



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN
PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Muhammet Hüdayi ZOROĞLU

Lefkoşa

Haziran, 2024

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

Muhammet Hüdayi
ZOROĞLU

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK
ESNEKLİĞİN PSİKOLOJİK BELİRTİLER
İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS

2024

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN
PSİKOLOJİK BELİRTİLER İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Muhammet Hüdayi ZOROĞLU

Tez Danışmanı

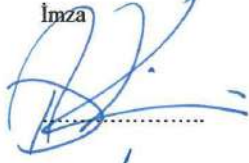


Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ

Lefkoşa

Haziran, 2024

Onay

Ad SOYAD tarafından hazırlanan “Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Esnekliğin Psikolojik Belirtiler İle İlişkinin İncelenmesi” başlıklı tez, kapsam ve nitelik açısından kalite standartlarına uygunluğu ile ilgili Klinik Psikoloji Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak 11/06/2024 tarihinde kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri	Adı – Soyadı	İmza
Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Aşkın Kiraz	
Jüri Üyesi:	Yrd. Doç. Dr. Ayşe Buran	
Danışman:	Doç. Dr. Meryem Karaaziz	

Anabilim/ Anasanat Dalı Başkanı Onayı

25.6./2024

Doç. Dr. Meryem Karaaziz

Anabilim/Anasanat Dalı Başkanı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı

...../...../ 2024

Prof. Dr. Kemal Hüsnü Can Başer
Enstitü Müdürü



Etik İlkelerine Uygunluk Beyanı

Bu tezin içinde sunduğum verileri, bilgileri ve belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu; çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kurallar gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim. Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulundan YDÜ/SB/2023/1709 onay sayısı ile Tarih tarihinde etik kurul izni alınmıştır.

Muhammet Hüdayi ZOROĞLU

21/05/2024

Teşekkür

Öncelikle hayatımın her sürecinde yanımda olup beni her zaman destekleyen anne ve babama, bana her koşulda yol gösteren ve desteğini hiç esirgemeyen abilerime minnettarım.

Çalışma süresince vakitlerini ayıran ve tüm samimiyetleriyle araştırma sorularına yanıt veren tüm sağlık çalışanlarımıza teşekkür ediyorum.

Yüksek Lisans eğitimim süresince çalışmalarına yön veren, bilgi ve danışmanlık konusunda her anlamda destekçim olan Sayın Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ' e içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

Muhammet Hüdayi ZOROĞLU

Özet

Sağlık Çalışanlarında Psikolojik Esnekliğin Psikolojik Belirtiler İle ilişkisinin İncelenmesi

Muhammet Hüdayi ZOROĞLU

Yüksek Lisans Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

21.05.2024 102 sayfa

Kamu ve özel sektörde çalışmakta olan sağlık çalışanlarında psikolojik esnekliğin psikolojik belirtiler ile ilişkisinin ortaya konması amacıyla, ilişkisel tarama çalışması olarak hazırlanan bu çalışmanın örneklemini kamu ve özel sektörde çalışmakta olan 259 sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırma verileri Aralık 2023-Nisan 2024 tarihleri arasında yüzyüze veya online anket şeklinde toplanmıştır. Katılımcılardan onam alındıktan sonra veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Psikolojik belirtiler için Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Psikolojik Esneklik ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın verilerinin analizinde SPSS 26.0 yazılımı kullanılmıştır. Elde edilen verilere göre araştırmanın sonucunda katılımcıların semptom düzeylerinin düşük olduğu, psikolojik esneklik düzeylerinin ortalama olduğu, katılımcıların gösterdiği semptomların alt boyutlarında; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, mesleki kıdem, gelir, daha önce psikolojik destek alma, psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumuna göre anlamlı farklılıkların olduğu belirlenirken; psikolojik esnekliklerinde ise eğitim düzeyi, çocuk sayısı, meslek, gelir, daha önce psikolojik destek alma durumlarında anlamlı farklılıkların olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların psikolojik esneklik ve psikolojik semptomlarından değerler ve değerler doğrultusunda davranışları ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri arasında; anda olma ile anksiyete düzeyleri arasında; bağlamsal benlik ile olumsuz benlik düzeyleri arasında, ayrışma ile depresyon, olumsuz benlik ve hostilite düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş ve son olarak katılımcıların psikolojik esneklikleri, değerler ve değerler doğrultusunda davranışlarını ve anda olma durumlarını anlamlı olarak yordadığı belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda gelecek araştırmacılar ve mevcut sağlık çalışanları için çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanları, Psikolojik esneklik, Psikolojik belirtiler.



Abstract

Examining the Relationship between Psychological Flexibility and Psychological Symptoms in Healthcare Workers

Muhammet Hüdayi ZOROĞLU

MSc, Department of Clinical Psychology

21.05.2024, 102 pages

The sample of this study, which was prepared as a relational screening study in order to reveal the relationship between psychological flexibility and psychological symptoms in healthcare professionals working in the public and private sectors, consists of 259 healthcare personnel working in the public and private sectors. Research data was collected as a face-to-face or online survey between December 2023 and April 2024. As a data collection tool after obtaining consent from the participants; Personal Information Form, Brief Symptom Inventory (BSI) and Psychological Flexibility scale were used for psychological symptoms. SPSS 26.0 software was used to analyze the data of the study. According to the data obtained, as a result of the research, the symptom levels of the participants were low, their psychological flexibility levels were average, and in the sub-dimensions of the symptoms shown by the participants; While it was determined that there were significant differences according to gender, age, education level, marital status, number of children, profession, professional seniority, income, previous psychological support, and having a psychiatric disease; It was determined that there were significant differences in psychological flexibility in terms of education level, number of children, profession, income, and previous psychological support. Between the participants' psychological flexibility and psychological symptoms, their values and their behavior in line with values, and their anxiety, depression, negative self and somatization levels; between being present and anxiety levels; It was determined that there was a significant relationship between contextual self and negative self levels, between dissociation and depression, negative self and hostility levels, and finally, it was determined that the psychological flexibility of the participants significantly predicted their values and behavior in line with values and their state of being in the moment. In line with the results obtained in the

study, various recommendations have been developed for future researchers and current healthcare professionals.

Keywords: Healthcare workers, Psychological flexibility, Psychological symptoms.



İçindekiler

Onay	Error! Bookmark not defined.
Etik İlkelerle Uygunluk Beyanı	II
Teşekkür	III
Özet	III
Abstract	VI
İçindekiler	VIII
Tablolar Listesi	XI
Şekiller Listesi	XIII
Kısaltmalar	XIV
BÖLÜM I	1
Giriş	1
Problem Durumu	2
Araştırmanın Amacı	3
Araştırmanın Önemi	3
Sınırlılıklar	4
Tanımlar	4
BÖLÜM II	5
Kavramsal Temeller	5
Psikolojik Belirtiler	5
Anksiyete	5
Kuramcılara Göre Anksiyete	6
Anksiyetenin Belirtileri	7
DSM-V'e Göre Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması	8
Depresyon	10
Depresyonu Açıklayan Kuramlar	11
Bilişsel Üçlü	13
Otomatik Düşünceler	14
Bilişsel Çarpıtmalar	14
İşlevsel Olmayan Şemalar	14
Depresyonun Belirtileri	15
DSM-V'e Göre Depresyon Bozukluklarının Sınıflandırılması	16
Olumsuz Benlik	17

Somatizasyon	18
Öfke/Saldırganlık	18
Psikolojik Esneklik	19
Psikolojik Esnekliğe Kuramsal Yaklaşım	20
Psikolojik Esneklik Modeli	22
Psikolojik Esneklik ve İş Yaşamı	25
İlgili Araştırmalar	26
BÖLÜM III	29
3. Yöntem	29
Araştırman Modeli	29
Evren ve Örneklem	29
Veri Toplama Süreci	32
Veri Toplama Araçları	32
Kişisel Bilgi Formu	32
Kısa Semptom Envanteri	32
Psikolojik Esneklik Ölçeği	33
Veri Analizi	33
Çalışma Planı	35
BÖLÜM IV	36
4. Bulgular	36
BÖLÜM V	54
5. Tartışma	54
BÖLÜM VI	62
6. Sonuç ve Öneriler	62
Kaynakça	66
Ekler	78
Ek 1. Etik Kurul İzni	78
Ek 2. Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Kullanım İzni	79
Ek 3. Psikolojik Esneklik Ölçeği Kullanım İzni	79
Ek 4. Onam Formu ve Kişisel Bilgi Formu	80
Ek 5. Kısa Semptom Ölçeği	83
Ek 6. Psikolojik Esneklik Ölçeği	84
İntihal Raporu	85

