik, üst benliğin cezalandırıcı tutumu karşısında da karışıklık durumuna düşebilmektedir. Bu durumlar sonucunda da birey üzerinde nedensiz korku veya kötü şeyler yaşanacakmış hissine benzer duygular oluşmaya başlamakta ve nihayetinde

de anksiyete oluşmaktadır (Öner, 2012). Freud'a (1963) göre anksiyetenin ortaya çıkma nedeni egodur. Alt benlikten gelen ve kontrol altına alınmadığı takdirde zarar verebilecek seviyede olan içgüdüleri algılayan benlik, buna bir anksiyete tepkisiyle karşılık vererek ve bastırmak suretiyle süperegodan gelecek zoraki yaptırımı önlemiş olur (Akt. Tokuçcu, 2006). Adler'e göre, anksiyetenin nedeni aşağılık duygusudur. Aşağılık duygusundan dolayı rahatsızlık yaşayan birey, bu durumu çözmek için üstünlük kurma çabası gütmekte, bunun için de anksiyete duygusunu diğer kişileri kontrol altında tutmak için bir araç olarak kullanmaktadır. Karen Horney, anksiyetenin korku benzeri tehlikeli bir durum karşısında verilen bir yanıt olduğunu söylemiş, Freud'dan farklı olarak da tehlikede olan şeyin ego değil kişinin emniyeti olduğunu savunmuştur (İnanç ve Yerlikaya, 2018). Sullivan'a (1953) göre insan karakterinin belirginleşmesindeki esasın insanlar arası ilişkiden kaynaklandığını ve anksiyetenin de bu ilişkide meydana gelen karışıklıklardan oluştuğunu düşünmektedir. Spielberger'e (1972) göre, varoluşçu yaklaşımlar anksiyeteyi kişinin kendi varoluş süresinde üstlendiği sorumlulukta karşılaştığı zor durumlarla açıklamaktadır. Anksiyete insan olmanın temel niteliği olarak açıklanmakta ve insanın "var olma" korkusuyla ilişkilendirilmektedir. Heidegger'e (1993) göre insan, kendisinin ve başkalarının var oluşunun farkındadır. Kişi kendi var oluşuna neden ararken yalnızlığını fark eder ve bu durum da anksiyete duygusunu ortaya çıkarır. (Akt. Tokuçcu, 2006).

Eysenck (1996) , otonom sinir sisteminde tepkilere yol açan örseleyici olaylar veya tek başlarına birer örselenme özelliği taşımayan fakat kişide sıkıntı yaratan birkaç olayın birleşmesi sonucunda anksiyete belirtilerinin ortaya çıktığını belirtmektedir. Önceden anlamı olmayan uyarıcı, duygusal tepkilere yol açan bir koşulsuz uyararla eşleşerek daha önce sadece koşulsuz uyarının ortaya çıkardığı örseleyici duygusal tepkilere yol açmaktadır. Gray'e (1997) göre klasik ya da operant şartlanma sonucu amaca yönelik davranışlar ortaya çıkmaktadır. Buna bağlı olarak anksiyete belirtileri, pekiştirici olaylardan veya bu olaylarla bağlantılı uyarıcılardan dolayı ortaya çıkmaktadır (Akt. Yemlihaoğlu, 1999).

Kırlı'ya (2000) göre anksiyetenin oluşumu hormonal olarak önemli oranla serotonin artışıyla ilişkilidir. Anksiyete genellikle kanı, niyet, tasarı ve hislerin, kişinin benlik bütünlüğüne karşı tehdit oluşturduğu zaman belirginleşen psikolojik ve duygusal karmaşıklığa bağlı olarak oluşmaktadır. Bireyin fiziksel veya sosyal çevresindeki bir durumun benlik bütünlüğünü tehdit etmesi anksiyetenin oluşumda kaynak olabilmektedir. Öz'e (2004) göre fiziksel, psikolojik, sosyalliğe yönelik tehditler; psikolojik dayanma mekanizmalarının yetersiz kullanımı; dayanma stratejilerinin tüketilmesi; dayanma durumunu aşan stres düzeyleri; umutsuzluk, güçsüzlük; gerçekçi olmayan ve ulaşılamayan ihtiyaçların veya isteklerin karşılanmaması anksiyetede nedensel faktörler olarak verilebilmektedir.

Sheikh'e (2003) göre psikopatolojik düzeydeki anksiyete genellikle kavrama davranış, bedensel belirtiler yoluyla ortaya çıkar. Bu belirtiler sinirlilik, endişe, korku, irritabilite, aşırı hareketlilik, baskılı konuşma, abartılı ürkek yanıt verme, adale gerginliği, göğüs sıkışması, çarpıntı, terleme, nefes alıp vermede artış, sık idrara çıkma şeklinde gözlemlenebilmektedir. Anksiyetede negatif duygular, olumsuz bir durumun ortaya çıkacağını önceden hissetme ve bu durumun yarattığı sıkıntıyı terleme ve solunum güçlüğü gibi somatik ifadelerle belirgindir. Anksiyetede belirtiler birdenbire başlayabilmekte veya yavaş yavaş artan ve ağırlaşan şekilde olabilmektedir. Birey yaşayacağı/yaşamış olduğu bu belirtileri gerçeğe uygun olarak değerlendirebilmektedir. Anksiyete belirtileri hafif derecede endişe ve huzursuzluktan, aşırı dereceye ulaşan değişik ağırlıkta ve sıklıkta olabilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Kırlı'ya (2000) göre anksiyete; hayatı boyunca aktif olmaya, arzulanan amaçlara ulaşmaya veya toplumsal ve mesleki kariyerinde doyum almaya engel olabilecek seviyeye ulaştığı zaman ruhsal bir rahatsızlık haline dönüşmüştür ve mutlaka tedavi edilmelidir.

2.1.2. Depresyon

Depresyon, kişinin yaşama arzusu ile heyecanının azaldığı, büyük bir hüznün ve ızdırap içerisine düştüğü, kötülüğe ve karamsarlığa yoran düşüncelere kapıldığı, geçmişinde yaşamış olduğu deneyimlere yönelik üzüntü, suçluluk duygusu ve düşüncelerin olduğu, kendini öldürmeye teşebbüs veya bir

şekilde öleceğini düşünme, uykusuzluk, iştah kaybı, cinsel isteksizlik gibi bedensel rahatsızlıkların meydana geldiği belirtilerdir (Yıldız ve Yıldız, 2009). Diğer bir tanıma göre depresyon (çökkünlük); yoğun bir üzüntü haliyle birlikte düşünme kapasitesinin azaldığı, konuşamama, hareket kısıtlılığı, geri çekilme, önemsiz ve güçsüz hissetme, gönülsüz, kötümser duygu ve düşüncelere kapılma gibi bedensel ve zihinsel işlevlerde gerileme belirtilerinin görüldüğü bir tanıdır (Yetişkin, 2008).

Birçok araştırmada, ağır çökkünlüklerin (majör depresyon) kadınlarda daha fazla olduğu ve neredeyse erkeklerin iki katı miktarda görüldüğü tespit edilmiştir. Kadınlarda majör depresyonun en fazla görüldüğü yaş aralığı 35 ile 45, erkeklerde ise 55'ten sonradır. Depresyonlu vakaların daha çok kadınlardan olmasının nedenleri olarak; cins farkının getirdiği bedensel ve hormonal özelliklerin depresyona daha yatkın kılmasına veya kadınların duygusal problemlerini erkeklerden daha kolay bir şekilde bahsetmelerine de bağlanabilmektedir. Depresyonda yaşam kalitesi azalmakta, aile ve çevre ile olan ilişkiler bozulmakta, iş verimi azalmakta ve intihar eğilimleri artmaktadır. Bu yönleriyle depresyon toplumsal bir sorundur denilebilmektedir (Bahar, 2005).

Depresyonda, biyolojik ve psikososyal etkenler birbirlerinden etkilenerak duygulanımla ilgili rahatsızlıklara sebep olmaktadır.

Biyolojik olarak üç etken olduğu değerlendirilmektedir. Bunlar;

Kalıtım: Aile ve kalıtım üzerine yapılan çalışmalarda, duygulanımla ilgili rahatsızlığı olanların en yakınlarında da bu rahatsızlığa yakalanma tehlikesinin bariz bir şekilde yüksek olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır (Yetişkin, 2008).

Beyin Araştırmaları: Yapılan araştırmalarda; beyinde bulunan amigdalanın, uyarıcıların hissiyata yönelik bilginin işlendiği ve değerlendirildiği merkez bölge olduğu tespit edilmiştir (Yetişkin, 2008). Stresin algılanmasında üst kortikal merkezlerden talamusa, oradan locus seruleus, hipotalamus ve sürrenale inen yollar aracılığı ile akut ya da süregelen strese tepkilerin, dolayısı ile duygulanımın ve heyecanların uyarıldığı bilinmektedir (Bahar, 2005).

Biyokimyasal Etkenler: Depresyonda düşük biyojenik amin (serotonin, norepinefrin, dopamin) etkinliği vardır. Serotoninden oluşan 5-hidroksiindolasetikasit (5-HIAA), dopaminden oluşan homovanilik asit (HVA), norepinefrinden oluşan 3-metoksi ve 4-hidroksifenilglikol (MHPG) gibi metabolitlerin kan, idrar ve beyin omurilik sıvısındaki düzeyleri değişir (Sadock, Sadock ve Ruiz,, 2016).

Mali problemler, ailevi sorunlar, meslek hayatında yaşanılan karışıklıklar ve tutarsızlıklar, verimsizlik, emekli olma, işten atılma, sevgiden yoksunluk veya sevgiye ulaşamama, fiziksel sağlığın bozulması, olumsuz benlik, yaşantının olumsuz algılanması ve geleceğe yönelik negatif dūřünceler gibi fizyolojik ve psiko-sosyal durumlar kişilerde depresyon veya depresyonla ilişkili rahatsızlıkların ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. ocuk ve eř kayıpları da yeğin depresyon için risk faktörü olarak görülmektedir (Yetiřkin, 2008).

İlaçlı tedavi yöntemiyle majör depresif vakalarda %70 ile %80 arasında iyileşme görülebilmektedir. Bir kişide aşağıda belirtilen semptomlardan en az dördü iki hafta boyunca görölüyorsa ve son zamanlarda ilgide azalma, üzüntü, keder, mutsuzluk gibi duygu belirtileri mevcut ise antidepresan tedaviye başlanılması gerekmektedir.

- Güçsüzlük, yorgunluk veya enerjide azalma
- Sürekli olarak ölümle veya kendini öldürmeyle ilgili dūřünceler
- Çok fazla veya çok az uyuma
- Yeme alışkanlıklarında değişiklik
- Pişmanlık duyguları, ızdırap
- Odaklanamama, kayıtsızlık, umursuzluk
- Karışıklık, arpıntı, hareketlerde ve hitabet kabiliyetinde gerileme (Yetişkin, 2008).

Depresyonda tedavi olarak ilk sırada tercih edilen antidepresanların genel özellikleri:

- Antidepresanlar, muadil seviyede kullanılması hâlinde aynı oranda etkilidirler ve bağımlılık yapmazlar.
- Kullanılmaya başlanılan birinci haftadan itibaren depresyon belirtilerinde azalma görülür ve 3-6 hafta içinde de bariz bir şekilde etkisini göstermeye başlar.
- Antidepresan tedavisinin aynı miktarda ve altı ay kadar devam ettirilmesi halinde belirli bir oranda ilerleme ve korunma sağlanmakta, tedavi sürecinin vaktinden önce bitirilmesi halinde ise vakaların %50'sinde ve iki yıl içinde olmak üzere depresyonun tekrardan görülme riski bulunmaktadır. Depresyon ataklarının iki veya daha fazla olduğu durumlarda tedavi süresi oniki aydan az olmamalıdır (Soykan, 2001).

Bilişsel Terapi: Depresyon sağaltımında uygulanan tekniklerden birisidir. Daha çok depresyonun devam etmesine etki eden tutum ve duyguları üzerinde durulmaktadır. Bu teknik ile negatif düşünce ve yararsız davranışların değiştirilmesine çalışılmaktadır.

Davranış Terapisi: Depresyonun bireyin hayatındaki ödül yetersizliğinden ya da eksikliğinden kaynaklandığı söylenmektedir. Öz denetim, sosyal beceri edinme ve sorun çözme konularına ağırlık verilir.

Kişilerarası İlişkiler Terapisi: Kişiler arasındaki ilişkilere ve insanların yaşamış oldukları problemlerine ilişkin tedavi teknikleri uygulayan sistemli ve standart bir yaklaşımdır. Kişilerin birbirleriyle etkileşimleri ön plandadır ve sosyal yönden destek verilerek duygu, düşünce ve davranışları güçlendirilir. Kişideki fonksiyonları önleyen tutum ve inançların belirlenmesi ve değiştirilmesine çalışılmaktadır.

Psikoanalitik Yönelimli Psikoterapi: Depresyonu tetikleyen ve sürdüren bilinç dışındaki dürtü ve güdülerin belirlenmesini hedefleyen ve ne kadar süreceği belli olmayan iç görüye yönelik terapidir.

Destekleyici Psikoterapi: Bu teknikte, olgudaki rahatsızlık belirtilerinden önceki ruhsal dengenin yeniden oluşturulması, olumlu özelliklerin gösterilmesi ve olgudaki fonksiyonelliğin daha fazla bozulması önlenmeye çalışılmaktadır.

Grup Terapisi: Bu yöntemde klinik deneyimler, stresle mücadele etme ve yeni oluşan duruma adapte olma, grup içindeki etkileşim ve paylaşımlar daha etkili bir şekilde uygulanmaktadır. Bunlardan özellikle yas tutma süresi ve sürekli

rahatsızlıkların sebep olduğu depresyon vakalarında daha faydalı olduğu da söylenmektedir (Ünal ve Kaya, 1999).

Aile Terapisi: Depresyonda ailevi problemlerin de etkisi bulunmaktadır bu sebeple aileye verilecek destek, depresyonlu kişilerin tedavisinde başarılı sonuçlara ulaştırılmaktadır. Bu yöntemde ailenin katılımına büyük önem verilir. Aile ile çalışılması neticesinde tedavide uyum ve buna paralel olarak rahatsızlıkta pozitif ilerleme görülmektedir.

Elektrokonvulsif Terapi (EKT): Beyine elektrik akımı verilerek yapılan uyarma, kasılma ve sarsıntı oluşturma işlevidir. EKT; birinci öncelikle depresyon daha sonra ise mani, şizofreni ve diğer sinirle ilgili rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan çok etkili ve güven verici bir tedavi şeklidir. EKT, ilaç tedavisinde başarılı olunamayan veya ilaç kullanmasını reddeden, kendine veya başkalarına zarar verebilecek seviyede olan, kışkırtılmış, bilincini kısmen yitirmiş ve yeme bozukluğu olan kişilerde öncelikli olarak tercih edilen bir yöntem olmalıdır. İlaç tedavisinde yanıt alınamayan vakalarda EKT ile birlikte iyileşme belirtileri gözlenebilir ancak EKT'den sonra mutlaka ilaç tedavisi sürdürülmelidir. Tavsiye edilen EKT miktarı 6-12 arasında değişmektedir (Bahar, 2005).