Özgeçmiş..... 86



Tablolar Listesi

Sayfa

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	31
Tablo 2. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Normal Dağılıma Uyuma Durumu	34
Tablo 3. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanları	36
Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyete göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	37
Tablo 5. Katılımcıların Yaş grubuna göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	38
Tablo 6. Katılımcıların Eğitime göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	39
Tablo 7. Katılımcıların Medeni Duruma göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	40
Tablo 8. Katılımcıların Çocuk Sayısına göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	41
Tablo 9. Katılımcıların Mesleğine göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	43
Tablo 10. Katılımcıların Çalıştığı Hastane Türüne göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	44
Tablo 11. Katılımcıların Çalışma Şekline göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	45
Tablo 12. Katılımcıların Meslekteki Kıdeme göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	46
Tablo 13. Katılımcıların Gelirine göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	47
Tablo 14. Katılımcıların Daha Önce Psikolojik Destek Alma göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	49
Tablo 15. Katılımcıların Psikiyatrik Bir Hastalığı Olma Durumuna göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları	50
Tablo 16. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ile Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar	51

Tablo 17. Katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Puanlarını Yordama Durumu.....53



Şekiller Listesi

Sayfa

Şekil 1. Araştırmanın Modeli.....29



Kısaltmalar

ACT	Kabul Ve Kararlılık Terapisi
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
M.Ö	Milattan Önce
RFT	İlişkişel Çerçeve Kuramı (Relational Frame Theory)



BÖLÜM I

Giriş

Sağlık çalışanları, sağlığın korunmasında ve idame edilmesinde, hastalık durumunda kişinin tekrar sağlığına kavuşabilmesi için gerekenlerin yapılmasında öncülük eden kişilerdir. Sağlık çalışanları doktor, hemşire, ebe, sağlık memuru, servis görevlisi, radyolog, psikolog vb. meslek gruplarından oluşmaktadır. Sağlık çalışanları Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya üzerinde %3'lük bir kısmı karşılamaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık 8 milyar olduğu göz önünde bulundurulursa Dünya üzerinde 240 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır (Annagür, 2010).

Sağlık çalışanları, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de görevlerini yerine getirerek bireylerin yaşamları için kritik öneme sahip hizmetler sunmaktadırlar. Pek çok meslek grubu için çalışanların ruhsal açıdan sağlıklı olması büyük önem taşımaktadır. Çalışanların sağlıklı bir ruh durumuna sahip olmaları ve güvende, rahat hissetmeleri performanslarını olumlu yönde etkilemektedir. Diğer meslek gruplarına kıyasla daha ağır sorumluluklara sahip olan sağlık çalışanları için bu durum daha da büyük önem arz etmektedir (Gülây, 2017; Hong ve ark., 2021). İnsanların hayati durumlarıyla ilgilenen sağlık çalışanlarının mevcut durumda çeşitli problemler yaşadıkları gözlemlenmektedir. Bu problemlerin daha da artmaması için belli başlı bireysel ve örgütsel uygulamalardan faydalanılması, problemleri arttıran etkenlerin saptanması gerekmektedir. Nitekim stres, umutsuzluk, huzursuzluk, kaygı, depresif düşünceler gibi psikolojik belirtiler günümüzün en büyük problemlerinden biridir (Ağırkaya ve Erdem, 2023). Sağlık çalışanları mesleklerinin doğası gereği çeşitli psikolojik sorunlarla karşılaşabilmektedir. Yoğun iş temposu, sürekli hasta teması, acil durumlara müdahale gibi faktörler, sağlık çalışanlarında stres, anksiyete ve duygusal yüklerin artmasına neden olmaktadır. Bu durumlar sağlık çalışanlarında depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve duygusal tükenmişlik gibi belirtilere yol açmaktadır. Bu tarz sorunlarla başa çıkma yeteneğine sahip olan psikolojik esneklik önemli bir rol oynamaktadır. Stresle başa çıkma becerileri, duygusal zorlukları yönetme becerisi ve en önemlilerinden olan etkili iletişim sağlık çalışanlarının psikolojik esnekliğini artırabilmektedir. Destek ağları, danışmanlık hizmetleri ve duygusal desteğin sağlanması, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlamlığını güçlendirebilir. Bu sayede, hem sağlık çalışanlarının kendi ruh

sağlıklarının korunması hem de hastalara sundukları kaliteli bakıma devam etmeleri için önemli bir husustur (Fiabane ve ark., 2021).

Problem Durumu

Bu bölümde araştırmanın problem cümlesi “Sağlık çalışanlarının kişisel ve işle ilgili faktörlerin psikolojik belirtiler ve psikolojik esneklik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” olarak belirtilmiştir.

Sağlık sektöründe çalışmakta olan kişiler, sık sık yüksek düzeyde stres altında çalışmaktadırlar ve sürekli olarak yoğun bir iş temposuyla mücadele etmektedirler. Bu durum mesleki tükenmişlik, stres, iş doyumunu gibi psikolojik belirtilerle ilişkili olabilir. Bu durumlara ek olarak kişisel özellikler, çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkiler gibi unsurlar, sağlık çalışanlarının psikolojik durumlarını etkilemektedir (Mistretta ve ark., 2018).

Sağlık kurumu çalışanlarını etkilemekte olan birçok tehlike mevcuttur. Sağlık hizmeti esnasında yaşanan hızlı değişimler ve ortaya çıkan yasal boşluklar sağlık sektörü işyerlerini daha da tehlikeli bir hale getirmektedir (Eravcı, 2014). Yapılan çalışmalar neticesinde, sağlık sektörü çalışanlarının iş koşulları ve hasta bireylerle iletişim gereklilikleri nedeniyle işyeri şiddetine daha sık maruz kaldığı görülmektedir. (Çamcı, 2010). WHO, ILO, VE ICN'nin 2002 yılı “Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti” başlıklı ortak raporunda “tüm sektördeki şiddet olaylarının ¼ 'i sağlık sektöründe meydana geldiğini, sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının mesleklerini uyguladıkları herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldıkları” raporlanmıştır. Yine aynı kuruluşlar 2002 yılı ortak raporuna göre incelenen farklı ülkelerdeki sağlık çalışanlarının %3-17'sinin fiziksel %27-67'sinin sözel %10-23'ünün psikolojik, %0,7-0,8'nin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (Akt. Özcan ve Bilgin, 2011).

Sağlık çalışanları, toplum sağlığı için önemli bir role sahiptirler. Her gün hastaların hayatlarını kurtarmak ve sağlıklarını korumak adına mücadele içinde yer almaktadırlar. Lakin, yüksek stres düzeyleri ve iş yükü, sağlık çalışanlarının ruh sağlığını etkilemektedir (Lisi ve ark., 2020). Sağlık çalışanlarının ruh sağlığının, hastaların tedavi sürecine etkilerini üzerine yapılan bir araştırmaya göre stres, kaygı ve tükenmişlik gibi faktörlerin hastaların sağlık sonuçlarını olumsuz bir yönde etkilediğini göstermektedir. Bu hususta, sağlık çalışanlarının ruh sağlığına verilen önem, hastaların tedavi sürecindeki başarıyı ve sağlık sonuçlarını da dolaylı olarak etkileyebilmesi muhtemeldir. Toplum sağlığı için sağlık çalışanlarının ruh sağlığının

korunması ve desteklenmesi büyük önem teşkil etmektedir (Belser, 2023). Son yıllarda, küresel salgınlar, kaynak kısıtlamaları, bölgesel çatışmalar ve iş yükündeki artış gibi olağanüstü durumlar, sağlık çalışanlarının karşılaştığı zorlukları daha da artırmış ve mesleki yaşamlarını derin bir şekilde etkilemiştir. Ancak, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığını etkileyen faktörlerin anlaşılması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu açık bir şekilde görülmektedir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının mesleki deneyimleri, kişisel özellikleri ve işle ilgili faktörler arasındaki karmaşık etkileşimleri ayrıştırıp çözümlenmek, psikolojik belirtiler ve psikolojik esneklik üzerindeki etkilerini anlamak oldukça önem teşkil etmektedir (Sirois ve Owens, 2021). Bu durum araştırmanın problemini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın problem cümlesi “Sağlık çalışanlarının kişisel ve işle ilgili faktörlerin psikolojik belirtiler ve psikolojik esneklik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” şeklinde oluşturulmuştur. Elde edilecek bulgular sağlık sektöründe çalışanların psikolojik sağlığını desteklemek ve sürdürülebilir iş koşulları sağlamak adına alınacak önlemleri belirlemede rehberlik edebilecek önemli bir kaynak oluşturacaktır.

Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı, sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri, işle ilgili stres faktörleri ve mesleki destek mekanizmaları arasındaki dinamik etkileşimleri inceleyerek bu faktörlerin sağlık çalışanlarının psikolojik belirtiler ve psikolojik esneklik üzerindeki rolünü ortaya çıkarmaktır. Tezin araştırma soruları ise aşağıda sıralanmıştır:

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre kısa semptom envanteri ve psikolojik esneklik ölçeği puanlarının arasında fark var mıdır?

Katılımcıların kısa semptom envanteri ile psikolojik esneklik ölçeği puanlarının arasında nasıl bir ilişki vardır?

Katılımcıların psikolojik esneklik ölçeği puanları kısa semptom envanteri puanlarının yordayıcısı mıdır?

Araştırmanın Önemi

Literatür taraması yapıldığında tüm sağlık çalışanlarını kapsayan derinlemesine çalışmalar ve mevcut kaynakların yetersiz olduğu görülmektedir. Psikolojik esneklik ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışma, mevcut literatüre önemli katkılar sağlayacaktır. Özellikle sağlık çalışanları

bağlamında yapılan bu tür çalışmaların sınırlı olması, araştırmanın özgünlüğünü ve bilimsel değerini artırmaktadır. Bu tez probleme direkt odaklanmak ve geçerliliği kanıtlara dayalı çözüm yolları sunması yönünden oldukça önemlidir.

Sağlık çalışanlarının psikolojik durumu, doğrudan hasta bakım kalitesini etkileyebilir. Psikolojik belirtilerin yoğun olduğu durumlarda sağlık çalışanlarının dikkat, motivasyon ve empati düzeylerinde azalma meydana gelebilir. Psikolojik esnekliğin bu belirtileri azaltma potansiyeli, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artırma açısından büyük önem taşır. Bu doğrultuda araştırmada elde edilen veriler psikolojik esnekliğin önemini ortaya koyması açısından önemlidir. Araştırmanın bir başka önemi sağlık sektörü yöneticilerine ve politika oluşturucularına çok değerli bilgiler sunmasıdır. Sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığını anlamak aynı zamanda psikolojik esneklik düzeylerini geliştirmek, daha sürdürülebilir bir sağlık sektörü adına gereklidir ve bu çalışma ışık tutacaktır.

Sınırlılıklar

Çalışmanın örneklemini özel ve devlet kurumlarında çalışan sağlık çalışanları ile sınırlı tutulmuştur. Veri toplama araçları ise kişisel bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Psikolojik Esneklik ölçeği ile sınırlı tutulmuştur.

Tanımlar

Sağlık çalışanları; sağlık sektöründe çalışan profesyoneller, sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde hastalık durumunda kişinin tekrar eski sağlığına kavuşturulması adına gerekenleri yapmada öncülük gösteren kişilerdir. Sağlık çalışanları, doktor, hemşire, servis görevlisi, fizyoterapist, acil yardım görevlisi, radyolog, psikolog vb. şeklinde olabilir (Başol, 2018).

Mesleki stres; iş yerinde çalışanların gereksinim duyduğu ihtiyaçların karşılanmadığı durumlarda fiziksel ve ruhsal başta olmak üzere pek çok sorunun ortaya çıktığı bir süreçtir. Bu durum çalışanlar üzerinde birçok olumsuz davranışlar ortaya çıkarmaktadır (Adin, 2021).

Psikolojik esneklik; kişinin davranışlarını değerlerine göre en uygun şekilde iç ve dış koşullara uyarlama becerisidir. Yeni deneyimlere açık olmayı, anda kalmayı ve eylemlerin bilincinde olmayı içermektedir (Hayes, Follette ve Linehan, 2011).

Psikolojik belirtiler; bireyin zihinsel sağlığında meydana gelen ve stres, baskı veya duygusal zorlanma gibi faktörlerle ilişkilendirilebilen çeşitli semptomlar ve davranışsal durumları ifade etmektedir (Topkaç, 2022).

BÖLÜM II

Kavramsal Temeller

Bu bölümde konuyla ilgili kavramsal çerçeve incelenmiş ve alanyazındaki araştırmalar açıklanmıştır.

Psikolojik Belirtiler

Ruh sağlığı, kişinin hayatında yaşadığı stres ile baş edebildiği, çalışabildiği ve işlevsel olarak verimli olduğu, kendisi dahil olmak üzere içinde bulunduğu topluma pozitif katkılar sağlayabildiği ve kendi potansiyelini keşfederek açığa çıkarabildiği bir refah durumunu ifade etmektedir (WHO, 2004). Psikolojik belirtiler, bireyin zihinsel sağlığının yansıması olarak kabul edilen ve çeşitli süreçlerle dışa vuran semptomatik belirtilerdir. Bu belirtiler genellikle kaygı, depresyon ve somatik şikayetler gibi duygusal, bilişsel ve fiziksel düzeylerde ortaya çıkmaktadır ve bireyin yaşadığı stres, çevresel etken ve genetik olmak üzere farklı durumlarda kendini göstermektedir (Cevizci ve Müezziz, 2019).

Sağlık çalışanları üzerinden yürütülen bu çalışmada psikolojik belirtilerden anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve öfke-saldırganlık faktörleri ele alınmıştır.

Anksiyete

Anksiyete terimi, Latince “*angere*” kökünden türetilmiş ve “boğulma ile tikanma” anlamına gelen bir terimdir (Açıkgöz, 2023). Anksiyete korku ile benzer belirtiler gösterirken aralarındaki en önemli fark korkunun somut bir nedene bağlı gelişmesi iken anksiyetenin nedeni belirsiz bir gelişmeyle oluşmasıdır. Anksiyete kaynağı bilinmeyen tehlike beklentisi, gerginlik, tedirginlik, içsel sıkıntı veya kötü bir şey olacakmış hissiyatını hissettiren bir duygudur (Öztürk ve Süren, 2022). Kişilerdeki anksiyete düzeyinin düşük olması hayatın getirdiği bir durum olarak kabul edilir ve motivasyon sağlayıcı olabilmektedir. Ancak yüksek düzey anksiyete yaşayan kişiler ve kronikleşen anksiyete hallerinde bireylerin hayatlarında gözle görülür bir şekilde işlevsellikte azalma meydana gelmektedir. Kronik bir hale gelen anksiyetede bireyin işlevselliğini bozması, kişilerarası ilişkilerde bozulma, titreme, kaslarda gerginlik, çarpıntı gibi fiziksel belirtilerin olduğu durumlarda anksiyete patolojik olarak kabul edilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

DSM-V’te “Anksiyete Bozuklukları” Ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık, özgül fobi, sosyal kaygı bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi, yaygın

kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğu şeklinde yer almaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

Kuramcılara Göre Anksiyete

Freud'a göre, nevrozun kökeni, dışa vurulmayan ve bastırılan cinsel gerilimlerden kaynaklanmaktadır. Freud, libidonun uyandırdığı zihinsel imgelerin tehlikeli olarak algılandığı ve bu nedenle bastırıldığını, normal yollarla ifade edilemeyen ve tıkanan cinsel enerjinin otomatik olarak kaygıya dönüştüğünü ifade etmiştir (Akt. Kafes, 2021). Freud sonraki çalışmalarında, kaygının gelişimsel olarak belirlenen iki aşaması olduğunu öne sürmüştür. Bu aşamalar birincil kaygı ve sonraki kaygılar olarak adlandırılmıştır. Birincil kaygının ilk örneği doğum olayıdır. Yavru insan, doğum öncesi sakin, karanlık bir ortamdan birdenbire farklı bir ortama, ışık ses ve sıcaklık gibi bir çok uyararla dolu bir dünyaya geçmektedir. Bu yeni çevrede, bebek çok fazla uyararla karşılaşmaktadır ve biyolojik olarak bu uyarılara tepki verme kapasitesi sınırlıdır. İlk yaşam dönemlerinde, bebek çaresizdir ve dış desteğe ihtiyaç duyar (Özer, 2017). Dışarıdan gelen beslenme ve bakımın gecikmesi veya eksikliği, organizmada acı ve gerginlik hissinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Aç kalan bir bebek, açlık dürtüsüyle uyarılır ancak bu dürtüye yanıt verecek durumda olmadığından dolayı organizma, bu durumlarla tüm vücut olarak tepki gösterir. Bu tepkiler, organizmanın acı ve gerginlik yaşadığının ve birincil kaygı deneyimlediğinin belirtileridir. Freud'un "doğum travması" olarak da adlandırdığı bu durum birincil kaygıyı oluşturmaktadır. Birincil kaygı, insan yaşamının en temel ve evrensel kaygılarından biri olarak kabul edilmektedir (Şahin, 2019). Sonraki kaygılar ise bireyin yaşamı boyunca edindiği ve çeşitli psikodinamik faktörlerden kaynaklanan kaygıları olarak adlandırılmaktadır. Freud'a göre, birincil kaygı, yaşamın ilerleyen dönemlerinde çeşitli deneyimler ve içsel çatışmalar tarafından tetiklenen ve değişen bir şekilde tekrarlanan sonraki kaygılara dönüşmektedir. Bu şekilde, Freud'un psikanalitik kuramında birincil kaygı, doğum öncesi döneme dayanan temel bir kaygı olarak kabul edilirken, sonraki kaygılar ise yaşam boyu süren deneyimler ve içsel çatışmaların bir sonucu olarak ortaya çıkan kaygılardır (Freud, 2014).