2.1.3. Olumsuz benlik

Benlik; kişinin şahsiyetine yönelik kanaatlerinin birleşimi ve bireysel inceleme şeklidir. Kişinin kendine yönelik farkındalık sahibi olma biçimi karakter gelişiminde önemli bir faktördür. Bu da kişinin pozitif, güçlü, olağan ve normal dışı bozukluklardan arınmış bir karakter sahibi olmasında benliğin etkisinin küçümsenemeyeceğini göstermektedir. Kişinin kendisini pozitif değerlendirmesi ve sahip olduğu nitelikleri ile bütünüyle kabullenmesi olumlu benlik geliştirmesine; aksi durumda ise olumsuz bir benlik geliştirmesine neden olabilmektedir (Çankaya, 2009). Benlik, kişinin kendisine ilişkin algıyı, davranış ve düşüncelerini kapsamakta; oluşması hayat boyu sürmekte ve kişinin kendi varlığını kabul etmesi ve bilmesiyle de gelişmektedir. Kendi varlığını kabul etme; kişinin kendisiyle, fikirleri ve hisleriyle etkileşimde bulunması, kendisinde ortaya çıkan hissi ve fikirsel süreçlere ilişkin anlayıştır. Bu süreçte esas olan, kişiyi kişi yapan, diğerlerinden ayırt edilebilmesine yönelik duygular, tavır ve davranışların hepsinin birlikteliğini ifade eden benlik kavramıdır. Diğer bir

ifadeyle benlik kavramı, bireyin benliğini tanıma ve kavrama şekli olarak kendisini ne şekilde değerlendirdiği ve nasıl bir önem verdiği (Altunay ve Öz, 2006).

Benlik, kişinin bilincine vardığı şekilde, kendisine bakış açısının nasıl olduğu, gerçekleştirmek istediklerinin nedenini bilmesi olarak ifade edilebilmektedir. Başka bir ifadeyle benlik; bir taraftan kişinin kendisini ne şekilde idrak ettiği, aklından ne geçirdiği, kendisini değerlendirme şekli ile kendisini ne şekilde müdafaa ettiği; diğer taraftan ise kendisini diğer kişilerin nasıl değerlendirdiği yani kendisine yönelik tutumların teşkil edilme şekli olarak açıklanmaktadır. Diğer bir tanıma göre benlik; bireyin kendisine yönelik algılarının veya meraklarının teşekkül edilmesi ve kişisel özelliklerinin, değerlerinin, kendisi tarafından bilinmesidir (Demirbaş ve Yağbasan, 2010). Benlik kavramı, kişinin kendisini ne şekilde kabul ettiğini ve başkalarıyla olan münasebetlerini içermektedir. Benliğin gelişmesinde en uygun benlik (ideal) ile asıl benlik arasındaki uyum son derece önem arz etmektedir. İdeal benlik; bir insanın olması gereken statüsü, gerçek benlik ise; bir insanın gerçekte nasıl olduğudur. Bu ikisi arasındaki uyumun seviyesi ne kadar yüksek olursa insanların kendilerine bakış açısı da o kadar olumlu ve benlik saygıları da yüksek olur (Altunay ve Öz, 2006). Gümüş'e (2006) göre benlik saygısı, bireydeki benlik kavramına bağlı olmakta ve benlik saygısının düşük olması bireyin kendisini güvende hissetmemesine, önemsiz ve verimsiz olarak değerlendirmesine neden olabilmektedir. Benlik kavramı ile her bakımdan uyumlu olarak yaşantısını organize eden kişi için düşük benlik saygısı, o kişinin başka kimseler tarafından önemsenmeyi ve kabullenilmeyi hak etmediğine inanmasına sebep olabilmektedir. Altunay ve Öz'e (2006) göre her bireyin hayatı boyunca sarf ettiği bütün emekler, özlem duyduğu ve kendisine layık gördüğü benlik kavramını geliştirmek içindir. Kişideki benlik gelişiminde gençlik çağının önemi göz ardı edilemeyecek bir husustur. 12 ile 25 yaş arasındaki gençlik çağı, bireyin hayatındaki en karmaşık ve en tutarsız dönemdir. Bu kişiler, seri şekilde bir büyüme ve gelişme süreci yaşadıklarından kişisel, sosyal ve bütün insanları ilgilendiren değerleri görme ve bir kişilik oluşturma eylemi içindedirler.

Olumsuz benlik gelişimi gösteren kişilerin en belirgin sorunlarından birisi, kendini kabullenmeye yönelik kafalarındaki bazı soru işaretleridir. Bu tarz kişiler saç ve göz renklerini, kaş ve burun yapılarını, el ve ayaklarını beğenmemekte, vücut yapılarıyla ilgili aşırı derecede haşır neşir olmaktadır. Vücut yapılarını beğenmeyen kişilerin de estetik ameliyat veya çeşitli operasyonlarla organlarında değişiklik yapma çabası içinde oldukları görülmektedir. Böylece, kişisel ve bedensel özelliklerini kabul etmeyerek abartılı bir şekilde davranan kişilerde de çeşitli ruhsal ve bedensel rahatsızlıklar baş gösterebilmektedir (Çankaya, 2009). Ersanlı (2013), bireyin geliştirmiş olduğu benliğin çevre ve kalıtımla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Çocuklar, zihinlerinde tasarladıkları benlik kavramını ebeveynlerinden, kardeşlerinden veya arkadaşlarından öğrenmektedirler. Benlik gelişimi, bebeklik döneminden itibaren başlamakta, ebeveynlerin model olarak alınmasıyla aile içerisinde gelişmekte ve okul, akran, arkadaş ve sosyal çevreyle de gelişme süreci devam etmektedir. Çocuklar bireysel olarak ebeveyn, öğretmen ve arkadaş çevresinin kendisine yönelik yakıştırmalarından etkilenmekte, buna yönelik karakter gelişimi göstermekte, kendisini onların gördüğü gibi görmeye ve algılamaya başlamaktadırlar.

Çocuklar, çevresindekilerden olumlu yakıştırmalar alıyorsa olumlu bir benlik, olumsuz yakıştırmalar alıyorsa olumsuz bir benlik geliştirebilmektedir. Olumsuz bir benlik gelişimi gösteren çocuk, özgüven yoksunluğu yaşayabilmekte, benlik saygısı azalabilmekte ve memnuniyetsiz olabilmektedir. Çocuktaki olumlu benlik gelişimi için benlik saygısının yüksek olması, özellikle aile ortamındaki ilişkilerin güven verici, sevgi ve saygıya dayalı, hoşgörü içinde, eylem ve davranışlarda katı olmayan bir yaklaşımda olması gerekmektedir (Ersanlı, 2013). Olumsuz benlik gelişimindeki etkenlerden birisi de yeterince ilgi göstermeyen veya gevşek davranan ebeveynlerin tutumudur. Bu ilgisizlik veya gevşeklik; çocuklarda nefret, intikam alma duygusu, öfke ve kaygıya kapılmalarına sebep olmakta, saldırganlığa, düşmanca davranışa, isyankârlığa ve suça yönelmeye etki edebilmektedir. Ailesinden yeterince ilgi ve sevgi göremeyen çocukların kendine güvenleri olmamakta ve olumsuz bir benlik geliştirebilmektedirler. İlgisiz çocuklar, kendilerini boşlukta hissetmekte, olumlu bir şekilde yönlendirilmemeleri

neticesinde de başıboşluk, kendine ve etrafındakilere zarar verme, öfkeli ve saldırgan bir kişiliğe sahip olabilmektedirler (Albayrak ve Kutlu, 2009).

Birey içindeki öfke duygusunu, çevresindekileri önemsemeden hissettiği şiddette göstermesi halinde başkaları tarafından negatif şekilde karşılanabilmektedir. Bu şekilde davranan kişi, toplumsal kurallara ve yaşam biçimine aykırı davrandığından bireyler arası veya aile içinde iletişim problemleri yaşayabilmekte, olumsuz bir benlik geliştirebilmekte ve düşük benlik saygısına sahip olabilmektedirler. Birey, öfkenin sebep olduğu negatif durumlar ve toplumsal sebeplerden dolayı öfkelenmekten korkmakta ve öfkesini gösterememektedir. Bastırılan öfke duygusu ve içe aktarılan enerji, kişinin kendisine zarar vermesine ve benliğinde bozulmalara sebebiyet verebilmektedir (Kara ve Acet, 2012).

2.1.4. Somatizasyon

Somatoform bozuklukların belli başlı iki esas önermesi bulunmaktadır. Birincisi, vücut-bellek iki farklı birimdir ve kişinin sızlanmalarının fizyolojik olmasında bunun sebebinin doktor tarafından psikolojik veya sosyal çevreden olduğunun belirtilmesinde hayretle karşılanacak bir durum bulunmamaktadır. İkincisi, belirtinin fizyolojik olması onu daha gerçekçi yapar ve psikolojik belirtiyeye oranla ve rahatsızlık olarak düşünüldüğünde daha kabul edilebilir bir hastalıktır (Özen, Serhadlı, Türkcan, Ülker, 2010).

Somatizasyon bozukluğu, Levin'in (2004) belirttiği şekilde 1980 yılı içerisinde Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabındaki (DSM-III) teşhis sınıflandırmasına dâhil edilerek resmi hale gelmiştir. Amerikan Psikiyatri Birliğinin (APA) bu sınıflandırmasından sonra Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kendi yayını olan Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflamasına göre (ICD-10) somatizasyon bozukluğunu dâhil etmiştir. Somatizasyon bozukluğu; APA'nın daha sonraki yıllarda güncelleyerek DSM-IV olarak yayınladığı sınıflandırma kitabında ise; 30'lu yaşlardan önce ortaya çıkan, yıllar boyu devam eden ve sızı, mide-bağırsak, cinsel ve gerçek olmayan nörolojik belirtilerin birleşimi ile belirginleşen aşırı derecede somatik sızlanma bozukluğu şeklinde tanımlanmıştır. APA'nın 2000 yılında DSM-IV'te yeniden güncellenerek belirttiği somatoform bozukluğunun tanımı; genel

olarak tedavi ihtiyacı duyulan bedensel belirtilerin mevcudiyeti ve bunların tıbben, madde bağımlılığının olumsuz etkileri veya farklı bir zihin bozukluğu tarafından yeterince ifade edilememesidir (Akt. Erdoğan, 2013). DSM V'de ise somatoform bozukluğu yerine bedensel belirti bozukluğu olarak isimlendirilmiştir. Bedensel belirti bozukluğu sıkıntı veren ve günlük yaşantıyı etkileyecek boyutta bir veya daha çok bedensel belirtinin bulunmasıyla belirgin, altı aydan fazla bu semptomların sürdüğü belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014)

Babacan'a (2003) göre; somatizasyon belirtileri olan kişiler hissettikleri rahatsızlık ve rahatsızlığa etki eden sebepler arasındaki bağlantıyı fark etmemekte, yaşadıkları strese psikolojik yönden değil de fizyolojik yönden bir reaksiyon gösterdiklerini reddetmekte, somatizasyonun organizmaya bağlı bir rahatsızlığın belirtileri olarak düşünerek tıbbi tedaviye ihtiyaç duyduklarına inanmaktadırlar. Somatizasyon belirtileri olan kişiler çok fazla ayrışık bir kitle oluşturmaktadır. Kesebir'e (2004) göre; somatizasyon belirtilerinin devamlılığı ve yoğunluğu, duygulanım bileşeninin katılım oranı ve yoğunluğu, kişinin duygularını tanıma ve ifade etme yeteneği vakalar arasında büyük değişkenlik gösterebilmektedir. Somatizasyon çok geniş kapsamda, örneğin somatoformlu bir vakada, depresyon veya kaygı bozukluğu olan bir vakada ya da herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan kişilerde sürekli olmayan sızlanmalar şeklinde karşılaşılabilmektedir. Bunların ortak özelliği; strese ve duygularla ilgili uyarıcılara cevapları duygusal ve bilişsel olmaktan ziyade fizikseldir. Somatizasyon bu özellikleriyle psikosomatik rahatsızlıklarla benzeşmektedir. Genel olarak nüfus içerisinde görülme oranı %20 ile %30 arasındadır.

Guggenheim'e (2000) göre; Nörobiyolojiye yönelik çalışmalarda somatizasyon bozukluğu olan hastalar sağlıklı kontrollerle göre işitsel uyarılmışlık durumlarında farklılığa bağlı işlevlerde bozukluk görülmüş; hastalarda ilgili ve ilgisiz uyaranlara benzer tepkilerin verilmesiyle seçici dikkatle ilgili problemlere dikkat çekilmiştir (Akt. Atmaca, 2012). Hakala ve arkadaşları (2004) somatizasyon ve ayrışmamış somatoform bozukluğu tanısı almış hastayı sağlıklı kontrole karşılaştırmış ve kaudat çekirdeklerinin sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak daha büyük olduğunu ortaya koymuşlardır. Garcia-Campayo ve

arkadaşlarının (2001) tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi (SPECT) çalışmasında ise, somatizasyon tanısı almış hastalar ve kontrol grubu karşılaştırılmış; hastalarda dominant olmayan hemisferde ve hipoperfüzyonda farklılık olduğunu belirtmişlerdir (Akt. Atmaca, 2012).

Barsky (1992) bedensel belirtilerin abartılarak algılanması somatizasyona zemin oluşturmaktadır. Bedensel algıların abartılması, hipokondri, irritabl kolon, kronik yorgunluk gibi özel bozukluklarda patojenik bir hal alırken, somatoform bozukluklar, anksiyete bozukluğu, depresyon ve şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklara komorbid olabilmektedir. Bedensel algıların abartılması bu psikiyatrik durumlardaki etki mekanizmasında tam olarak açıklanmış değildir (Akt. Özen, Doğan, Belene, Solmaz ve Erdal, 2009).

Atmaca Sırlıer ve Yıldırım (2011) yapmış oldukları çalışmada stres ve duygularla en yakından ilişkili bölgeler hipokampus ve amigdala hacimleri değerlendirilmiştir. Somatizasyon bozukluğu olan hastalar sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, sağ ve sol amigdala hacimleri daha küçük; hipokampus, total beyin, gri ve beyaz madde hacimleri de farklı bulunmamıştır. Bu sonuç, somatizasyon bozukluğunun patofizyolojik yönden amigdala ile ilişkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Somatizasyon bozukluğunun Türkiye’de yaygınlığına ilişkin çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Psikiyatri polikliniklerine başvuruların göz önünde bulundurulduğu çalışmalarda somatizasyon bozukluğu oranı % 43 ile %68 arasında bildirilmiştir.

Sağduyu (2001), nörolojik ve psikolojik testler somatizasyonu olan vakalarda dikkat eksikliği, uyanık kalma durumu, bilgilerin toplanması ve geliştirilmesi gibi zihinsel süreçlerde gerileme belirtilerinin olduğunu bildirmiştir.