Koptagel (1984), kaygının psikodinamiğini farklı şekilde açıklamıştır. O'na göre bir kişi, dürtü nesnesine ulaşmasının engellendiğini hissettiğinde, bu

engellemeye sebep olan faktörler suçlar ve bu durum saldırganlık duygusunu tetikler. Ancak, toplum genellikle saldırganlığı olumlu karşılamaz çünkü suçluluk duygularına yol açmaktadır. Bu suçluluk duyguları bastırılmaya çalışılır. Bastırma sürecinde, kişinin kendini suçlaması, aldığı eğitim veya saldırganlığını açığa vurduğunda toplum tarafından cezalandırılma korkusu gibi çeşitli faktörler önemli rol oynamaktadır. Bu bastırılmış saldırganlık bilinçdışında kalır ve kişiye yönelir, kişi kendini cezalandırmak ister. Bu durum da kaygı olarak kendini göstermektedir (Şahin, 2019).

Farklı bir bakış açısına sahip olan Rogers'a göre (1959) kaygı, nedeni belirsiz bir gerginlik ve huzursuzluk durumudur. Çocuk koşulsuz bir saygı beklentisi içindedir. Eğer bu beklentisine uygun saygı görürse, özsaygı ile benlik arasında tutarlılık sağlanmaktadır. Ancak anne-baba ve diğerleri, çocuğun bazı davranışlarını onaylarken bazılarını onaylamazlar. Bu durumda çocuk, dışarıdan gelen etkiler sonucunda özsaygısına uygun düşen düşüncelerini ve isteklerini reddeder. Ancak bu düşünceler yok olmaz, varlıklarını sürdürmektedirler. Bu durum çatışmalara neden olur. Çatışma, bireyin bilinçli değerlerle bilinçsiz değerler arasında yaşadığı ve kendini farklı algılamasına yol açan çatışmaları içermektedir (Şahin, 2019).

Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyetenin belirtileri arasında kalp atış hızında artışlar, terleme, göğüste sıkışma, bağı ağrısı, mide ağrıları gibi başlıca belirtiler yer almaktadır. Anksiyetenin yoğun olarak hissedildiği zamanlarda huzursuzluk hissi sıkça görülmektedir. Anksiyete, genellikle somut bir tehlike olmadığı zamanlarda ortaya çıkmaktadır ve bu duruma anksiyete bozukluğu denilmektedir. Her bozuklukta olabileceği gibi anksiyetenin de klinik açıdan belirtiler kişiden kişiye değişebilmektedir. Anksiyeteden muzdarip bazı hastalarda, kas gerginliği önde gelmektedir ve bu hastalar kas spazmları, boyun tutulması ve baş ağrılarında şikayetçi olabilmektedirler (Özen ve Temizsu, 2010). Yüksek seviyede kaygı yaşayan kişiler genellikle kendilerini sıkıntılı ve gergin hissetmektedirler. Karasızlık ve hareketlerde artış görülebilir ve bu duruma eşlik eden ağlama nöbetleri de görülebilmektedir. Bu kişiler genellikle endişeli oldukları için hareketli olurlar ve yerlerinde duramazlar. Hastalığın son aşamalarında intihar girişimleriyle de karşılaşılabilir (Saltaş, 2022).

DSM-V'e Göre Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

DSM-V'e göre anksiyete bozuklukları; ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, sosyal fobi (toplumsal kaygı bozukluğu), panik bozukluk, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu, tanımlanmamış kaygı bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (Kupfer, 2015).

Ayrılma kaygısı bozukluğu

Ayrılma kaygısı, bireyin bağlandığı kişiden ayrılması durumunda gelişimsel olarak uygun olmayacak bir şekilde aşırı düzeyde kaygı yaşamasıdır (Şahin, 2022). Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak ise sürekli olarak aşırı tasalanma ayrılma kaygısının başlıca belirtilerindendir (APA, 2013).

Seçici konuşmazlık (mutizm)

Mutizm, yalnız kaldıkları zamanlar ve sadece çok yakınındaki birkaç kişi dışında konuşmayı sessiz kalmaya verilen bir tanıdır. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşı, konuşmasının beklendiği toplumsal durumlarda, sürekli bir biçimde konuşamıyor olmak seçici konuşmazlığın başlıca belirtilerindendir (APA, 2013).

Özgül fobi

Belirli bir nesne ya da duruma karşı aktif olarak anksiyete ve korku duyularak kaçınma halidir. Özgül fobi içerisinde duyulan korku ve kaygı gerçek tehlikeye göre orantısızdır. Özgül fobi içerisinde en çok rastlanan örümcek, böcek, kedi, köpek, fırtına, gök gürültüsü, kan, iğne, uçuş, kapalı yerler, yükseklik, boğulma veya kusma gibi belirtilerdir. Bu tarz duruma maruz kalma kişide yoğun kaygı hissiyatını uyandırabilmektedir (Demirci ve ark., 2015).

Sosyal fobi

Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyma halidir. Toplumsal etkileşimler, gözlenme, veya başkaları önünde bir faaliyet gerçekleştirme en çok rastlanan örnekleridir (Gültekin ve Dereboy, 2011).

Panik bozukluk

Yoğun fiziksel belirtilerin baş gösterdiği, yoğun endişe veya korku ile kendini belirten tekrarlayan ve başlangıcı önceden kestirilemeyen panik nöbetlerinin görülmesiyle karakterize olmuş bir bozukluktur. Nöbetler, yoğun bir korku ve kötü bir şey olacak endişesiyle aniden başlayarak kısa bir zaman diliminde en yüksek

düzele ulaşmaktadır. Çarpıntı, kalp atış hızının artması, terleme, titreme, soluk daralması, göğüste ağrı hissiyatı, bulantı, baş dönmesi, ürperti, uyuşmalar, gerçek dışılık ve denetimi yitirme korkusu ayırt edici belirtilerindendir (Karapıçak ve ark., 2012).

Agorafobi

Kişinin yaşayabileceği bir kaygıda yardım alamayacağını düşünerek korku ve kaçınma hallerinin olmasıdır. Agorafobiden muzdarip kişiler toplum içine karışmaktan kaçınmaktadırlar. Bu durum anksiyetenin tetikleyici bir döngüye girmesine neden olmaktadır. Bu kişiler toplu taşıma araçlarını kullanma, açık yerlerde bulunma, kapalı yerlerde bulunma, sırada bekleme, tek başına evin dışında olma gibi durumlardan en az iki belirtiyi taşıyorsa agorafobiden söz edilebilmektedir (APA, 2013).

Yaygın kaygı bozukluğu

Kişinin kuruntularını denetim altına alamaması halidir. Herhangi bir problem dahi olmadan sürekli gergin veya kaygılı hissetme durumudur. Sağlık, ailevi problemler, ekonomik konular, okul ve işle ilgili küçük sorunlar gibi birçok farklı konu aşırı kaygıya yol açmaktadır. Kişiler bu durum neticesinde kas gerilmeleri, huzursuzluk, çabuk yorulma, sinirlilik hali, dikkat eksikliği veya uyku problemleri gibi şikayetlerden mustarıptırlar (Rowa ve ark., 2017).

Maddenin/ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu

Madde ve ilaç kullanımını sonrasında panik atak veya kaygı semptomlarının görülme halidir. Kullanılmakta olan birçok madde kaygı semptomlarını harekete geçirebilmektedir (Karaoğlan ve ark., 2020).

Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu

Tıbbi olarak birçok durumun kaygı bozukluğuna yol açması ile oluşan bozukluktur. Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğun belirtileri, genellikle bireyin tıbbi durumuyla alakalı korku, endişe veya panik atakları olarak gösterilebilir. Bu semptomlar, bireyin yaşadığı sağlık sorununun tedavisi veya sonucu hakkındaki endişelerden kaynaklı gelişebilmektedir (Kafes, 2021).

Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu

Kaygı bozukluklarının belirtilerini gösteren lakin tam bir tanı için diğer ölçütleri karşılamayan durumlar bu kategoride yer almaktadır. Bu tür bozukluklar genellikle belirli bir klinik tabloya uymayan veya tanımlanmış kaygı bozukluğu türleriyle tam olarak eşleşmeyen semptomlarla karakterizedir. Bu tür bozukluklar

genellikle belirsizlik ve karmaşıklık içermektedir. Örneğin, belirli bir fobi veya obsesyon-kompulsiyon bozukluğu belirtileri göstermeyen ancak genel olarak kaygı belirtileri yaşayan bir birey "diğer" olarak tanımlanmış kaygı bozukluğuna sahip olabilmektedir (Yılbaş, 2021).

Tanımlanmamış kaygı bozukluğu

Kaygı bozukluğu semptomlarını göstermekte olan fakat yeterli bilgiye sahip olunamadığı için tam bir tanı konulamayan durumlar bu kategori içinde yer almaktadır. Bu durumda, bireyin yaşadığı kaygı belirtileri, örneğin endişe, huzursuzluk, gerginlik veya sürekli bir tedirginlik duygusu gibi belirtiler, bir kaygı bozukluğu tanısını kesin olarak karşılamamaktadır (Yılbaş, 2021).

Depresyon

Depresif bozukluğun kökeni M.Ö yıllara dayanmaktadır. Depresyonu kavram olarak Hippocrates tanımlamıştır (Yemez, 1998). Hippocrates depresyonu bir melankoli durumu olarak tanımlamıştır (Karamustafıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Eski çağlarda elde edilen yazılı kaynakların birçoğunda şeytani varlıkların insanları ele geçirmesi veya cadı gibi kavramlar depresyon ile ilişkilendirilmiştir (Özgan, 2012). Günümüzde Dünya Sağlık örgütü depresyonu duygu, düşünce ve vücudu tümüyle kaplayan ruhsal hastalık, melankoli ve kederin uzun süre ile yayılması olarak tanımlamaktadır (Parlak, 2011).

Depresyon bir duygudurum bozukluğudur. Duygudurum içsel olarak yaşanan, kişinin davranışları ve dünyayı algılamasını değiştiren hakim ve sürekli bir duygu tonu olarak nitelendirilebilir (Karamustafıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Depresyon dünya üzerinde en sık görülen, en az iki hafta, çoğu zaman daha uzun sürebilen, işlevselliği büyük ölçüde bozan, tedavi edilebilir tıbbi sorunlardan biridir. Depresyon süregiden hayal kırıklıkları ve engellemeler karşısında verilen bir duygusal tepki olarak değerlendirilebilir. Temel özelliği ise benlik saygısında azalma ve çökkün ruh hali olarak gösterilmektedir. (Köroğlu, 2006).

Depresyon çok sık görülmekle birlikte kadınlarda görülme durumu erkeklerden iki kat fazladır. Bu durumun nedenleri arasında toplumsal ve kültürel özellikler başta gelmektedir. Depresyonun en sık olarak ortaya çıktığı yaşlar 25-44 arası yaşlar olarak gözlemlenmesine karşın çocukluk ve yaşlılık dönemlerinin hepsinde görülebilmektedir. Durum kendiliğinden ortaya çıkabileceği gibi bir başka hastalığın sonucu, ilaç kullanımına bağlı olarak, alkol kullanımına bağlı olarak,

doğum sonrasında, zor bir yaşam olayına tepki olarak da ortaya çıkmaktadır (Köroğlu, 2006).

Günümüz teknolojik gelişmelerine bağlı olarak Ar-Ge çalışmaları depresyonun önlenmesi adına büyük önem taşımaktadır. Geçmişten bugüne kadar yapılan çalışmalar, depresyonun tanı ve tedavisi için son derece önemlidir.

Depresyonu Açıklayan Kuramlar

Bu başlık altında depresyonu açıklayan kuramlardan bahsedilmiştir.

Depresyonu açıklayan kuramlardan psikoanalitik kuram, davranışçı kuram ve bilişsel kuram açıklanmıştır.

Psikanalitik kuram

Psikanalitik kuramlarda depresif bozuklukların gerçek veya sembolik bir nitelik taşıyan, bir sevgi nesnesinin yitilmesi sonucu geliştiği ileri sürülmüştür. Depresyon ve üzüntü arasında psikodinamik bir farklılık olduğu öne sürülmüş ve depresyonu sevilen bir nesnenin kaybından doğan düşmanca duyguların, agresif dürtülerin kişinin kendine dönmesinden kaynaklandığını ifade etmektedir (Gür, 1996).

Psikanalitik kuram (1917), birçok depresyon vakasının biyolojik faktörlere bağlı olduğunu iddia etmektedir. Bununla birlikte sevgi nesnesi kaybı olarak da adlandırılmış olan çevresindeki yakınlarından birinin kaybına tepki olarak ortaya çıktığı ifade edilmiştir (McLeod, 2015).

Freud'a göre yas sürecinde kaybın bilincinde genellikle acı verici bir şekilde algılandığı, ancak depresyon durumunda bu böyle olmadığı ifade edilmiştir. Depresyonu, ego üzerine düşen bir gölge olarak tanımlamaktadır, ki bu kaybolan nesnenin (sevilen biri, bir amaç, statü, vb.) bireyin kendisi üzerindeki etkisini ifade etmektedir. Bu bağlamda, depresif birey, zayıf sınırlara sahip olduğundan kayıp nesneyi kendisiyle özdeşleştirir ve onu kendi bir parçası olarak algılar (Levin, 2013). Freud'a göre, depresyon yaşayan kişilerde kendini değersiz hissetme ve kendini suçlama gibi durumlar, kaybedilen nesneye yönelik öfkenin kişinin kendisine dönüşmesinin bir sonucu olduğunu ifade etmiştir (Türkçapar, 2009).

Adler'e göre depresyonda merkezi rol oynayan kısım üstünlük kompleksidir. Adler insanın bütüncül doğasını vurgulamakta ve beden ile zihnin ayrılamayacağını ileri sürmüştür. Adler'in kuramına göre, dünyaya yeni gelen bir bebek bağımlı bir varlık olarak doğmaktadır ve büyüdükçe bağımsızlığını kazanmaya başlamaktadır. Bu süreçte, fiziksel ve zihinsel gelişimi dış etkenlerle etkilenebilmektedir. Çocuğun

bağımsızlık ve sorumluluk duygusunun gelişimi desteklenmezse, yetersizlik hissi ve aşığılık kompleksi ortaya çıkabilmektedir. Bu durum, depresyon ve diğer psikopatolojik sorunlara yol açmaktadır. Özellikle iyi bir aile, arkadaş ve öğretmen desteği, çocuğun başarı duygusu geliştirmesine ve hayatın zorluklarıyla başa çıkmasına yardımcı olur lakin bu desteklerden yoksun kalması, başarısızlık korkusu ve depresyon gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Psikoterapi bu tür problemleri yönetmede önemli yer tutmaktadır (Akdeniz, 2014)

Karen Horney'in teorisine göre, sevgi eksikliği ve itici davranışlarla yetiştirilen çocuklar, genellikle güvensizlik ve yalnızlık hissi geliştirebilirler. Bu çocuklar, ilerleyen yaşlarda eleştirilme ve reddedilmeyle daha zor başa çıkmaktadırlar ve bu durum onları çaresizlik hissine sürükleyerek depresyona eğilimli hale getirebilmektedir (Akdeniz, 2014).

Davranışçı kuram

Davranışçılık Kuramı, Pavlov, Watson ve Thorndike gibi öncülerin geliştirdiği temel bir kuramdır. Bu kurama göre, öğrenme süreci uyarıcılar ile davranışlar arasında bir bağlantı kurularak gerçekleşir ve davranışlar genellikle pekiştirme yoluyla değiştirilir. Kuramın temelinde davranışların öğrenildiği ve insanların iyi veya kötü olmadığı fikri yatmaktadır. Davranışçılık, bireyin çevresiyle etkileşim içinde olduğunu ve bu etkileşimler sonucunda davranışlarının şekillendiğini vurgular. Bu kuram davranışların dışsal faktörler tarafından belirlendiğini savunarak insan davranışlarının anlaşılmasında önemli bir rol oynar (Senemoğlu, 2005).