Clarke’a (2000) göre; depresyon ile bedensel sızlanmaların ve hastalık hastalığının ilişkisi eskiden beri bilinen bir durumdur. Milattan sonraki 2. asırda Galen "melancholia hypochondriaca" (karının sağ ve sol yanlarındaki melankolik kısım) isimli bir rahatsızlıktan bahsetmiştir. Bu rahatsızlığa göre karındaki organlar beyini ikinci derecede etkilemektedir. Daha sonra, Freud’un fizyolojik semptomların psikolojik etkileşimlerle meydana gelebileceği düşünceleri çalışmaların bu yönde yoğunlaşmasına neden olmuştur. Tıbbi

olarak psikiyatrik vakalar içinde olan somatizasyona yönelik ortak fikir, depresyon ve kaygının özel bir fenomeni olarak değerlendirilebileceği şeklindedir (Akt. Kesebir, 2004). Özen, Serhadlı, Türkcan ve Ülker (2010) göre; depresyondaki negatif ve karamsar dizgi geçirilen rahatsızlıklara ilişkin hatıraları güncel tutmakta, rahatsızlık durumu ve ne kadar süre devam edeceğine ilişkin negatif yöndeki düşüncelerini etkinleştirmekte ve böylece nahoş uyarılara olan farkında olma durumunu artırarak, olağan fizyolojik belirtilerin bile abartılarak rahatsızlık oluşmasına neden olmaktadır. Somatizasyon, bireyin hissettiği fizyolojik uyarıcıları ne şekilde değerlendirdiği ve nelere mal ettiğiyle ilişkili bir rahatsızlıktır. Depresyonlu vakalarda en fazla karşılaşılan somatik yakınmalar; vücudun herhangi bir yerinde hissedilen şiddetli acı, bitkinlik, dermansızlık, baş dönmesi, solumada yaşanan sıkıntı, kalbin hızlı hızlı atması, mide ve bağırsaklarla ilgili ağrılar, vücuttaki bazı bölgelerde uyuşma ve iktidarsızlık olduğu iddia edilmişse de, bu belirtilerin başka ruhsal bozukluklarda da görülebileceği gözden kaçırılmamalıdır. Bunun yanı sıra ağrı ve depresyon arasındaki etkileşim üzerinde çalışılması gereken bir mevzudur. Depresyonlu vakalarda görülen baş ağrısı derecesi %54'tür. Süreğen ve belli bir bozukluğa veya hastalığa bağlı olmayan ağrılarda görülen depresyonun yaygınlık oranı önceki çalışmalarda %10-100 arasında, son zamanlardaki araştırmalarda ise %30-60 arasında bulunmuştur.

Anksiyete; bireyin sağlığına yönelik negatif zihinsel düşüncelere yorumlanmasına ve fizyolojik emarelerin daha riskli, etkileyici, musibet olarak değerlendirilmesine sebep olmaktadır. Anksiyeteli bireyler, fiziksel uyarıcıları abartarak sebebi anlaşılmayan, belirsiz ve kuşkulu belirtileri vahim boyutlarda bedensel rahatsızlıklara yorumlamaktadırlar. Bununla birlikte anksiyete; bireyin şahsına yönelik eğilimini ve yoğunluğunu artırmakta ve önceden belirgin olan emarelerin büyütülmesine veya önceden hissedilmeyen uyarıların bilinç alanına getirilmesine sebep olmaktadır. Deneye yönelik yapılan araştırmalarda anksiyetenin, ağrıya yönelik nahoş duyguları ve herhangi bir tepkinin başlangıcında ortaya çıkmasında etkili olan psikolojik veya bedensel etkiyi ve bu uyarılara müsamahayı azalttığı tespit edilmiştir (Özen ve ark., 2010). DSM-IV'e göre; panik atak veya kaygıyla ilgili bozukluklar aşırı somatik emareler içermektedir. Yaygın kaygı bozukluklarında; kaslarda

ağrı, bitkinlik, bağırsaklarda bozulma, bilinç ve duygularda zayıflama ve mide bölgesinde gaz birikmesi gibi etkiler görülmesine rağmen, panik bozukluklarında nefes almada güçlük, göğüs bölgesinde daralma ve ağrı, terlemek, boğuluyormuş gibi hissetme, kalbin hızlı ve düzensiz atması ve ürperti belirtileri görülmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007). Panik bozukluğu teşhisi konulmuş vakalarla yapılan bir araştırmada, vakalardan %11'lik bir kesimin ruhsal ve sosyal sorunlara ilişkin tedavi aradıklarını; diğerlerinin ise kalp çarpıntısı, göğüs bölgesinde ağrı, kalbin hızlı ve düzensiz atması, mide bölgesindeki rahatsızlık gibi somatik yakınmalar belirttiklerini, bunlar arasında en aşırı derecedeki şikâyetin ise %81 olarak ağrıdan kaynaklandığı belirtilmiştir. Anksiyete ve depresyonun birbirleriyle etkileşim içinde olmaları, anksiyete ile somatizasyon arasındaki ilişkiyi incelemede karışıklıklara neden olmaktadır. Bunun yanı sıra, konuyla ilgili yapılan birçok araştırmada; sinir sisteminde rahatsızlığı olan vakalarda somatik emarelerin anksiyete ile ilişkisinin depresyona nazaran daha yoğun olduğu tespit edilmiştir (Özen ve ark., 2010). Fizyolojik etkiler anksiyetenin belirtileri olarak düşünülürse bu, vücuda olan ilgiyi ve tehlikeyle hareketlenen seçici algıları canlandırarak daha yoğun bir kaygıya neden olmakta, bu durum da somatik etkilerin frekansının ve yoğunluğunun artarak karışıklık yaşanmasına sebebiyet vermektedir. Teşhisin erken konulması ve etkili bir tedavi yapılmasıyla anksiyetede somatik emareler ve tıbbi yardım talepleri azalabilmektedir. Fakat bedenselleştiren depresif vakalarda somatizasyona eğilim ve tıbbi yardım isteği sürekli olmakta ve tedaviye karşı daha dirençli olmaktadır (Sayar ve Ak, 2001).

2.1.5. Öfke/saldırganlık

Öfke ve hostiliteye yönelik yapılan çeşitli araştırmalarda; hostile ve öfkeli kişilerin vahim derecede sağlık problemlerine ve bilhassa kalp damar rahatsızlıkları, hipertansiyon, midede yara ve baş bölgesinde ağrı gibi rahatsızlıklara eğilimli oldukları tespit edilmiştir. Toplumsal seviyede ise savaşlar, terörizm, kışkırtmalar, anarşizm, kundaklama, nümayiş, kavgalar, hırsızlık, boşanmalar gibi durumların altında üstesinden gelinelememiş ve söndürülememiş öfke duygusunun olduğu belirtilmektedir (Soykan, 2003).

Öfkeyle giden tanılar DSM sınıflandırma sisteminde bir başlık altında toplanmamıştır. Öfkenin fiziksel dışa vurumu olan saldırganlık ataklarıyla seyreden intermittan Eksplosif (Aralıklı Patlayıcı) Bozukluk dışında, irritabite ve öfke, davranım bozukluğu; genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişikliği, agresif tip; psikotik bozukluklar; depresyon; manik bozukluk ya da kişilik bozukluklarının semptomlarından birisidir. Genç yaşlarda öfke oranları şiddetli olan kişiler üzerinde yapılan bir araştırmada, yirmi yıl sonra, diğerlerine nazaran kolesterol seviyeleri yüksek, fazla kilolu, kronik tansiyonlu, daha fazla sigara ve alkol tüketen ve özellikle daha fazla sağlık problemi yaşayan kişiler olabileceği sonucu bulunmuştur (Düzgün, 2003).

Öfke; ifade edilemeyen, tanımlanamayan, kabul görmeyen kızgınlıkların birlikte yaşanması ve ortaya dökülmesi şeklinde de oluşabilmektedir. Bazen de depresyon, matem, iki uçlu bozukluk, maddeye veya alkole düşkünlük gibi ruhsal rahatsızlıkların yanında, ağrı veren ve süreğen bir bedensel rahatsızlığın olması da bireyde sürekli hale gelebilecek öfke patlamalarına sebep olabilmektedir (Akt. Soykan, 2003).

Depresif hastalarda hostilitenin uyum derecesinin bozuk oluşuyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Kanseri hastalarında da, tedavi edilmeyen öfkenin tedavi ekibi ve hasta yakınlarının hastadan uzaklaşmasını ve/veya hastaya karşı aktif veya pasif saldırgan davranışları provoke edebileceği belirtilmektedir. Kanseri hastalarında hostilitenin depresyonla birlikte ya da tek başına, tedavi kompliansını nasıl etkilediğinin incelenmesi önemlidir. İrritabilite, tedaviye uyumsuzluk, ziyaretçileri kabul etmeme ve tedavi ekibini rahatsız eden davranışlar çoğu kez depresyon lehine yorumlanmamaktadır. Eğer hastadaki öfke kanser tanısına verilen normal bir yanıt değil de depresyonun bir belirtisi olarak doğru bir biçimde değerlendirilecek olursa antidepresan tedavinin zamanında başlaması sağlanabilir (Garip, 2008).

Araştırmalarda öfke ve saldırgan davranışların, birbirine eş olduğu ileri sürülmektedir. Öfke; bireyin, başka insanları beğenmeme duygularını kapsayan ve onları negatif şekilde yorumlamasına etki eden bir davranıştır. Berkowitz (1990), hostilite ile saldırganlık arasındaki etkileşime önem vermekte ve hostilitenin, özümsemiş olmadığını, daha çok dışa vurulmuş bir

öfkeden kaynaklandığını belirtmiştir. Bridewell ve Chang (1997), Riley, Treiber ve Woods (1989), öfke kontrolündeki zafiyetin ve dışa vurulmuş öfkenin, hostileteye etki eden kritik faktörler olduğunu ifade etmişlerdir (Akt. Kesen, Deniz ve Durmuşoğlu, 2009). Saldırganlık, başka bir kişiye/canlıya veya eşyaya bilerek, el veya ayaklar veya diğer aletlerle fiziksel veya duygusal zarar verme eğilimi ve hareketlerinden oluşan eylemlerdir. Saldırganlık, duygusal olarak öfkenin neden olduğu bir tutum; güdüsel olarak ise davranışın saldırganlıkla ilişkisindeki maksat ve zarar verici özellikteki tutumlardır. Davranışçılara göre, maksadın herhangi bir önemi yoktur; bir kişiye fizyolojik veya duygusal yönden zarar vermeye yönelik bütün hareketler saldırganlıktır (Yavuzer ve Karataş, 2012).

Aşırı derecede yaşanan öfkeye yönelik duygular, bireyi saldırganlığa itebilmektedir. Saldırgan davranışların temelinde insanlara/nesnelere sözlü veya sözsüz kontrolü kaybetmiş olarak zarar verme eğilimi bulunmaktadır. Öfke ve kızgınlık esasında içselleştirilmiş bir duygu olmasına rağmen, saldırganlık şeklinde zarar verici davranışlarla sonuçlanabilmektedir. Bu sebeple, öfkenin hoş karşılanmayan bir tanımlanması olan saldırganlığa etki eden nedenlerin anlaşılması ve neticelerinin incelenmesi için çalışmalar yapılması zaruriye göstermektedir (Soykan, 2003).

Saldırganlık çeşitlerinden birisi olan fiziksel saldırganlık insanlara, hayvanlara veya objelere karşı direkt olarak yapılan hareket ve tepkiler (dövmek, tekme atmak, kesici aletlerle veya silahla yaralamak, zorlamak, obje savurmak, kapı veya pencereyi serçe kapatmak, saydam ve çabuk kırılır cisimleri kırmak) olarak sıralanmaktadır. Fiziki, sözlü ve doğrudan yapılmayan saldırganlık, başkalarını kırmaya veya zarar vermeye yöneliktir ve saldırganlığın davranışa yönelik özellikleri vardır. Öfkenin bedensel uyarılma ve saldırgan davranışa hazırlanmayı içerdiği ve saldırgan davranışın duygusal bileşenini oluşturduğu görülmektedir (Yavuzer ve Karataş, 2012).

Öfkenin duruma ilişkin kişisel değerlendirmelerden kaynaklandığı ileri sürülmektedir. Bu değerlendirmelerde en çok göze çarpan özellik "kötülük" düşüncesidir. Öfke, bireyin diğer kişilere, objelere, her türlü canlı/cansız varlıklara veya bölgelere yönelik duyduğu olumsuz etkilerden

kaynaklanmaktadır. Böylece, öfkedeki bilişsel boyutun, negatif inanç veya düşmanlığı aksettirdiği söylenebilmektedir. Öfke ve saldırganlık arasında belirgin bir etkileşim vardır ancak öfke saldırganlıktan yarı bağımsız bir biçimde de oluşabilmektedir. Saldırganlığın iki çeşit ifadesi bulunmaktadır, öfke de bunlardan birisidir. Fiziki saldırganlıkta motor tutumlar ön plandadır ve niyet, karşıdaki canlı veya cansız nesneye zarar vermektir. Saldırganlıktaki diğer ifade boyutu olan sözlü saldırganlık, dışarı atılan öfkenin ifadesidir (Kesen ve ark., 2009).

Öfke ve saldırganlık terimleri genelde birlikte kullanılmasına rağmen birbirlerinden farklıdırlar. Öfke duygusundan sonra saldırganlık davranışı oluşabileceği gibi başka çeşit davranışlarda oluşabilmektedir. Kişinin öfkeye kapıldığında ne yapacağı, o anki duygu durumu, yerleşmiş kültürel ilkeler, öfke derecesi, önceden yaşamış olduğu benzer deneyimler, öfkeden önce kişinin yaşamış olduğu duygular gibi birçok etkene göre çeşitlilik gösterebilmektedir (İncecik, Kurdak, Özcan, Akpınar, Saatçi ve Bozdemir, 2009).

Hostilite, somatizasyon, depresyon ve anksiyete ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda; açık hostilite, kışkırtma, şüphencilik, kaygı, somatizasyon, huzursuzluk ve suça yönelik eylemler ile ortaya çıkan depresif bir alt tür belirlenmiştir. Başka bir araştırmada; depresyon teşhisi konulan vakalarda kontrol grubundakilere oranla daha yüksek seviyede öfke ve hostilite tespit edilmiştir. Öfke kontrolü ve saldırganlık sebebiyle hapiste yatan 1140 erkeğin katıldığı bir araştırmada; depresif hâldeki kişiler ile bu nitelikteki tutumlar arasında kritik ilişkiler tespit edilmiştir. Bazı araştırmalarda kaygı, çökkünlük, duyguları tanımlama ve açıklama konusunda yetersizlik, bedenselleştirme, hiddet veya hostilitenin birbirlerine yönelik bağlantılı psikolojik belirti ve bir takım benzer nitelikleri olduğu belirlenmiştir. Çökkünlük-duyguları tanımlama ve açıklama konusunda yetersizlik ve bedenselleştirme; çökkünlük-hiddet veya hostilite; duyguları tanımlama ve açıklama konusunda yetersizlik-bedenselleştirme, öfke kontrolü ve anksiyete arasında bir etkileşimin varlığı ikili gruplar şeklinde yapılan çeşitli araştırmalarda saptanmıştır (Demet, Deveci, Özmen, Şen ve İçelli, 2002).

2.2. Psikolojik Dayanıklılık

Dayanıklılık kelime anlamı olarak; karşılaşılan bir zorluk durumundan en iyi şekilde ve kazançlı olarak çıkmak, herhangi bir krizde de gelişim göstermek ve sağlam durmaktır. Bir başka tanıma göre ise dayanıklılık; tehlikeli durumlara ve güçlülere karşı en iyi şekilde uyum sağlamak anlamında kullanılmaktadır (Masten, 2004). Dolayısıyla dayanıklılık düzeyi düşük olan bireylerin kendini kontrol edebilme kapasitesi zayıf, çevreden uzaklaşma ve meydana gelen değişikliklere karşı direnç gösterme gibi durumları oluşabilir. Dayanıklılık seviyesi iyi olan kişiler ise yaşamlarını sorgulayarak mücadele etmeyi tercih ederler (Soysal, 2016).

Dayanıklılık tabiri bireylerin yaşantıları süresince karşılaştıkları sorunlar ve güçlüklerin artmasına ve insanların da bu problemlere verdikleri reaksiyonlara karşı dönüşüm göstermiş ve bilim adamlarınca psikolojik dayanıklılık, psikolojik esneklik, psikolojik sağlamlık gibi ifadelerle tanımlanmaya başlanmıştır (Akdoğan ve Yalçın, 2018). Bu çerçevede psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireylerin, çevresindeki insanları etkileme kapasiteleriyle negatif ve üzücü durumlardan avantaj elde etme gücüne ve dayanıklılığa sahip olabilmektedirler (Soysal, 2016). Ayrıca, yüksek seviyede psikolojik dayanıklılığa sahip olan kişilerin daha az kaygılı ve kendine güvenlerinin de iyi seviyede olduğu tespit edilmiştir (Yalçın, 2013).

Psikolojik sağlamlık ya da dayanıklılık kavram olarak, esneklik veya elastikiyet anlamındaki Latince “reliciens” den (İngilizce resilience) türetilmiştir. Bir şeyin esnek ve elastik olması karşılaşılan bir durum sonrası yine eski haline dönebilmesini ifade etmektedir. İnsan psikolojisine göre değerlendirildiğinde ise karşılaşılan bir zorluk, travma, stres gibi faktörlere karşı dayanıklı olmak, buna en iyi şekilde uyum sağlamak, hastalanmamak, her türlü güçlülüğe rağmen yılmadan mücadele edebilmek gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Tüm bu tanımlardan yola çıkarak psikolojik dayanıklılık için insan hayatındaki çeşitli olumsuz durumlardan ve bunun getirdiği stresten kurtulabilme ve kendini toplama gücü ifadeleri de söylenebilmektedir (Doğan, 2015).

Psikolojik dayanıklılık, bireyin yaşantısında karşılaştığı çeşitli zorluklar karşısında mücadele etmesi ya da gelişen olaylarla ve travmalarla baş

edebilme becerisidir. Bunlar bir örselenme, tehdit, acı bir olay, ailevi ya da ilişki sorunları, sağlık sorunları, idari ve ekonomik sorunlar gibi yaşam boyunca karşılaşılabilecek problemlerdir. Bu sebeple bireyin bunlara karşı uyum sağlama, mücadele etme, kendini gerçekleştirme ve üstesinden gelme gibi becerileri de geliştirmesi gerekmektedir. Böylece psikolojik dayanıklılık seviyesi çeşitli stres faktörleri karşısında gelişebilmekte ya da gerilemektedir. Bu yüzden ki psikolojik dayanıklılığa bir kişilik özelliği olarak bireyin hızlıca iyileşmesi, zorlukların üstesinden gelmesi, mücadele, esneklik, dayanıklılık ve bunların hepsini kapsayan kendini toparlama gücü ifadeleri de kullanılmaktadır (Basım ve Çetin, 2011; Çam ve Büyükbayram, 2017, Gürkan, 2010; Kararımak, 2006).

Amerikan Psikoloji Derneğine göre psikolojik dayanıklılık; bunaltı, buhran, örselenme, acı bir olay, tehdit gibi stres faktörlerine yönelik olarak insanların gösterdiği adaptasyon sürecidir (Southwick ve ark., 2014:). Başka bir tanıma göre psikolojik dayanıklılık, stres, bunaltı, dert ve travmalara karşı bireyin kendini olumlu bir şekilde toparlama ve buna karşı uyum gösterme süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Luthar ve Cicchetti, 2000). Görüldüğü üzere psikolojik dayanıklılıkla ilgili birçok tanımda esneklik, uyum, toparlama, iyileşme, üstesinden gelme ve baş etme kavramları çocuklukla kullanılmaktadır (Dündar, 2016).

Dolayısıyla karşılaşılan zorluklarla baş edebilmek için psikolojik dayanıklılık seviyesinin iyi olması gerekmektedir. Yapılan birçok araştırmada psikolojik dayanıklılık seviyesi iyi olan kişilerin karşılaştıkları sorunlarla başarılı bir şekilde mücadele edebildiği, tam tersi durumda da sorunlarını çözmekte zorlandıkları tespit edilmiştir (Öz ve Yılmaz, 2009). Psikolojik dayanıklılık için söylenebilecek en doğru ifade oluşabilecek değişimlerin veya riskli olayların başarılı bir şekilde giderilmesi ya da çözüme kavuşturulmasına yönelik baş etme ve başarılı olma yeteneğidir (Güngörmüş, Okanlı ve Kocabeyoğlu, 2015).

Friborg ve arkadaşlarına (2005) göre psikolojik dayanıklılıktaki iki önemli sebebi irdelemek gereklidir. Birincisi, ruh sağlığını korumada ya da toparlamada etkili olan merkezi faktörleri belirlemek, ikincisi ise stres ve olumsuz koşullarla baş edebilirliği ortaya çıkarmaktır. Psikolojik dayanıklılıktaki iki önemli sebebin yanında beş önemli faktörün de irdelenmesi önem arz etmektedir. Bunlar:

kişisel yeterlik, sosyal yeterlik, aile ile uyum, sosyal kaynaklar ve yapısal modeldir (Akt. Bitmiş, Sökmen ve Turgut, 2013).

Kişisel yeterlik, bireyin kendine güvenini, kendi kendine yeterliğini, kendini sevmesini, gelecekte beklenenleri ve yaşantısıyla ilgili gerçekçi düşüncelerini anlatmaktadır. Bu bakımdan kişisel yeterlik kişinin kendisiyle ilgili algıları ve gelecek algıları olarak iki şekilde de incelenebilmektedir. Sosyal yeterlik daha çok kişinin toplumsal uyumunu, girişkenliğini ve sosyalliğiyle ilişkili iken yapısal model kişinin günlük işlerini devam ettirme, bunları planlama ve yürütme becerisini içermektedir. Aile ile uyum ise kişinin ailesi ile olan ilişkilerini ve ailesinden gelen destekle ilgili bir faktördür. Beşinci faktör olan sosyal kaynaklar da bireyin arkadaş, eş, dost, akraba gibi çevresindeki kişilerden gördüğü desteği anlatmaktadır. Bu beş faktörün hepsi kişinin psikolojik dayanıklılığını oluşturmaktadır (Friborg ve ark., 2005; Akt. Bitmiş, Sökmen ve Turgut, 2013).

Bu beş faktör psikolojik dayanıklılığın durağan olmadığını (Luthar, Cicchetti ve Becker, 2000), dolayısıyla bu faktörlerdeki oluşabilecek zafiyetlerin kişideki dayanıklılığı zaman içinde düşüşe geçirebilme ihtimali olabileceği gibi tersi durumda da artabilme durumu da olabileceğini göstermektedir (Yılmaz-Irmak, 2004). Psikolojik dayanıklılık seviyesi yüksek olanların zorluklarla mücadeleden kaçmadıkları ve etkin bir şekilde mücadele ettikleri, (Rahat, 2014; Steinhardt ve Dolbier, 2008; Terzi, 2006; Yalım, 2007), iletişim becerileri ile ruhsal durumlarının verimli ve sağlıklı olduğu (Ceyhan, 2006; Cohan, Sills ve Stein, 2006; Erarslan, 2014), benlik algılarının ve kendine olan saygılarının iyi durumda olduğu (Kararımak, 2007; Yılmaz-Irmak, 2004), yaşantılarından yeterince doyum sağladıkları (Eryılmaz, 2012; Toprak, 2014) ve iyimser oldukları birçok araştırma sonucuna yansımıştır (Akt. Altuntaş ve Genç, 2018).

3. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni, örnekleme, veri toplama araçları, veri toplanma süreci ve verilerin analizinde kullanılan tekniklerle ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma model olarak betimsel türde yapılmıştır. Betimsel türdeki araştırmalarda olay olduğu gibi araştırılmaktadır. Bu tür araştırmalarda ele alınan olay, olgu ve durumlar detaylı şekilde araştırılarak daha önceki olaylarla ve durumlarla ilişkisi incelenip bunların neler olduğu betimlenmeye çalışılmaktadır (Karakaya, 2009).

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evreni T.C. de bulunan özel hastanelerinde çalışmakta olan sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Araştırmanın örnekleme seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden uygun örnekleme modeliyle belirlenmiştir. Bu örnekleme yönteminde gerekli duyulan büyüklükteki bir örnekleme elde edinceye değin en ulaşılabilir olan katılımcılardan başlayarak verilerin toplanmasıdır (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz, Demirel, 2016).

Örneklemin %54.4'ü (n=56) kadın, %45.6'sı (n=47) erkek olmak üzere toplam 106 sağlık personelinden oluşmaktadır. Eğitim durumuna bakıldığında %10.7'si (n=11) ortaokul, %37.9'u (n=39) lise, %51.5'i (n=53) lisans ve üstü eğitim almıştır. Sağlık çalışanlarının medeni durumuna bakıldığında %52.4'ü (n=54) evli, %6.8'i (n=7) sözlü/nişanlı ve %40.8'i (n=42) bekârdır. Hastanedeki görev dağılımına bakıldığında %4.9'u (n=5) doktor, %28.2'si (n=29) hemşire, %12.6'sı (n=13) hasta hizmetleri danışmanı, %30.1'i (n=31) idari personel, %12.6'sı (n=13) temizlik personeli, %11.7'si (n=12) tıbbi teknikerdir. Sağlık çalışanlarının sağlık alanında çalışma süreleri dağılımına bakıldığında %23.3'ü (n=24) 1 yıldan az, %40.8'i (n=42) 1-5 yıl arası, %22.3'ü (n=23) 6-10 yıl arası ve %13.6'sı (n=14) 11 yıldan fazla çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının buldukları kurumda çalışma süreleri dağılımına bakıldığında %29.1'i (n=30) 1 yıldan az, %47.6'sı (n=49) 1-5 yıl arası, %18.4'ü (n=19) 6-10 yıl arası ve

%4.9'u (n=5) 11 yıldan fazla çalışmaktadır. Örneklem grubunun cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma süreleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1:Örneklemin Cinsiyet, Eğitim Durumu ve Çalışma Süreleri Dağılım Tablosu

		n	%
Cinsiyet	Kadın	56	54.4
	Erkek	47	45.6
	Toplam	103	100
Eğitim Durumu	Ortaokul	11	10.7
	Lise	39	37.9
	Lisans	53	51.5
	Toplam	103	100
Medeni Durum	Evli	54	52.4
	Sözlü/Nişanlı	7	6.8
	Bekar	42	40.8
	Toplam	103	100
Görev	Doktor	5	4.9
	Hemşire	29	28.2
	Hasta hizmetleri danışmanı	13	12.6
	İdari personel	31	30.1
	Temizlik personeli	13	12.6
	Tıbbi Tekniker	12	11.7
	Toplam	103	100
Çalışma Süresi	1 yıldan az	24	23.3
	1-5 yıl	42	40.8
	6-10 yıl	23	22.3
	11 yıl ve üzeri	14	13.6
	Toplam	103	100
Bulunduğu Kurumda Çalışma Süresi	1 yıldan az	30	29.1
	1-5 yıl	49	47.6
	6-10 yıl	19	18.4
	11 yıl ve üzeri	5	4.9
Toplam	103	100	

Sağlık çalışanlarının hastalarla iletişim durumuna bakıldığında %51.5'i (n=53) hastalarla iletişimde olan ve %48.5'i (n=50) hastalarla iletişimde olmayan çalışanlardır. Sağlık çalışanlarının kendileri ile ilgili algıladıkları psikolojik dayanıklılık dağılımına bakıldığında %76.7'si (n=79) kendisini psikolojik açıdan dayanıklı hissetmekte ve %23.3'ü (n=24) psikolojik olarak dayanıklı hissetmemektedir. Örneklem grubunun hastalarla iletişim durumu ve psikolojik dayanıklılık dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Örneklemen Hastalarla İletişim Durumu ve Psikolojik Dayanıklılık Dağılım Tablosu

		n	%
İletişim Durumu	Var	53	51.3
	Yok	50	48.5
Toplam		103	100
Psikolojik Dayanıklı Hissetmek	Evet	79	76.7
	Hayır	24	23.3
Toplam		103	100

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak “Kısa Semptom Envanteri”, “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” ve sosyo-demografik bilgi formu uygulanmıştır.

3.3.1. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (KSE) Derogatis (1992) tarafından psikolojik belirtileri tarama amacıyla geliştirilmiş Skala -90'nın (SCL-90-R) kısa formudur. SCL-90-R 90 maddeden oluşan ve 9 faktöre dağılmış maddeler arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilerek, KSE kısa form elde edilmiştir. Kendini değerlendirme türü olan ölçeğin her maddesi 0-4 arası puanlanmaktadır. Alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin psikolojik belirtilerinin sıklığını işaret etmektedir. Ölçek Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. KSE 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Anksiyete 13 maddeden (45, 46, 43, 47, 38, 31, 28, 42, 32, 13, 36, 49, 12), depresyon 12 maddeden (17, 14, 20, 16, 19, 39, 25, 37, 35, 18, 27, 9), olumsuz benlik 12 maddeden (50, 22, 51, 52, 53, 44, 21, 24, 48, 15, 34, 26), somatizasyon 9 maddeden (8, 2, 7, 33, 29, 30, 5, 11, 23) ve öfke/saldırganlık 7 maddeden (40, 4, 41, 3, 6, 1, 10) oluşmaktadır (Düzgün, 2003).

Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılan üç farklı çalışmada, ölçeğin toplam puanından elde edilen Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayılarının 0.96 ve 0.95, alt ölçekler için elde edilen katsayıların ise 0.75 ile 0.88 arasında değiştiği ortaya konmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerlilik bakımından yapılan üç farklı çalışmada envanterin alt ölçeklerinin ve üç global indeks puanlarının Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile -.14- -.34 arasında, Boyun Eğici Davranışlar Ölçeği ile .16 - .42 arasında, Strese Yatkınlık Ölçeği ile .24 - .36 arasında, UCLA

Yalnızlık Ölçeği ile .13 - .36 arasında, Offer Yalnızlık Ölçeği ile .34 - .57 arasında ve Beck Depresyon Envanteri ile .34 - .70 arasında değişen korelasyonların olduğu belirlenmiştir. (Şahin ve Durak, 1994). Ölçekle ilgili birkaç sorunun yer aldığı örnek form Ek 1'de ve Türkçeye uyarlama çalışmasını gerçekleştiren araştırmacılardan alınan uygulama izni yazısı Ek 2'de verilmiştir.