Davranış değişimi, özellikle depresyon durumunda, davranışçı perspektiften önemli bir odak noktasıdır. Davranışçı yaklaşım, depresyonda bireyin davranışlarını etkileyen çevresel uyarıcılara odaklanır ve bu davranışların gözlemlenebilir yönlerine, özellikle davranışın başlangıcı ve sonucuna odaklanır (Akdeniz, 2014).

Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) öğrenilmiş çaresizlik kuramını geliştirmişlerdir. Bu kurama göre, depresyonun oluşumu çocukluktan beri karşılaşılan çözümsüzlüklerden, kaçış ve kurtuluş yollarını bilmemenin ve çaresizlik durumunda kalmanın bir sonucu olarak açıklanmıştır. Depresif birey genellikle başarısızlık durumlarında içsel, değişmez ve genel nedensel açıklamalar yaparken başarı durumlarında dışsal, değişebilir ve özgün nedenlere odaklanma eğilimindedir (Akdeniz, 2014).

Ferster, depresyonun davranışsal açıdan eksikliklerle ilişkilendirilmesine odaklanır ve kaçınma davranışına önem verir. Ona göre, depresyondaki bireylerin tutumlarındaki azalma, kaçınma davranışıyla ilişkilidir. Depresyonu açıklarken, depresyondaki bireylerin davranışlarında gözlenen azalmanın temelinde, olumlu pekiştirilen davranışlardaki azalmanın yattığını öne sürer. Ferster'a (1974) göre, depresyondaki bireylerin yaşadığı tutumların azalması, genellikle olumlu pekiştirme eksikliği nedeniyle belirli davranışlardan kaçınma eğilimindedirler, bu da depresyonun ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir (Dündar, 2020).

Bilişsel kuram

Bilişsel kuram, sosyal çalışma pratiğinde önemli bir yer edinmiş ve insan davranışının çevresel etkileriyle birlikte anlaşılmasına odaklanan temel bir teorik yaklaşım olarak gelişmiştir. Bu kuram, öğrenme teorisinin ve bilişin kavramsal ilkelerinin temelinde yükselir. Sosyal hizmet alanında, bilişsel kuramın uygulanması çeşitli pratik sonuçlar doğurmuş ve bireylerin yaşadığı sorunlara daha etkili müdahalelerde bulunulmasına olanak sağlamıştır. Bu yaklaşım, insan davranışlarını anlamının yanı sıra bireylerin içsel süreçlerini de dikkate alarak sosyal çalışma pratiğini zenginleştirmiştir (Nurius ve Marcy, 2008).

Bilişsel kuram, depresyonun sebeplerini araştıran Aaron Beck'in perspektifinden depresyonu açıklamaktadır. Beck'e göre, depresyon, bireyin yaşam deneyimlerinden kaynaklanan hatalı düşünce kalıpları sonucunda ortaya çıkmaktadır. Beck'in bu yaklaşımı, bireyin algılarının, düşüncelerinin ve yorumlarının depresyonun gelişiminde kritik bir rol oynadığını vurgulamaktadır (Gökdağ ve Arkar, 2016). Beck depresyonun bilişsel olarak kişinin kendisi, çevresi ve geleceği ile ilgili olumsuz yargılara sahip olmasından kaynaklandığını öne sürmüştür (Türkçapar, 2009). Buna göre, bireyin negatif düşünce kalıpları, kendine yönelik eleştirel veya olumsuz düşünceler, gelecek hakkında karamsarlık ve geçmişteki olumsuz deneyimlerin aşırı vurgulanması gibi faktörler, depresyonun ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır (İdikurt, 2019).

Beck'in bilişsel modeli bilişsel üçlü, otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtmalar, işlevsel olmayan şemalar olmak üzere dört unsura ayrılmıştır.

Bilişsel Üçlü

Bir bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılaması, kişinin kendini değersiz, yetersiz, ahlaki veya fiziksel olarak eksik görmesiyle ilişkilendirilir. Birey genellikle geçmişteki olumsuz olaylardan kendini sorumlu tutar ve başkaları

tarafından beğenilmediğini düşünür. İlişkileri ve yaşantıları genellikle negatif olarak algırlar. Gelecekleri ise hep umutsuzlukla doludur (Doğan 2001).

Otomatik Düşünceler

Kurama göre olumsuz düşünceler otomatik bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu düşünceler kişi tarafından bilinçli olarak planlanmazlar ve genellikle bilinçli bir değerlendirmeye tabi tutulmazlar; aksine, düşüncelerin oluşumu çok hızlı ve refleksif bir şekilde gerçekleşir. Otomatik düşünceler genellikle çok kısadır ve kişi bu düşüncelerin yerine yaşadığı duygulara yoğunlaşır. Depresyondaki bir birey, bu otomatik düşüncelerin doğru olduğuna sık sık inanır. Ayrıca, olumsuz otomatik düşünceler yalnızca düşünce şeklinde değil, aynı zamanda imge olarak da ortaya çıkabilirler (Doğan, 2001).

Depresyonun tedavisinde otomatik düşüncelerle çalışmak önemli bir kavramdır. Terapi sürecinde, bireyin bu otomatik düşüncelerinin farkına varması ve bunları sorgulaması teşvik edilir. Bu, kişinin düşüncelerinin gerçekliğini sorgulamasına ve daha sağlıklı, olumlu düşünce kalıplarını geliştirmesine yardımcı olur (Yıldız, 2017).

Bilişsel Çarpıtmalar

Depresyondaki bir bireyin kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz olarak algılaması, bilgi işleme sürecinde meydana gelen bazı hatalardan kaynaklanabilir. Bu hatalar, algılama sürecinde de bazı yanlışlıklara neden olur ve böylece birey, herhangi bir olayı çarpık bir biçimde değerlendirme eğilimine girer. Bu durum, depresyondaki bireylerde kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılama olarak kendini göstermektedir (Fennel, 1989). Bu hatalar genellikle bilgiyi işleme sürecinde çeşitli aşamalarda ortaya çıkabilir. Örneğin, dikkat seçimi aşamasında, depresyondaki bir birey olumlu veya nesnel bilgileri göz ardı edebilir ve sadece olumsuz bilgilere odaklanabilir. Sonra, bilgilerin yorumlanması aşamasında, birey olumsuz olayları aşırı şekilde abartabilir veya olumsuz sonuçlara daha fazla ağırlık verir. Son olarak, bu yanlış algılar ve yorumlar, bireyin kendine, çevresine ve geleceğine ilişkin algılarını şekillendirir. Bu tür hatalı bilgi işleme süreçleri, depresyonun temel özelliklerinden biridir ve bireylerin düşünce kalıplarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bulut ve ark., 2020).

İşlevsel Olmayan Şemalar

Ara inançların oluşumu genellikle çocuklukta başlar ve yaşam boyu gelişmeye devam eder. Bu tür inançlar oldukça kalıcı ve değişime dirençlidir. Beck

ve meslektaşlarına göre, işlevsel olmayan şemalar üç grupta toplanır ve bunlar; başarı, kabul edilme ve kontroldür. Başarı grubunda olan bireyler kendilerine çok yüksek standartlar belirler ve genellikle mükemmeliyetçi bir tutum sergilerler. Kabul edilme grubundaki bireyler ise sürekli olarak sevmeye, kabul edilmeye ihtiyaç duyarlar ve dışsal onayın önemli olduğunu hissederler. Kontrol grubundaki bireyler ise çevrelerini kontrol etme ve güçlü olma eğilimi içindedirler (Fennel, 1989). Bu tür şemalar, herhangi bir durumda etkinleşebilir ve kişinin düşünce ve davranışlarını etkileyebilmektedir (Doğan, 2001).

İşlevsel olmayan şemalar genellikle bilişsel çarpıtmalarla desteklenebilir. Örneğin, olumsuz bir olayı abartma, kişiselleştirme veya siyah- beyaz düşünme gibi düşünme hataları bu şemaları güçlendirir. Bu şemalar ve bilişsel çarpıtmalar, bireyin duygusal ve davranışsal reaksiyonlarını şekillendirir ve genellikle depresyon, anksiyete ve diğer ruhsal sağlık sorunlarının temelinde yatar (Yapan, 2018).

Depresyonun Belirtileri

Depresyonun oluşumunda çeşitli faktörler rol oynar ve bu faktörlerin bir araya gelmesiyle depresyon ortaya çıkar. Genetik yatkınlık, stres faktörleri ve beyin kimyasındaki dengesizlikler bu faktörlerden bazılarıdır (Köroğlu, 2015).

Genetik yatkınlık, depresyonun riskini artıran bir faktördür. Aile geçmişinde depresyon öyküsü olan bireylerde, depresyona yakalanma olasılığı genellikle daha yüksektir. Ancak, genetik yatkınlığın tek başına depresyonu tetiklemesi için yeterli olmadığı düşünülmektedir. Stres faktörleri de depresyon gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Travmatik olaylar, kayıplar, ilişki problemleri, iş veya okul stresi gibi yaşam olayları depresyon riskini artırabilir. Bu stres faktörleri, beyindeki kimyasal dengesizlikleri tetikleyebilir ve depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabilir (Villaruel ve Terlizzi, 2020). Çünkü beyindeki kimyasal dengesizlikler, depresyonun fizyolojik temellerinden biridir. Depresyonda serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi beyin kimyasallarının düzeylerinde değişiklikler görülebilir. Bu kimyasallar, duygusal durumu, uyku düzenini, iştahı ve diğer fonksiyonları düzenlemeye yardımcı olan beyin bölgelerinde aktiviteyi etkiler. Bu dengesizlikler, depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına ve sürmesine neden olabilmektedir (Jokela ve ark., 2016).

DSM-V'e Göre Depresyon Bozukluklarının Sınıflandırılması

Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

Çocukluk döneminde gözlenen ciddi ve sürekli öfke nöbetleri içeren bir bozukluktur. Bu bozukluğa sahip kişiler, yaşına ve çevresel uyaranlara göre aşırı ve yaygın öfke patlamaları yaşarlar. Bu patlamalar, genellikle günlük yaşamda karşılaşılan tipik stres ve hayal kırıklıklarına aşırı tepki verme şeklinde ortaya çıkmaktadır (Özyurt ve Emiroğlu, 2019).

Yeğin (Majör) Depresyon Bozuklukları

Bu bozukluk yaygın olarak bilinen depresyon türleri arasındadır ve klinik olarak belirgin belirtileri olan ciddi bir ruhsal sağlık problemidir. Bu bozukluk, duygu durumunu, düşünce kalıplarını ve davranışlarını etkileyen karmaşık bir hastalıktır (Ekin, 2017).

Başlıca majör depresyon belirtileri şunlardır (Halisçelik, 2021);

- Çökkün duygudurum
- İlgi veya zevk kaybı
- Uyku sorunları
- Yorgunluk, enerji kaybı veya halsizlik
- İştah problemleri
- Hareket veya konuşma hızında azlık
- Dikkat ve konsantrasyon problemleri
- Değersizlik
- İntihar düşünceleri

Yukarıda sıralanan belirtilerden en az beşinin iki hafta boyunca devam ettiği süreçte majör depresyon şüphesi için yeterlidir. Majör depresyon tanısı için çökkün duygudurum ve zevk almama belirtilerinden en az birisi olmalıdır.

Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)

Distimi, kronik ve uzun süreli bir depresyon türüdür ve genellikle majör depresyon kadar şiddetli olmayabilir, ancak dah uzun süre devam eder. DSM-5' e göre distimi, en az iki yıl boyunca devam eden belirgin bir düşük duygudurum ve diğer depresyon belirtilerine sahip olma durumudur (Von Wolff ve ark., 2013).

Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu

Dünya genelinde birçok kadını fiziksel ve duygusal açıdan etkileyen ve işlevselliğini bozan bir sağlık sorunudur. Zaman zaman şiddeti artabilen ve hatta

işgücü kaybına neden olabilen bu durum, adet döngüsünün belirli bir döneminde ortaya çıkar. Belirtileri arasında irritabilite, depresyon, anksiyete yorgunluk, iştah değişiklikleri, baş ağrısı, şişkinlik ve meme hassasiyeti gibi çeşitli fiziksel ve duygusal semptomlar yer almaktadır (Özdel, 2014).

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu

Genellikle madde kullanımı sonrası ortaya çıkan veya kesildikten sonra gelişen bir durumdur. Bu durum, genellikle bir maddeye maruz kalan veya kullanımını kesen bireylerde meydana gelir ve bir tür kimyasal dengesizlik veya beyin fonksiyonlarında değişikliklerle ilişkilendirilebilir. Belirtiler, diğer depresyon türleriyle benzerlik göstermektedir (Karaoğlan ve ark., 2020).

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu

Genellikle başka bir tıbbi veya fiziksel sağlık sorunuyla ilişkili ortaya çıkan depresyon durumudur. Bu durumda, depresyon belirtileri, başka bir sağlık sorunun varlığı veya etkileriyle ilişkilidir ve bu sağlık sorunu tedavi edilse bile depresyon belirtileri devam edebilir. Başka bir sağlık durumuna bağlı depresyon bozukluğu, çeşitli sağlık sorunlarına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bunlar arasında kronik hastalıklar, nörolojik hastalıklar, hormonal dengesizlikler, kronik ağrı sendromları ve diğer sağlık durumları yer almaktadır (Gold ve ark., 2020).

Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu

“Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu”, DSM-5’te belirtilen depresyon türleri arasında yer almaktadır. Bu kategori, majör depresyon veya distimi gibi tanımlanmış diğer depresyon bozukluklarına uymayan, ancak belirgin depresif semptomları olan bireyler için kullanılmaktadır (Kafes, 2021).

Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

“Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu” terimi, DSM-5’te belirtilen bir kategoridir. Bu Bozukluk, belirli bir depresyon alt türüne tam olarak uymayan, ancak depresif semptomları olan bireyler için kullanılmaktadır (Ortaarık ve ark., 2012).

Olumsuz Benlik

Olumsuz benlik kavramı, bireylerin kendilerini olumsuz şekilde değerlendirdikleri ve kendilerine karşı eleştirel, acımasız veya yetersiz hissettikleri durumu ifade eder. Bu durum genellikle düşük benlik saygısı, özsaygı eksikliği veya kendine yönelik negatif düşüncelerle ilişkilidir (Yaprak, 2017).

Olumsuz benlik, genellikle çeşitli faktörlerin etkileşimi sonucunda oluşabilir. Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimler, aile veya çevresel faktörler,

sosyal medya veya toplumsal normlar gibi dış etkenler olumsuz benlik oluşumunu etkiler. Bunun yanı sıra, kişinin kendi içsel eleştirel sesi veya mükemmeliyetçilik gibi içsel faktörler de olumsuz benlik oluşumunda rol oynar ve kavram genellikle depresyon, anksiyete, düşük özsaygı ve ilişkilerde sorunlar gibi çeşitli sorunlarla ilişkilendirilmektedir (Çam ve ark., 2017). Bu nedenle, olumsuz benlik üzerinde çalışarak kendine kabul, merhamet ve saygı gibi olumlu özellikleri güçlendirmek, bireyin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi açısından önemli olacaktır.

Olumsuz benlik kavramı, psikoloji ve psikoterapi alanlarında üzerinde çalışılan ve ele alınan bir konudur. Bireylerin olumsuz benlik algılarını tanımaları ve bu algıları değiştirmeye yönelik çaba göstermeleri, psikolojik iyilik hallerini artırır ve daha sağlıklı bir benlik algısına sahip olmalarını sağlar (Cankardaş, 2019).

Somatizasyon

Somatizasyon, kişinin fiziksel semptomlarla baş edemediği veya bu semptomları anlamlandıramadığı durumlarda, bu semptomları yaşamasıdır. Bu semptomlar genellikle gerçek bir tıbbi durumun belirtileri gibi görünse de, altında herhangi bir tıbbi neden bulunamayabilir. Somatizasyon bozukluğu olan kişiler genellikle çeşitli vücut ağrıları, baş ağrıları, mide problemleri, bulantı, kusma gibi fiziksel şikayetler yaşarlar (Baylan, 2019).