3.3.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Friberg, Hjemdal, Rosenvinge ve Martinussen (2003) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 'kişisel güç', 'yapısal stil', sosyal yeterlilik', 'aile uyumu' ve 'sosyal kaynaklar' olmak üzere 5 boyut içermektedir. Friberg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge ve Hjemdal (2005) yaptıkları farklı bir çalışmada ölçeğin altı boyutlu yapısıyla psikolojik dayanıklılık modelini daha iyi açıkladığını ortaya koymuşlardır. Bu çalışmada 'kişisel güç' boyutu 'kendilik algısı' ve 'gelecek algısı' biçiminde ikiye ayrılmış ve toplam altı boyutlu bir yapı ortaya konmuştur. YPDÖ Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Araştırmacılar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçekte altı boyut tespit edilmiştir. Bu alt boyutlar ise 'yapısal stil' (3,9,15,21), 'gelecek algısı' (2,8,14,20), 'aile uyumu' (5,11,17,23,26,32), 'kendilik algısı' (1,7,13,19,28,31), 'sosyal yeterlilik' (4,10,16,22,25,29) ve 'sosyal kaynaklar' (6,12,18,24,27,30,33) maddeleri ile ölçülmektedir. Ölçekte, yanıtlar için beş ayrı kutucuğun yer aldığı bir format kullanılmıştır buna bağlı olarak maddelerin tercih edilmesinde önyargılı değerlendirmelerden kaçınmak için olumlu ve olumsuz özelliklerin farklı taraflarda yer almaktadır. Şematik biçimde şekillendirilen formda değerlendirme sonucu psikolojik dayanıklılığın yüksek veya düşük ölçülmesinde puanlama şekli serbest bırakılan puanlama için bu çalışmada puanlar arttıkça dayanıklılığın artması şeklinde puanlama yapılmıştır. Buna göre puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa, cevap kutucuklarının soldan sağa doğru 12345 olarak değerlendirilmesi ve ölçekte yer alan 1-3-4-8-11-12-13- 14-15-16-23-24-25-27-31-33 maddelerinin 54321 şeklinde ters olarak puanlanması gerekecektir. Ölçüt bağımlı geçerliliği çalışması sonucu Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile .168 - .453, arasında ve Kontrol Odağı Ölçeği ile -.138 - -.242 arasında değişen korelasyonların

olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayılarının 0,66 ile 0,81 arasında ve test-tekrar test güvenilirliklerinin ise 0,68 ile 0,81 arasında değiştiği ortaya konmuştur. Ölçekle ilgili birkaç sorunun yer aldığı örnek form Ek 3'de ve Türkçeye uyarlama çalışmasını gerçekteştiren araştırmacılardan alınan uygulama izni yazısı Ek 4,de verilmiştir.

3.3.3. Sosyo-demografik bilgi formu

Katılımcıların demografik özelliklerini ve çalışmanın amacına yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan 8 sorudan oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu Ek 5'de verilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler 15 Nisan 2019-01 Mayıs 2019 tarihleri arasında Çorum ilinde özel bir hastanede toplanmıştır. Verilerin toplanması için hedef kitle hastanede çalışmakta olan personellerden oluşmaktadır. Katılımcılara ölçekleri uygulamadan hemen önce sözlü olarak kısaca araştırma anlatıldıktan sonra aydınlatılmış onam formları verilir, çalışmaya katılmak için onamları alındıktan sonra ölçekler uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması her katılımcı için ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde araştırmanın amaçları doğrultusunda yüzdeler, dökümleri, aritmetik ortalama, iki değişken için ki-kare testi, ilişkisiz ölçümlerde ortalama puanlarının karşılaştırılması (T-test) ve korelasyon analizlerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi .05 olarak alınmıştır. Verilerin analizi Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programında (SPSS) yapılmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın alt problemlerin yanıtlanması amacıyla yapılan istatistiksel analizler sonucu elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Birinci alt problem olan “Sağlık çalışanlarının psikolojik belirti düzeyleri nedir?” sorusunun yanıtını ortaya koymak üzere alt ölçek puanlarının ve ölçek genel puanının ortalamaları alınmış ve Tablo 3’de sunulmuştur.

Tablo 3: Psikolojik Belirti Ortalama Puanları Tablosu

	n	\bar{X}	SS	
KSE	Anksiyete	103	.61	.57
	Depresyon	103	.94	.80
	Olumsuz Benlik	103	.69	.69
	Somatizasyon	103	.60	.57
	Öfke/Saldırganlık	103	1.05	.79
	Genel Toplam	103	.76	.60

Yapılan analiz sonucunda sağlık çalışanlarında KSE’i alt ölçekleri olan anksiyete puan ortalaması $.61 \pm .57$, depresyon puan ortalaması $.94 \pm .80$, olumsuz benlik puan ortalaması $.69 \pm .69$, somatizasyon puan ortalaması $.60 \pm .57$, öfke/saldırganlık puan ortalaması $1.05 \pm .79$ ve genel toplamın puan ortalaması $.76 \pm .60$ bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının psikolojik belirti düzeyleri düşüktür.

İkinci alt problem olan “Sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri nedir?” sorusunun yanıtını ortaya koymak üzere alt ölçek puanlarının ve ölçek genel puanının ortalamaları alınmış ve Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4: Psikolojik Dayanıklılık Ortalama Puanları Tablosu

	n	\bar{X}	SS	
YPDÖ	Yapısal Stil	103	3.79	1.10
	Gelecek Algısı	103	3.92	1.10
	Aile Uyumu	103	4.10	.93
	Kendilik Algısı	103	4.03	.87
	Sosyal Yeterlilik	103	3.97	.78
	Sosyal Kaynaklar	103	4.24	.75
Genel Toplam	103	4.03	.62	

Yapılan analiz sonucunda sağlık çalışanlarında YPDÖ’i alt ölçekleri olan yapısal stil puan ortalaması 3.82 ± 1.09 , gelecek algısı puan ortalaması 3.95 ± 1.10 , aile uyumu puan ortalaması $4.11 \pm .92$, kendilik algısı puan ortalaması $4.05 \pm .86$, sosyal yeterlilik puan ortalaması $3.99 \pm .78$, sosyal kaynaklar puan ortalaması $4.26 \pm .75$ ve genel toplamın puan ortalaması $4.05 \pm .63$ bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksektir.

Araştırmanın üçüncü alt problemi olan “Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik değişkenlere (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastanedeki görev, hastalarla iletişim durumu, çalışma süresi, bulunduğu hastanede çalışma süresi) göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde farklılık var mıdır?” sorusunun yanıtını ortaya koymak üzere ki-kare analizi yapılmıştır. Yaşla ilgili bulgular Tablo 5’de, cinsiyetle ilgili bulgular Tablo 6’da, eğitim durumu ile ilgili bulgular Tablo 7’de, medeni durumla ilgili bulgular Tablo 8’de, hastanedeki görev ile ilgili bulgular Tablo 9’da, hastalarla iletişim durumuyla ilgili bulgular Tablo 10’da, çalışma süresiyle ilgili bulgular Tablo 11’de ve bulunduğu hastanedeki çalışma süresi Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 5 : Yaş Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu

			Psikolojik Dayanıklılık		Toplam	X ²	sd	p
			Yok	Var				
Yaş	20-30 yaş arası	n	28	34	62	.105	2	.949
		%	59.6	60.7	60.2			
	31-40 yaş arası	n	13	16	29			
		%	27.7	28.6	28.2			
	41-50 yaş arası	n	6	6	12			
		%	12.8	10.7	11.7			
Toplam		n	47	56	103			
		%	100	100	100			

Yaş değişkenine göre psikolojik dayanıklılığa bakıldığında sağlık çalışanlarının %60.2’si 20-30 yaş arası, %28.2’u 31-40 yaş arası ve %11.7’si 41-50 yaş arasında olup yaşa göre psikolojik dayanıklılık açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=.105$, $p>.05$).

Tablo 6: Cinsiyet Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu

		Psikolojik Dayanıklılık			Toplam	X ²	sd	p
		Yok	Var					
Cinsiyet	Kadın	n	21	35	56	3.270	1	.054
		%	44.7	62.5	54.4			
	Erkek	n	26	21	47			
		%	55.3	37.5	45.6			
Toplam		n	47	56	103			
		%	100	100	100			

Cinsiyet değişkenine göre psikolojik dayanıklılığa bakıldığında sağlık çalışanlarının %54.4'ü kadın ve %45.6'sı erkek olup cinsiyete göre psikolojik dayanıklılık açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3.270$, $p>.05$).

Tablo 7: Eğitim Durumu Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu

		Psikolojik Dayanıklılık			Toplam	X ²	sd	p
		Yok	Var					
Eğitim Durumu	Ortaokul	n	5	6	11	.116	2	.944
		%	10.6	10.7	10.7			
		Lise	n	17	22			
		%	36.2	39.3	37.9			
	Lisans ve üstü	n	25	28	53			
		%	53.2	50	51.5			
Toplam		n	47	56	103			
		%	100	100	100			

Eğitim durumu değişkenine göre psikolojik dayanıklılığa bakıldığında sağlık çalışanlarının %10.7'si ortaokul, %37.9'u lise ve %51.5'i lisans ve lisansüstü eğitim almış olup eğitim durumuna göre psikolojik dayanıklılık açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=.116$, $p>.05$).

Tablo 8: Medeni Durum Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu

		Psikolojik Dayanıklılık			Toplam	X ²	sd	p
		Yok	Var					
Medeni Durum	Evli	n	24	30	54	.407	2	.816
		%	51.1	53.6	52.4			
	Sözlü/Nişanlı	n	4	3	7			
		%	8.5	5.4	6.8			
	Bekâr	n	19	23	42			
		%	40.4	41.1	40.8			
Toplam	n	47	56	103				
	%	100	100	100				

Medeni durumu değişkenine göre psikolojik dayanıklılığa bakıldığında sağlık çalışanlarının %52.4'ü evli, %6.8'i sözlü/nişanlı ve %40.8'i bekar olup medeni durumuna göre psikolojik dayanıklılık açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=.407$, $p>.05$).

Tablo 9: Hastanedeki Görev Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu

		Psikolojik Dayanıklılık			Toplam	X ²	sd	p
		Yok	Var					
Görev	Doktor	n	3	2	5	2.846	5	.724
		%	6.4	3.6	4.9			
	Hemşire	n	13	16	29			
		%	27.7	28.6	28.2			
	Hasta Hiz. Dan.	n	6	7	13			
		%	12.8	12.5	12.6			
	İdari Personel	n	11	20	31			
		%	23.4	35.7	30.1			
	Temizlik Personeli	n	7	6	13			
		%	14.9	10.7	12.6			
Tıbbi Tekniker	n	7	5	12				
	%	14.9	8.9	11.7				
Toplam	n	47	56	103				
	%	100	100	100				

Hastanedeki yapılan görev değişkenine göre psikolojik dayanıklılığa bakıldığında sağlık çalışanlarının %4.9'u doktor, %28.2'si hemşire, %12.6'sı hasta hizmetleri danışmanı, %30.1'i idari personel, %12.6'sı temizlik personeli ve %11.7'si tıbbi tekniker görevinde olup görev durumuna göre psikolojik dayanıklılık açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=2.846$, $p>.05$).

Tablo 10: Hastalarla İletişim Durumu Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu

		Psikolojik Dayanıklılık		Toplam	X ²	sd	p	
		Yok	Var					
Hastalarla İletişim	Var	n %	27 57.4	26 46.4	53 51.5	1.242	1	.265
	Yok	n %	20 42.6	30 53.6	50 48.5			
Toplam		n %	47 100	56 100	103 100			

Hastalarla iletişim durumu değişkenine göre psikolojik dayanıklılığa bakıldığında sağlık çalışanlarının %51.5'i hastalarla direk iletişimde ve %48.5'i hastalarla direk iletişimde olmayan çalışanlar olup hastalarla iletişim durumuna göre psikolojik dayanıklılık açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=1.242$, $p>.05$).

Tablo 11: Çalışma Süresi Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu

		Psikolojik Dayanıklılık		Toplam	X ²	sd	p	
		Yok	Var					
Çalışma Süresi	1 yıldan az	n %	11 23.4	13 23.2	24 23.3	2.106	3	.551
	1-5 yıl	n %	16 34.0	26 46.4	42 40.8			
	6-10 yıl	n %	12 25.5	11 19.6	23 22.3			
	11 yıl ve üzeri	n %	8 17.0	6 10.7	14 13.6			
Toplam		n %	47 100	56 100	103 100			

Sağlık alanında çalışma süresine göre psikolojik dayanıklılığa bakıldığında sağlık çalışanlarının %23.3'ü 1 yıldan az, %40.8'i 1-5 yıl arası, %22.3'ü 6-10 yıl arası ve %13.6'sı 11 yıl ve üzeridir çalışıyor olup çalışma süresine göre psikolojik dayanıklılık açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=2.106$, $p>.05$).

Tablo 12: Bulunduğu Hastanede Çalışma Süresi Değişkenine göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin Ki-Kare Tablosu

		Psikolojik Dayanıklılık			Toplam	X ²	sd	p
		Yok	Var					
Çalışma Süresi	1 yıldan az	n	13	17	30	3.761	3	.288
		%	27.7	30.4	29.1			
	1-5 yıl	n	19	30	49			
		%	40.4	53.6	47.6			
	6-10 yıl	n	12	7	19			
		%	25.5	12.5	18.4			
	11 yıl ve üzeri	n	3	2	5			
		%	6.4	3.6	4.9			
Toplam		n	47	56	103			
		%	100	100	100			

Bulunduğu hastanede çalışma süresine göre psikolojik dayanıklılığa bakıldığında sağlık çalışanlarının %29.1'i 1 yıldan az, %47.6'sı 1-5 yıl arası, %18.4'ü 6-10 yıl arası ve %4.9'u 11 yıl ve üzeridir çalışıyor olup çalışma süresine göre psikolojik dayanıklılık açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır ($X^2=3.761$, $p>.05$).

Araştırmanın dördüncü alt problemi olan "Sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, öfke/saldırganlık ve genel psikolojik belirti düzeylerine göre psikolojik dayanıklılık durumları arasında farklılık var mıdır?" sorusunun yanıtını ortaya koymak üzere t-test analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 13'de sunulmuştur.

Tablo 13: Anksiyete, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon, Öfke/Saldırganlık ve Genel Psikolojik Durum göre Psikolojik Dayanıklılığa İlişkin T-test Tablosu

Psikolojik Belirtiler		n	\bar{X}	ss	sd	t	p																																																								
Anksiyete	PD Yok	47	.84	.69	67.21	3.77	.000**																																																								
	PD Var	56	.42	.36				Depresyon	PD Yok	47	1.27	.89	79.29	3.92	.000**	PD Var	56	.67	.61	Olumsuz Benlik	PD Yok	47	.99	.83	64.53	4.11	.000**	PD Var	56	.44	.41	Somatizasyon	PD Yok	47	.82	.68	68.84	3.62	.001**	PD Var	56	.42	.37	Öfke/Saldırganlık	PD Yok	47	1.37	.86	82.34	3.87	.000**	PD Var	56	.78	.63	Genel Psikolojik Durum	PD Yok	47	1.04	.69	71.09	4.53	.000**
Depresyon	PD Yok	47	1.27	.89	79.29	3.92	.000**																																																								
	PD Var	56	.67	.61				Olumsuz Benlik	PD Yok	47	.99	.83	64.53	4.11	.000**	PD Var	56	.44	.41	Somatizasyon	PD Yok	47	.82	.68	68.84	3.62	.001**	PD Var	56	.42	.37	Öfke/Saldırganlık	PD Yok	47	1.37	.86	82.34	3.87	.000**	PD Var	56	.78	.63	Genel Psikolojik Durum	PD Yok	47	1.04	.69	71.09	4.53	.000**	PD Var	56	.53	.40								
Olumsuz Benlik	PD Yok	47	.99	.83	64.53	4.11	.000**																																																								
	PD Var	56	.44	.41				Somatizasyon	PD Yok	47	.82	.68	68.84	3.62	.001**	PD Var	56	.42	.37	Öfke/Saldırganlık	PD Yok	47	1.37	.86	82.34	3.87	.000**	PD Var	56	.78	.63	Genel Psikolojik Durum	PD Yok	47	1.04	.69	71.09	4.53	.000**	PD Var	56	.53	.40																				
Somatizasyon	PD Yok	47	.82	.68	68.84	3.62	.001**																																																								
	PD Var	56	.42	.37				Öfke/Saldırganlık	PD Yok	47	1.37	.86	82.34	3.87	.000**	PD Var	56	.78	.63	Genel Psikolojik Durum	PD Yok	47	1.04	.69	71.09	4.53	.000**	PD Var	56	.53	.40																																
Öfke/Saldırganlık	PD Yok	47	1.37	.86	82.34	3.87	.000**																																																								
	PD Var	56	.78	.63				Genel Psikolojik Durum	PD Yok	47	1.04	.69	71.09	4.53	.000**	PD Var	56	.53	.40																																												
Genel Psikolojik Durum	PD Yok	47	1.04	.69	71.09	4.53	.000**																																																								
	PD Var	56	.53	.40																																																											

** p<.01 istatistiksel anlamlı fark

Anksiyete düzeyine göre psikolojik dayanıklılık durumu karşılaştırıldığında psikolojik dayanıklılığı olan ve olmayan çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur, $t(67.21)=3.77$, $p<.01$). Psikolojik dayanıklılığı olmayan çalışanların ($\bar{X}=0.84\pm0.69$), psikolojik dayanıklılığı olan çalışanlara ($\bar{X}=0.42\pm0.36$) göre anksiyete düzeyleri daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Depresyon düzeyine göre psikolojik dayanıklılık durumu karşılaştırıldığında psikolojik dayanıklılığı olan ve olmayan çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur, $t(79.29)=3.92$, $p<.01$). Psikolojik dayanıklılığı olmayan çalışanların ($\bar{X}=1.27\pm0.89$), psikolojik dayanıklılığı olan çalışanlara ($\bar{X}=0.67\pm0.61$) göre depresyon düzeyleri daha yüksek olduğu görülmektedir.

Olumsuz benlik düzeyine göre psikolojik dayanıklılık durumu karşılaştırıldığında psikolojik dayanıklılığı olan ve olmayan çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur, $t(64.53)=4.11$, $p<.01$). Psikolojik dayanıklılığı olmayan çalışanların ($\bar{X}=0.99\pm0.83$), psikolojik dayanıklılığı olan çalışanlara ($\bar{X}=0.44\pm0.41$) göre olumsuz benlik düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır.

Somatizasyon düzeyine göre psikolojik dayanıklılık durumu karşılaştırıldığında psikolojik dayanıklılığı olan ve olmayan çalışanlar arasında istatistiksel olarak

anlamli farklilik bulunmuştur, $t(68.84)=3.62$, $p<.01$). Psikolojik dayanıklılığı olmayan çalışanların ($\bar{X}=.82\pm.68$), psikolojik dayanıklılığı olan çalışanlara ($\bar{X}=.42\pm.37$) göre somatizasyon düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Öfke/saldırđanlık düzeyine göre psikolojik dayanıklılık durumu karşılaştırıldığında psikolojik dayanıklılığı olan ve olmayan çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmuştur, $t(82.34)=3.87$, $p<.01$). Psikolojik dayanıklılığı olmayan çalışanların ($\bar{X}=1.37\pm.86$), psikolojik dayanıklılığı olan çalışanlara ($\bar{X}=.78\pm.63$) göre öfke/saldırđanlık düzeyleri daha yüksektir.

Genel psikolojik belirti düzeyine göre psikolojik dayanıklılık durumu karşılaştırıldığında psikolojik dayanıklılığı olan ve olmayan çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamli farklilik bulunmuştur, $t(71.09)=4.53$, $p<.01$). Psikolojik dayanıklılığı olmayan çalışanların ($\bar{X}=1.04\pm.69$), psikolojik dayanıklılığı olan çalışanlara ($\bar{X}=.53\pm.40$) göre genel psikolojik belirti düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmanın son alt problemi olan “Sağlık alışanlarının psikolojik dayanıklılıkları ile psikolojik belirtileri arasında ilişki var mıdır?” sorusunun yanıtını ortaya koymak üzere korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14: KSE ve YPDÖ Korelasyon Tablosu

Ölçekler	Ank.	Dep.	Olum. Ben.	Som.	Öf.Sal.	KSE Gen.	Yap. Stil	Gel. Algı.	A. Uy.	Ken. Algısı	Sos. Yeter.	Sos. Kay.	YPDÖ Gen.
KSE Anksiyete	1												
KSE Depresyon	.746**	1											
KSE Olumsuz Benlik	.786**	.836**	1										
KSE Somatizasyon	.737**	.662**	.653**	1									
KSE Öfke/Saldırganlık	.756**	.707**	.718**	.645**	1								
KSE Genel	.909**	.917**	.920**	.810**	.849**	1							
YPDÖ Yapısal Stil	-.321**	-.354**	-.292**	-.253**	-.306**	-.349**	1						
YPDÖ Gelecek Algısı	-.409**	-.534**	-.465**	-.350**	-.376**	-.497**	.559**	1					
YPDÖ Aile Uyumu	-.269**	-.328**	-.327**	-.232*	-.169	-.312**	.367**	.387**	1				
YPDÖ Kendilik Algısı	-.388**	-.437**	-.382**	-.353**	-.338**	-.435**	.547**	.627**	.379**	1			
YPDÖ Sosyal Yeterlilik	-.200*	-.208*	-.230*	-.157	-.238*	-.234*	.244*	.216*	.229*	.415**	1		
YPDÖ Sosyal Kaynaklar	-.141	-.128	-.228*	-.073	-.061	-.152	.212*	.237**	.533**	.392**	.408**	1	
YPDÖ Genel	-.407**	-.468**	-.457**	-.335**	-.346**	-.466**	.678**	.705**	.714**	.800**	.596**	.687**	1

** p<.01 istatistiksel anlamlı ilişki
* p<.05 istatistiksel anlamlı ilişki

Korelasyon analizi sonucu; KSE anksiyete alt ölçeği ile depresyon ($r=.746$, $p=.000$), olumsuz benlik ($r=.786$, $p=.000$), somatizasyon ($r=.737$, $p=.000$), öfke/saldırganlık ($r=.756$, $p=.000$) ve KSE genel toplam ($r=.909$, $p=.000$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Yine anksiyete ile YPDÖ yapısal stil ($r=-.321$, $p=.001$), gelecek algısı ($r=-.409$, $p=.000$), kendilik algısı ($r=-.388$, $p=.000$) YPDÖ genel toplam ($r=-.407$, $p=.000$) arasında negatif yönde orta düzeyde, aile uyumu ($r=-.269$, $p=.005$), sosyal yeterlilik ($r=-.200$, $p=.042$) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Anksiyete ve sosyal kaynaklar ($r=-.141$, $p=.129$) arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

KSE Depresyon alt ölçeği ile olumsuz benlik ($r=.836$, $p=.000$), öfke/saldırganlık ($r=.707$, $p=.000$) ve KSE genel toplam ($r=.917$, $p=.000$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki, somatizasyon ($r=.662$, $p=.000$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Depresyon ile YPDÖ yapısal stil ($r=-.354$, $p=.000$), gelecek algısı ($r=-.534$, $p=.000$), , aile uyumu ($r=-.328$, $p=.001$), kendilik algısı ($r=-.437$, $p=.000$) ve YPDÖ genel toplam ($r=-.468$, $p=.000$) arasında negatif yönde orta düzeyde, sosyal yeterlilik ($r=-.208$,

$p=.038$) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Depresyon ve sosyal kaynaklar ($r=-.128$, $p=.183$) arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

KSE Olumsuz benlik alt ölçeği ile öfke/saldırganlık ($r=.718$, $p=.000$) ve KSE genel toplam ($r=.920$, $p=.000$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki somatizasyon ($r=.653$, $p=.000$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Olumsuz benlik YPDÖ gelecek algısı ($r=-.465$, $p=.000$), aile uyumu ($r=-.327$, $p=.001$), kendilik algısı ($r=-.382$, $p=.000$) YPDÖ genel toplam ($r=-.457$, $p=.000$) arasında negatif yönde orta düzeyde, yapısal stil ($r=-.292$, $p=.002$), sosyal yeterlilik ($r=-.230$, $p=.016$) ve sosyal kaynaklar ($r=-.228$, $p=.015$) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

KSE Somatizasyon alt ölçeği ile KSE genel toplam ($r=.810$, $p=.000$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki öfke/saldırganlık ($r=.645$, $p=.000$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Somatizasyon YPDÖ gelecek algısı ($r=-.350$, $p=.000$), kendilik algısı ($r=-.353$, $p=.000$) ve YPDÖ genel toplam ($r=-.335$, $p=.000$) arasında negatif yönde orta düzeyde, yapısal stil ($r=-.253$, $p=.008$), aile uyumu ($r=-.232$, $p=.015$) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Somatizasyon ve sosyal yeterlilik ($r=-.157$, $p=.088$) ve sosyal kaynaklar ($r=-.073$, $p=.384$) arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

KSE Öfke/saldırganlık alt ölçeği ile KSE genel toplam ($r=.849$, $p=.000$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Öfke/saldırganlık YPDÖ gelecek algısı ($r=-.376$, $p=.000$), kendilik algısı ($r=-.338$, $p=.001$), yapısal stil ($r=-.306$, $p=.002$) ve YPDÖ genel toplam ($r=-.346$, $p=.000$) arasında negatif yönde orta düzeyde ve sosyal yeterlilik ($r=-.238$, $p=.014$) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Öfke/saldırganlık ve aile uyumu ($r=-.169$, $p=.088$) ve sosyal kaynaklar ($r=-.061$, $p=.588$) arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

KSE genel toplam ile YPDÖ yapısal stil ($r=-.349$, $p=.000$), gelecek algısı ($r=-.497$, $p=.000$), aile uyumu ($r=-.312$, $p=.001$), kendilik algısı ($r=-.435$, $p=.000$) YPDÖ genel toplam ($r=-.466$, $p=.000$) arasında negatif yönde orta düzeyde,

sosyal yeterlilik ($r=-.234$, $p=.015$) arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. KSE genel toplam ve sosyal kaynaklar ($r=-.152$, $p=.108$) arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmamıştır.

YPDÖ yapısal stil alt ölçeği ile gelecek algısı ($r=.559$, $p=.000$), aile uyumu ($r=.367$, $p=.000$), kendilik algısı ($r=.547$, $p=.000$) ve YPDÖ genel toplam ($r=.678$, $p=.000$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki, sosyal yeterlilik ($r=.244$, $p=.010$), sosyal kaynaklar ($r=.212$, $p=.019$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

YPDÖ gelecek algısı alt ölçeği ile YPDÖ genel toplam ($r=.705$, $p=.000$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki, aile uyumu ($r=.387$, $p=.000$), kendilik algısı ($r=.627$, $p=.000$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki, sosyal yeterlilik ($r=.216$, $p=.018$), sosyal kaynaklar ($r=.237$, $p=.008$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

YPDÖ aile uyumu alt ölçeği ile YPDÖ genel toplam ($r=.714$, $p=.000$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki, kendilik algısı ($r=.379$, $p=.000$), sosyal kaynaklar ($r=.533$, $p=.000$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki, sosyal yeterlilik ($r=.229$, $p=.014$) arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

YPDÖ kendilik algısı alt ölçeği ile YPDÖ genel toplam ($r=.800$, $p=.000$) arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki, sosyal yeterlilik ($r=.415$, $p=.000$), sosyal kaynaklar ($r=.392$, $p=.000$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

YPDÖ sosyal yeterlilik alt ölçeği ile sosyal kaynaklar ($r=.408$, $p=.000$) ve YPDÖ genel toplam ($r=.596$, $p=.000$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

YPDÖ sosyal kaynaklar alt ölçeği ile YPDÖ genel toplam ($r=.687$, $p=.000$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmaya dahil edilen sağlık çalışanlarının psikolojik belirtileri olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, öfke/saldırganlık ve genel psikolojik düzeyleri ile psikolojik dayanıklılık yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Buna göre psikolojik belirti düzeyi düştükçe çalışanların psikolojik dayanıklılıkları artmakta, psikolojik belirti düzeyleri yükseldikçe de psikolojik dayanıklılıkları düşmektedir. Sağlık çalışanlarında psikolojik belirtiler olarak ele alınan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve öfke saldırganlık düzeyleri düşük bulunmuştur. Bununla birlikte sağlık çalışanlarında psikolojik dayanıklılık bakımından yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar düzeyleri yüksektir. Araştırmanın manidar sonucu olarak sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, öfke/saldırganlık ve genel psikolojik düzeylerine göre psikolojik dayanıklılık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Psikolojik belirti düzeyleri düşük olan sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur.

Bu sonuçlara istinaden literatüre bakıldığında Demiral, Akvardar, Ergör ve Ergör (2006) tarafından yapılmış olan bir çalışmada üniversite hastanelerinde görev yapan doktorların iş doyumlarının anksiyete ve depresyon üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda doktorların depresyon ve anksiyete belirti düzeylerinin yüksek olduğu ortaya konmuştur. Çalışmaya dâhil edilen doktorların iş doyum düzeyleri, akıl sağlıkları hastalar için önem arz etmektedir. Doktorların iş doyumları kişisel olarak değil kurumsal olarak ele alınmalı ve buna göre değerlendirilmesi gerektiği çalışmanın sonuçları arasında yer almaktadır.

Diğer bir çalışmada Taycan, Kutlu, Çimen ve Aydın (2006) tarafından hemşireler üzerinde depresyon ve tükenmişlik düzeyi sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisi araştırılmıştır. Yapılan bu çalışmaya dâhil edilen

hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeyleri düşük olarak bulunmuştur. Hemşirelerin çalışma süreleri ve fiziksel hastalıklarının olması duygusal tükenmişlikle ve çalıştıkları kuruma ulaşım problemlerinin olması ile depresyon ve kişisel başarı duyguları ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Mesleki doyumu olmayan, kendini mesleğine uygun olmadığını düşünenler, mesleğini isteyerek seçmeyen ve psikiyatrik sıkıntılar yaşadıklarını bildiren hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyon ve tükenmişlik arasında da anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.

Farklı bir çalışmada Ocaktan, Keklik, ve Çöl (2002) tarafından sağlık ocaklarında çalışan sağlık çalışanlarının durumluk-sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları araştırılmıştır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarındaki öfke durumunu etkileyen sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörler üzerine durulmuştur. Çalışma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadınlarda, yaşı büyük olanlarda, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan, psikolojik sıkıntısı olan, yardımcı sağlık çalışanlarında (doktorlara oranla), çocuk sayısı daha çok olanlarda sürekli kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Sağlık alanında 10 yıl ve daha çok çalışan, bulunduğu sağlık ocağında 5 yıldan daha çok çalışan sağlık çalışanlarında sürekli kaygı düzeyinin istatistiksel olarak yüksek olduğu ortaya konmuştur. Diğer bir çalışmada Keskin, Gümüş ve Engin (2011) tarafından tıbbi sekreterlerin öfke ve karakter özellikleri araştırılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda sağlık çalışanlarında erkek ve boşanmış olanlarda sürekli öfke ve eğitimi daha yüksek olanlarda ise öfke ifade tarzı olarak öfkesini dışa yansıtma durumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlık alanında çalışan sekreterlerin sürekli öfke seviyelerinin yüksek olduğu ve bu öfke duygularını sağlıksız şekilde sergiledikleri ortaya konmuştur. Erşan, Yıldırım, Doğan ve Doğan (2013) tarafından devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinde iş doyumu ve iş stresi birçok sosyo-demografik değişken açısından araştırılmıştır. İş doyumunun, erkekler kadınlara, lisansüstü mezunlar ön lisans ve lisans mezunlarına, doktorlar hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. İş stresi bakımından ise kadınlar ve hemşirelerin diğerlerine göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur.

Diğer bir çalışmada Özcan, Ünal ve Çakıcı (2014) tarafından sağlık çalışanlarının iş yaşamına bağlı olarak stres durumları araştırılmıştır. Yapılan bu çalışmada kadın sağlık çalışanlarının ve sağlık alanından idari görevde çalışanların daha çok stres hissettikleri ortaya konmuştur. Başka bir çalışmada Helvacı ve Turhan (2013) tarafından sağlık çalışanlarında sosyo-demografik değişkenler ve bazı değişkenler bakımından tükenmişlik düzeyleri üzerine çalışılmıştır. Yapılan bu çalışma sonucunda cinsiyetin, yaşın, eğitimin, mesleğin ve çalışanların gelir düzeylerinin, iş yükünün ve hizmet verilen sürenin tükenmişlik düzeyi üzerinde önemli şekilde etkili olduğu ortaya konmuştur.

Farklı bir çalışmada ise Omigbodun, Odukogbe, Omigbodun, Yusuf, Bella ve Olayemi (2006) tarafından Nijerya'daki tıp öğrencileri ve yardımcı sağlık çalışanlarında stresörler ve psikolojik belirtiler araştırılmıştır. Yapılan araştırma sonucunda finansal problemler, akademik baskılar ve bunların sosyal yaşam üzerinde ortaya çıkan etkileri gibi tanımlanmış stres faktörlerinin, özellikle tıp ve diş hekimliği öğrencilerinin akıl sağlıkları üzerinde olumsuz etkisi olduğu ortaya konmuştur.

Tüm bu literatür bilgilerini göz önünde bulundurduğumuzda sağlık sektöründeki farklı çalışma alanlarına sahip sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu, iş tatminlerinin düşük olduğu, çalışma ortamlarının depresyon, anksiyete ve öfke gibi psikolojik belirtileri tetiklediği görülmektedir. Bu çalışmada ise bu çalışmaların bulgularının aksine örnekleme dâhil edilen sağlık çalışanlarının psikolojik belirtilerinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durumun psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek olduğundan araştırma sonuçlarında da belirtildiği üzere psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olması psikolojik belirti düzeyinin düşmesi yönünde olumlu etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur. Buna bağlı olarak çalışma grubunun psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek oluşu nedeniyle psikolojik belirti düzeylerinin düşük olduğu kanısına varılmıştır.

Araştırma sonuçlarına bakıldığında sağlık çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç doğrultusunda literatüre bakıldığında McCann, Beddoe, McCormick, Kedge, Adamson ve Huggard (2013) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında dayanıklılık üzerine literatür gözden geçirilmiştir. Bu literatür taraması, sağlık mesleklerinde dayanıklılığı artıran süreçler ve özellikler (hem bireysel hem de bağlamsal) açıklanmaya çalışılmıştır. Her mesleğin bireysel ve bağlamsal dayanıklılığı artırıcı niteliklerini belirlemek için beş sağlık mesleği açısından (hemşirelik, sosyal hizmet, psikoloji, danışmanlık ve tıp) ilgili literatür incelenmiştir. Bireysel faktörler demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, deneyim), kişisel özellikler (iş-yaşam dengesine sahip olmak, kahkahalar, rahatlama), mesleki özellikler (sürekli eğitim, mesleki kimlik) ve bağlamsal faktörler ortak veya aile desteği, klinik denetim ve disiplinin kültürünü içermektedir. Devam eden iş stresi ve sıkıntı karşısında kişisel ve profesyonel dayanıklılığın korunması bu etkileşimin sağlanması sonucu oluşabilmektedir. Diğer bir çalışmada ise Çam ve Büyükbayram (2017) tarafından hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve bunu etkileyen etmenler araştırılmıştır. Stresörlerle karşılaşan hemşireler psikolojik dayanıklılıklarını artıracaklardır. Maruz kalınan risklerin belirlenmesi, risk faktörlerinin olumsuz tesirlerinin azaltılması ya da yok edilmesi için koruyucu etmenlerin bulunması psikolojik dayanıklılığın gelişiminde önem arz etmektedir. Bu olumsuz etmenlerle karşı karşıya kalan hemşirelerin psikolojik dayanıklılıklarını geliştirmeleri sonucu olarak iş doyumlarının artacağı, duygusal tükenmenin ve işten istifa etme durumlarının azalacağı ortaya konmuştur.

Farklı bir çalışmada Çetin, Yeloğlu ve Basım (2015) tarafından üniversite öğrencilerinde psikolojik dayanıklılığın beş faktör kişilik özelliklerinin rolü araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonucunda öğrencilerin dışadönüklük, öz disiplin, gelişime açıklık ve uyumluluk seviyeleri yüksek, nevrotiklik düzeyleri düşük olan bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya konmuştur. Yapılan çalışmada psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında kişiliğin önemli bir role sahip olduğu bulunmuştur. Diğer bir çalışmada Güngörmüş, Okanlı ve Kocabeyoğlu (2015) tarafından hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve bunu etkileyen etmenler

araştırılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin orta seviyede olduğu bulunmuştur. Cinsiyetlerinin, sosyoekonomik durumlarının, algıladıkları sosyal desteklerinin, geldikleri coğrafi bölgenin, babalarının eğitim durumlarının psikolojik dayanıklılık düzeyini etkilediği ortaya konmuştur. Başka bir çalışmada Karacaoğlu ve Köktaş (2016) tarafından hastane çalışanlarında psikolojik dayanıklılık ve psikolojik iyi olma ilişkisinde iyimserliğin aracı rolü araştırılmıştır. Yapılan bu çalışmada sağlık çalışanlarının psikolojik açıdan dayanıklı oldukları, psikolojik iyi oluş düzeyleri yüksek ve çoğunlukla iyimser oldukları sonucuna varılmıştır.

Psikolojik dayanıklılıkla ilgili literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde görüldüğü üzere bu çalışma sonuçları ile literatür bilgileri birbirini destekler niteliktedir. Literatürde de belirtildiği üzere sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında karşılaştıkları olumsuz etmenler sonucu psikolojik dayanıklılık geliştirdikleri öngörülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Araştırma bulgularına göre sonuçlar şöyledir;

- KSE alt ölçekleri ve YPDÖ alt ölçekleri arasında negatif yönde ilişki vardır. Buna göre psikolojik belirti düzeyi düştükçe çalışanların psikolojik dayanıklılıkları artmakta, psikolojik belirti düzeyleri yükseldikçe de psikolojik dayanıklılıkları düşmektedir.
- KSE anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve öfke saldırganlık arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır.
- YPDÖ yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar arasında pozitif düzeyde anlamlı ilişki vardır.
- Sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerden anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve öfke saldırganlık düzeyleri düşüktür.
- Sağlık çalışanlarında genel psikolojik belirti düzeyi düşüktür.
- Sağlık çalışanlarında psikolojik dayanıklılık bakımından yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar düzeyleri yüksektir.
- Sağlık çalışanlarının genel psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksektir.
- Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik değişkenlerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hastanedeki görev, hastalarla iletişim durumu, çalışma süresi, bulunduğu hastanede çalışma süresi) göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.
- Sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, öfke/saldırganlık ve genel psikolojik düzeylerine göre psikolojik dayanıklılık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Psikolojik belirtileri düşük olan çalışanların psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Öneriler

Araştırma sonuçlarına dayalı uygulamaya yönelik öneriler ve ileride yapılacak olan araştırmalara yönelik öneriler şöyledir;

Uygulamaya Yönelik Öneriler

1. Yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının psikolojik belirtileri ile psikolojik dayanıklılıkları arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Çalışanlar üzerinde olumlu etkisi olacağı düşünüldüğünden sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik dayanıklılık psiko-eğitim programlarının hazırlanıp uygulanması önerilmektedir.
2. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının psikolojik belirtileri düşük düzeyde bulunmasına istinaden bu durumu koruyabilmek adına çalışanlara destekleyici hizmet içi eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir.
3. Psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olarak bulunan sağlık çalışanlarının psikolojik belirtilerle baş edebilme noktasında psikolojik dayanıklılığın birçok boyutunu kullandıkları bulunmuştur. Bu durumun sürekliliği için çalışanların psikolojik dayanıklılık düzeylerini koruyacak bilgilendirici toplantıların düzenlenmesi önerilmektedir.

İleride Yapılacak Araştırmalara Yönelik Öneriler

1. Bu araştırmanın temel amacı çalışma ortamının yaratmış oldu psikolojik süreçlerin sağlık sektöründeki durumunu irdelemek ve bu süreçteki psikolojik dayanıklılığın düzenleyici rolünün ne derece etkili olduğunu incelemektir. Farklı değişkenlerin düzenleyici rolünün incelenmesi önerilmektedir.
2. Bu çalışmada psikolojik belirtiler incelenirken Kısa Semptom Envanteri ve psikolojik dayanıklılık incelenirken Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Psikolojik belirtiler ve psikolojik dayanıklılık ile ilgili farklı envanterler kullanılması veya geliştirilmesi önerilebilir.
3. Yapılan araştırma uygulaması özel bir hastanede gerçekleştirilmiş olup daha farklı sonuçlar ortaya çıkabileceği düşünüldüğünden devlet (kamu) hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanlarıyla benzer bir uygulamanın gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

4. Çalışmada kısıtlı sayıda sağlık çalışanına uygulandığından daha geniş gruplara uygulanmasıyla farklı bulgular elde edilebileceği gibi genelleme yapılmasına da olanak sağlayabileceği düşünülmektedir.
5. Araştırmada sağlık çalışanlarının psikolojik belirti ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri nicel yöntemler kullanılarak incelenmiş ve betimlenmeye çalışılmıştır. Başka bir çalışmada araştırmacılar deneysel veya nitel yöntemlerle çalışılırsa daha derinlemesine bilgilere ulaşılabilir.

KAYNAKÇA

- Akdoğan, B. ve Yalçın, S.B. (2018). Lise öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık ve çatışma çözme davranışlarının öznel iyi oluşlarını yordaması, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 46, 174-197.
- Albayrak, B. ve Kutlu, Y. (2009). Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3), 58-69.
- Altunay, A. ve Öz, F. (2006). Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin benlik kavramı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1), 46–59.
- Altuntaş, S. ve Genç, H. (2018). Mutluluğun yordayıcısı olarak psikolojik sağlık: öğretmen örnekleminin incelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. doi: 10.16986/HUJE.2018046021
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014) *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)*, (Çev. Ertuğrul Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği:Ankara.
- Atmaca, M., Sırlıer, B. ve Yıldırım, H. (2011). Hippocampus and amygdalar volumes in patients with somatization disorder. *Prog. Neuropsychopharmacol Psychiatry*, 35(7), 1699-703.
- Atmaca, M. (2012). Somatoform bozukluklarda nörogörüntüleme: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 274-280.
- Babacan, S. (2003). Hastalıkta Ruh ve beden etkileşimi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 11(2), 519-524.
- Bahar, A. (2005). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Basım, H. N., ve Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Bayraktar, G., Tekin, M., Eroğlu, H. ve Cicioğlu, İ. (2010). Uluslararası ve milli güreş hakemlerinin kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8(4), 22-31.
- Bitmiş, M. G., Sökmen, A. ve Turgut, H. (2013). Psikolojik dayanıklılığın tükenmişlik üzerine etkisi: örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolü. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 15(2): 27-40.

- Büyüköztürk, b Ş. , Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz,Ş., Demirel, F. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara:Pegem.
- Cohen, J., Cohen, P. , West, S. G. ve Aiken, L. S. (2003). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis For The Behavioral Sciences*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Çam, O. ve Büyükbayram, A. (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 118–126.
- Çankaya, H. (2009). Olumlu benlik tasarımı. *Psikoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 6(9), 13-14.
- Çetin, F., Yeloğlu, H. O. ve Basım, H. N. (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30(75), 81-92.
- Demirbaş, M. ve Yağbasan R. (2010). Yeni Fen ve Teknoloji Öğretim Programının, İlköğretim öğrencilerindeki akademik benlik kavramı gelişimine etkisi. *Akademik Bakış Dergisi*, 21(1), 1-15.
- Demet, M.M., Deveci, A., Özmen, E., Şen, F.S. ve İçelli, İ. (2002). Majör Depresif Bozukluk tanısı alan hastalarda aleksitiminin belirti örüntüsü üzerine etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 39 (2-3-4), 67-74.
- Demiral, Y., Akvardar, Y., Ergör, A. ve Ergör, G. (2006). Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 157-164.
- Derogatis, L.R. (1992). *The Brief Symptom Inventory-BSI Administration, Scoring and Procedures Manual-III*. USA: Clinical Psychometric Research.
- Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Dündar, Ü. (2016). *Lise Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılık Ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Gaziosmanpaşa İlçesi Örneği*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Nişantaşı Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Düzgün, Ş. (2003). Öğrencilerin psikolojik belirtileri ile ana-baba tutumları arasındaki ilişkiler. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(1-2), 149-162.

- Erdoğan, E. (2013). *Diş Hekimliği Hastalarında Somatizasyon Bozukluğu ve Diş Hekiminin Yaklaşımı*. (Yayımlanmış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İzmir.
- Erkaya, H. (2003). *Acil Kurtarma Ekiplerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Ersanlı, K. (2013). *Benliğin Gelişimi ve Görevleri*. Ankara: Dh Basın Yayın Matbaası.
- Erşan, E. E., Yıldırım, G., Doğan, O. ve Doğan, S. (2013). Sağlık çalışanlarının iş doyumu ve algılanan iş stresi ile aralarındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 115-121.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H. ve Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International journal of methods in psychiatric research*, 14(1), 29-42
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., ve Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(2), 65-76.
- Garip, M. (2008). *Meme Kanseri Nedeniyle Opere Olan hastalarda Meme Koruyucu Cerrahi veya Radikal Mastektomi Kararını Etkileyen Faktörler ve Cerrahi Türünün Hasta Üzerindeki Etkileri*. (Yayımlanmış Uzmanlık Tezi). Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul.
- Gümüş, A.E. (2006). Sosyal kaygının benlik saygısına ve işlevsel olmayan tutumlara göre yordanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (26), 63-75.
- Güngörmüş, K., Okanlı, A. ve Kocabeyoğlu, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 9-14.
- Gürhan, U. (2010). Yılmazlık Ölçeği (YÖ): Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik Çalışması, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 11, 47-62.
- Helvacı, I. ve Turhan, M. (2013). Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke'de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 1(4), 58-68.
- İnanç, B. Y., Yerlikaya, E. E. (2018). *Kişilik Kuramları*. Ankara: Pegem Akademi.

- İncecik, Y., Kurdak H., Özcan S., Akpınar E., Saatçi E. ve Bozdemir N. (2009). Eş şiddeti ve aile hekimliği. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 3(1), 1-8.
- Kara, H. ve Acet, M. (2012). Spor yöneticilerinde durumluk kaygısının otomatik düşünceler üzerindeki etkisinin incelenmesi. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 7(4), 244-258.
- Karacaoğlu, K. ve Köktaş, G. (2016). Psikolojik dayanıklılık ve psikolojik iyi olma ilişkisinde iyimserliğin aracı rolü: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *İş ve İnsan Dergisi*, 3(2), 119-127.
- Kararırmak, Ö. (2006). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 26, 129–42.
- Karakaya, İ. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. (Ed. A. Tanrıoğen). Ankara: Anı.
- Kesebir, S. (2004). Depresyon ve Somatizasyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1, 14-19.
- Kesen, N. F., Deniz, M.E. ve Durmuşoğlu, N. (2009). Ergenlerde saldırganlık ve öfke düzeyleri arasındaki ilişki: yetiştirme yurtları üzerinde bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(17), 354-364.
- Keskin, G., Gümüş, A. B., ve Engin, E. (2011). Bir grup sağlık çalışanında öfke ve mizaç özellikleri: İlişkisel bir inceleme. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 24(3), 199-208.
- Kırlı, S. (2000). *Anksiyete Bozukluklarının Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi*. Bursa: Psikiyatri ve Sanat Yayınevi.
- Köroğlu, E. ve Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. (3.Baskı), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Lök, S., İnce, A. ve Lök, N. (2008). Beden Eğitimi Spor Yüksekokulu özel yetenek sınavına girecek adayların kaygı durumlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Niğde Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2(2), 121-131.
- Luthar, S. S. ve Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies, *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.

- Masten, A.S. (2004). Regulatory processes, risk, and resilience in adolescent development, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 310-319.
- McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C. ve Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 60-81.
- Ocaktan, M. E., Keklik, A. ve Meltem, Ç. Ö. L. (2002). Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger durumluluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 55(1), 21-28.
- Omigbodun, O. O., Odukogbe, A. T. A., Omigbodun, A. O., Yusuf, O. B., Bella, T. T. ve Olayemi, O. (2006). Stressors and psychological symptoms in students of medicine and allied health professions in Nigeria. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(5), 415-421.
- Ökdemir, P. (2004). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Kliniği'nde çalışan hemşirelerin motivasyon durumlarının değerlendirilmesi. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 8(1), 63-73
- Öz, F. (2004). *Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci. Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ.
- Öz, F. ve Yılmaz, E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özcan, E. M., Ünal, A. ve Çakıcı, A. B. (2014). Sağlık çalışanlarında işe bağlı stres: Konya numune hastanesi saha çalışması. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(2), 125-132.
- Özcengiz, D. (2006). *Anesteziyle İlgili Bilgilendirmede Kullanılan Farklı Yaklaşımların Çocukları Günübirlik Cerrahi Müdahale Geçiren Ebeveynlerin Durumluk Kaygılarına Etkisi*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana.
- Özen, E. M., Yeşilbursa, D., Belene, A., Türkcan, A. S., ve Yurt, E. (2009). Şizofreni hastalarında somatizasyonum psikodinamik anlamının değerlendirilmesi [Evaluation of the psychodynamic aspects of somatization in schizophrenia patients]. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(3), 110-114.
- Özen, E. M., Serhadlı Z. N. A., Türkcan, A. S. ve Ülker, G. E. (2010). Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 60-65.

- Öztürk M. O. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. (13. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Sabuncu, N., Köse S., Özhan, F., Batmaz, M. ve Özduilli, K. (2008). İlk defa intramüsküler enjeksiyon uygulaması yapan öğrencilerin kaygı düzeyleri ve sosyo-demografik özellikleri ile ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 27-32.
- Sadock, J. B., Sadock, V. A. ve Ruiz, P. (2016). *Kaplan & Sadock Psikiyatri*, (Çev. Ali Bozkurt). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Sağduyu, A. (2001) Somatizasyon ve ilişkili sendromların biyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 211-223.
- Sayar, K. ve Ak, İ. (2001). The predictors of somatization: A review. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(4), 266-271
- Sheikh, J.I. (2003). Anxiety in older adults - Assessment and management of three common presentations. *Geriatrics*, 58 (5), 44-45.
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. ve Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 114-128.
- Soykan, A. (2001). *Psikiyatriye Giriş El Kitabı*. Ankara: Girişim Yayıncılık.
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11 (2), 19-27.
- Soysal, M. N. (2016). *Facebook Bağımlılığı ve Psikolojik Dayanıklılık*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sünter, A. T., Canbaz, S., Dabak, Ş., Öz, H. ve Pekşen, Y. (2006). Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumunu düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*, 16(1), 9-14.
- Şahin, N. H., ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk gençleri için uyarlanması [A study of the Brief Symptom Inventory in Turkish Youth]. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.

- Tokuçcu, T. (2006). *Özel Eğitim Merkezleri ile Çocuk Yuvalarında Çalışan Çocuk Eğiticilerinin Anksiyete Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması ve Anksiyete Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Tespiti*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tuğlacı, P. (2002). *Tıp Sözlüğü* (9. Baskı). İstanbul: Türkmen Kitabevi
- Ünal, S. ve Kaya, B. (1999). Yaşlılık ve depresyon-II tedavi yaklaşımları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(2), 83-89.
- Yalçın, S. (2013). *İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri ile Stres, Psikolojik Dayanıklılık ve Akademik İyimserlik Arasındaki İlişki*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yavuzer, Y. ve Karataş, Z. (2012). Ergenlerin otomatik düşünceleri ile fiziksel saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkide öfkenin aracı rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 1-7.
- Yemlihaoğlu, A. G. (1999). *Güvenlik Hizmeti Veren Elemanlara İşe Alım Esnasında Uygulanan Psikoteknik Yöntemin İş Tatmini ve Anksiyeteye Olan Etkisi*. (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yetişkin, Ş. (2008). *Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Önünden Değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul.
- Yıldız, S. ve Yıldız, S. (2009). Bullying ve depresyon arasındaki ilişki: Kars ilindeki sağlık çalışanlarında bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 133-150.
- Yıldız, N., Yolsal, N., Ay, P. ve Kıyan, A. (2003). İstanbul Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlerde iş doyumunu. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(1), 34-41.
- Yıldırım, A., ve Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.
- Yılmaz, D. (2017). *Sağlık Çalışanlarının Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi: Tekirdağ'daki Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

EKLER

Ek 1 Kısa Semptom Envanteri

Bölüm 2. KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra sizde o belirtinin **BUGÜN DÂHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU** yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Cevaplarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz.

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 1. Biraz var 2. Orta derecede var 3. Epey var 4. Çok fazla var



	Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?				
	Hiç				Çok fazla
1.İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali	①	①	②	③	④
2.Baygınlık, baş dönmesi	①	①	②	③	④
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	①	①	②	③	④

Ek 2. Kısa Semptom Envanteri İzin Yazısı

Kısa Semptom Envanteri

İzleme bayrağı

GT Gulsen T. <gulsenturk@yahoo.com>
16.03.2019 Cmt 19:37
Siz

3 ek (9 MB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Kısa Semptom Envanteri (KSE...) 231 KB
Kısa Semptom Envanteri (Brie...) 8 MB
KSE ÖLÇEK (TEK SAYFA).pdf 200 KB

Sayın Cevizci,

Kısa Semptom Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak, Ölçeğin orijinalinin Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş olduğuyla ilişkili gerekli referansı da çalışmanızda vermeniz gerektiğini de lütfen ihmal etmeyiniz. Ekte ölçeğin kullanılacak formunu ve ilgili literatürü gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Ek 4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği İzin Yazısı

yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği

İzleme bayrağı

Nejat Basim <nbasim@gmail.com>
7.03.2019 Per 17:26
Siz

psikolojik dayanıklılık ölçeği_...
282 KB

Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği...
96 KB

psikolojik dayanıklılık ölçeği d...
164 KB

3 ek (542 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Merhaba. Mesajınızı bu adresimden yanıtlıyorum. Ölçeği tabii ki kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan ölçeğin word ortamındaki halini (kopyalayıp yapıştırması kolay olur) ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.
Nejat

Prof. Dr. H. Nejat Basim
Başkent Üniversitesi İİBF, Dekanı
Bağlıca Kampüsü Eskişehir Yolu 20. Km. Bağlıca 06810 ANKARA
Tel: 312-2496645
e-posta: nbasim@gmail.com
e-posta: nbasim@baskent.edu.tr

Ek 5. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Elinizde bulunan formlar hastanede çalışan personellerin psikolojik durumunun ve psikolojik dayanıklılığının değerlendirilmesi ile ilgilidir. Hedefimiz, tek tek kişiler hakkında değerlendirme yapmak değil; bazı genel eğilimleri belirleyebilmektir. Çalışma formu üç farklı bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın güvenilir olabilmesi için sorulara vereceğiniz cevapların samimi görüşlerinizi yansıtması çok önemlidir. Soruların doğru veya yanlış cevapları yoktur. Formlara isim yazmanız gerekmemektedir. Vereceğiniz bilgiler sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Bölüm 1. Demografik Bilgi Formu

1. Yaş:..... Cinsiyet:.....
2. Eğitim Düzeyi:.....
3. Medeni durumunuz
 Evli Sözlü/Nişanlı Bekar Dul
4. Mesleğiniz: Doktor Hemşire Hasta Hizmetleri Danışmanı
 İdari Personel Temizlik Personeli Diğer Personel
 (.....)
5. Sağlık Sektöründeki Çalışma Süreniz:
 1 yıldan az 1-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl 15 yıldan fazla
6. Bu Hastanedeki Çalışma Süreniz:
 1 yıldan az 1-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl 15 yıldan fazla
7. Daha önce psikiyatrik tedavi aldınız mı?
 Evet (ise probleminiz ne idi?)..... Hayır
8. Kendinizi psikolojik açıdan dayanıklı hissediyor musunuz? Evet Hayır

Ek 6. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Psikolog Oğuzhan Cevizci tarafından yürütülen "Sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerin ve dayanıklılığın incelenmesi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Bu araştırma sağlık personellerinde görülebilecek psikolojik belirtileri ve bu belirtilerle ilgili psikolojik dayanıklılık düzeyini incelemek amacıyla yapılacaktır.
- Araştırmanın İçeriği: Araştırmanın amacı dâhilinde size iki farklı ölçek uygulanacaktır. Bunlardan biri psikolojik belirtileri detaylı incelerken diğeri ise psikolojik olarak dayanıklılık düzeyinizi belirlemek için kullanılacaktır.
- Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 20 dakika
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 100
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Çorum Özel Hastanesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

25.04.1991 tarihinde Çorumda doğdu. İlkokul eğitimini Cumhuriyet İlkokulu'nda, lise eğitimini Atatürk Anadolu Lisesi'nde tamamladı. 2010-2015 yılları arasında Doğu Akdeniz Üniversitesi İngilizce Psikoloji lisans programını bitirdi. 2015 yılında Çorum Özel Hastanesinde Psikolog olarak göreve başlamış ve halen devam etmektedir. 2017-2018 arasında Çorum Hitit Üniversitesinde yarı zamanlı olarak öğretim görevliliği yapmıştır. Son olarak Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programına devam etmektedir.

İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme kondu: 08-Ağu-2019 10:56 EEST
 NUMARA: 1158561488
 Kelime Sayısı: 13426
 Gönderildi: 1

Benzerlik Endeksi		Kaynağa göre Benzerlik	
%12		İnternet Sources:	%10
		Yayımlar:	%9
		Öğrenci Ödevleri:	N/A

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTALARLA İLETİŞİM
 DURUMLARININ PSİKOLOJİK BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ:
 PSİKOLOJİK DAYANIRLIĞIN DÜZENLEYİCİ ROLÜ Oğuzhan
 Cevizci tarafından

1% match (16-Nis-2018 tarihli internet)	http://docs.neu.edu.tr/library/6346442014.pdf
1% match (18-Haz-2019 tarihli internet)	https://dergipark.org.tr/download/article-file/514020
1% match (12-Eki-2015 tarihli internet)	http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/3313/4168.pdf
1% match (02-Şub-2019 tarihli internet)	https://www.erpacongress.com/upload/dosya/erpa-2018-e-book-of-proceedings-2018_with-isbn_15bc882e42ce0a.pdf
1% match (yayımlar)	ATMACA, Murad. "Somatoform bozukluklarda nörogörüntüleme: Bir gözden geçirme", Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 2012.
1% match (22-May-2019 tarihli internet)	http://www.pdrkongre2019.org/belge/tammetin.pdf
< 1% match (07-May-2019 tarihli internet)	http://acikerisim.isikun.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11729/1326/Ecem%20Mizmizlio%c4%9flu.pdf?isAllowed=y&sequence=1
< 1% match (15-Ara-2018 tarihli internet)	http://www.ijetsar.com/download/article-file/341426
< 1% match (10-Haz-2019 tarihli internet)	

ETİK KURUL RAPORU



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

23.05.2019

Sayın Oğuzhan Cevzici

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2019/457 proje numaralı ve "Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Dayanıklılık ile Psikolojik Belirtilerin İlişkisinin İncelenmesi" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Direnç Kanol

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.