Somatizasyonun altında yatan nedenler karmaşıktır ve birçok faktörden kaynaklanabilir. Psikososyal stres, travmatik yaşam olayları, duygusal sıkıntılar, geçmişteki travmalar veya zorluklar, çözülememiş psikolojik konular somatizasyonun ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Bu semptomlar, kişinin zihnindeki stres ve duygusal rahatsızlıkların fiziksel semptomlarla ifade edilmesiyle ortaya çıkar. Somatizasyonun tedavi süreci genellikle uzun ve karmaşıktır. Tedavide yaygın olarak psikoterapi, stres yönetimi teknikleri, gevşeme egzersizleri ve ilaçlar gibi yöntemler kullanılmaktadır. Somatizasyonun tedavisinde en önemli adımlardan biri, kişinin semptomlarının altında yatan duygusal ve psikolojik faktörleri tanımlamasına ve bu konularla başa çıkma yollarını öğrenmesine yardımcı olmaktır. Bu şekilde, kişi fiziksel semptomları azaltabilir ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olabilmektedir (Busch, 2014; Gümüş ve ark., 2012).

Öfke/Saldırganlık

Öfke ve saldırganlık, psikolojide önemli bir konudur ve genellikle insan davranışları üzerinde derinlemesine incelenir. Öfke, genellikle bir tehdit algısı veya haksızlık karşısında ortaya çıkan duygusal bir tepkidir. Bu duygu, vücutta bir dizi

fizyolojik değişikliğe neden olabilir ve kişinin davranışlarını etkiler. Saldırganlık ise, öfkenin bir sonucu olarak ortaya çıkar ve kişinin kendini veya başkalarını zarara uğratma niyetini içerebilir. Saldırganlık davranışları fiziksel, sözlü veya duygusal olabilir ve zarar verme veya kontrol etme arzusundan kaynaklanabilir (Cevizci ve Müezzın, 2019).

Psikolojik açıdan, öfke ve saldırganlık genellikle içsel veya dışsal faktörlerle ilişkilendirilir. İçsel faktörler arasında kişilik özellikleri, öfke kontrolü becerileri ve duygusal düzenleme yetenekleri yer alır. Dışsal faktörler ise çevresel stresörler, sosyal etkileşimler ve yaşam koşulları gibi faktörleri içerir. Öfke ve saldırganlık, sağlık ve refahı olumsuz etkileyebilir. Kronik öfke sorunları, yüksek tansiyon, kalp hastalıkları ve stresle ilişkili diğer sağlık sorunlarına katkıda bulunmasının yanı sıra saldırganlık davranışları, ilişkilerde sorunlara ve sosyal izolasyona da yol açabilmektedir (Müezzın, 2023).

Bu duygularla başa çıkmanın yolları arasında duyguları tanıma ve ifade etme, stres yönetimi tekniklerini kullanma, sağlıklı iletişim kurma ve çatışma çözme becerilerini geliştirme yer almaktadır. Profesyonel destek almak da öfke ve saldırganlıkla başa çıkmak için faydalıdır. Özellikle bu duyguların günlük yaşamı veya ilişkileri ciddi şekilde etkilediği durumlarda etkin bir rol oynamaktadır. Bu bağlamda öfke ve saldırganlık, insan davranışlarını ve psikolojisini derinlemesine anlamak için önemli bir konudur. Bu duyguların sağlıklı bir şekilde ifade edilmesi ve yönetilmesi, kişinin yaşam kalitesini ve ilişkilerini olumlu yönde etkileyecektir (Berkowitz, 2012).

Psikolojik Esneklik

Psikolojik esneklik, yeni kuşak veya üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarından ampirik veriler ve yaygınlık açısından önde gelen kabul ve kararlılık terapisinin temel kavramıdır (Alkal ve Çam, 2024).

Psikolojik esneklik, insanların zorluklarla karşılaştıklarında esnek bir şekilde tepki verme yeteneğini ifade eder. Bu kavram, duygusal zeka, stres yönetimi ve adaptasyon gibi becerileri içerir ve kişinin değişen koşullara uyum sağlama, stresle başa çıkma ve duygusal dengeyi koruma yeteneğini ifade eder (Aslan ve Fulya, 2022).

Psikolojik esneklik, kişinin esnek düşünme yeteneğini, olumsuz duygularla başa çıkma becerisini ve hedeflere yönelik kararlılığını içerir. Örneğin, bir kişi iş yerinde yaşadığı değişikliklere uyum sağlayabiliyor ve yeni koşullara hızla adapte

olabiliyorsa, bu kişinin psikolojik esnekliği yüksektir. Stresle başa çıkma becerileri psikolojik esneklik kavramı içerisinde yer alan bir diğer kavramdır. Bu beceri, kişinin stresli durumlarla karşılaştığında sakin kalabilme, problem çözme yeteneğini kullanabilme ve esnek bir şekilde tepki verebilme yeteneğini ifade eder (Karakuş ve Akbay, 2020). Bir diğer ifade ile psikolojik esneklik, kişinin stresli durumlar karşısında duygusal olarak dengede kalmasını sağlar. Özetle psikolojik esneklik, insanların değişen koşullara uyum sağlamalarını, stresle başa çıkmalarını ve duygusal dengeyi korumalarını sağlayan önemli bir yetenektir. Bu yetenek, kişinin sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürmesine ve olumlu ilişkiler kurmasına yardımcı olur. Psikolojik esneklik, geliştirilebilir bir yetenek olduğundan, stresle başa çıkma becerilerini ve esnek düşünme yeteneğini geliştirmek için çaba harcamak önemlidir (Toprak ve ark., 2020).

Psikolojik Esnekliğe Kuramsal Yaklaşım

Psikolojik esneklik, kabul ve kararlılık terapisi (Acceptance and Commitment Therapy - ACT) adı verilen bir terapi yaklaşımının temelini oluşturur. ACT, bireylerin içsel deneyimlerine (duygular, düşünceler, duygular) daha fazla esneklik ve kabulleniş ile yanıt verme becerisini geliştirmeyi hedefler. Bu yaklaşım, insanların yaşamlarında karşılaştıkları zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarını sağlamayı amaçlar (Doorley ve ark., 2020). ACT'nin temelinde altı ana ilke vardır (Cherry ve ark., 2021; Kuşçu, 2019):

- Kabul: Bireylerin içsel deneyimlerini reddetmek veya değiştirmeye çalışmak yerine, onları kabul etmeyi öğrenmeleri teşvik edilir. Bu, duyguları, düşünceleri ve duyguları reddetmek yerine, onlarla barış içinde olmayı içerir.
- Şimdiki An: Bireylerin şu anda yaşadıkları ana odaklanmaları teşvik edilir. Geçmişteki pişmanlıklar veya gelecekteki endişeler yerine, şu anda ne hissettiklerine ve ne yaptıklarına odaklanmaları teşvik edilir.
- Değerler: Bireylerin hayatta önemsedikleri ve önem verdikleri şeyler üzerine odaklanmaları sağlanır. Değerlerine uygun davranışlar sergilemeleri ve bu değerler doğrultusunda yaşamaları önerilir.
- Kararlılık: Bireylerin yaşamlarında önem verdikleri şeylere bağlı kalmaları ve bu değerler doğrultusunda eyleme geçmeleri tavsiye edilir. Zorluklarla karşılaştıklarında bile kararlılıkla hareket etmeleri önerilir.

- Gözlem: Bireylerin içsel deneyimlerini daha fazla farkındalıkla gözlemlenmeleri teşvik edilir. Duyguları, düşünceleri ve duyguları daha fazla farkındalıkla deneyimlemeleri ve bunlara tepki verirken daha bilinçli olmaları öğütlenir.
- Birleşim: Bireylerin değerlerine uygun hareket etmeleri ve yaşamlarında anlam ve amaç bulmaları sağlanarak kararlılıkla değerlerine uygun davranışlar sergilemeleri üzerinde durulur.

Bu altı ilke, bireylerin içsel deneyimlerine daha sağlıklı ve esnek bir şekilde yanıt verme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur. ACT, psikolojik esnekliği artırmayı hedefleyen bir terapi yaklaşımı olmasının yanı sıra, genel olarak insanların yaşamlarını daha anlamlı ve değerli hale getirmelerine yardımcı olmayı da amaçlar (Aslan, 2023).

ACT ve işlevsel Bağlamcılık

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) ve İşlevsel Bağlamcılık (Functional Contextualism), psikoloji ve terapi alanında önemli kavramlar ve yaklaşımlardır. İkisi de insan davranışlarını anlamaya ve değiştirmeye yönelik belli başlı teoriler ve uygulamalar geliştirmiştir.

ACT, kabul ve kararlılık terapisi olarak da bilinir. ACT'nin temel amacı, bireylerin içsel deneyimlerine (duygular, düşünceler, duygular) daha fazla esneklik ve kabulleniş ile yanıt verme becerisini geliştirmektir. Bu yaklaşım, bireylerin yaşamlarında önem verdikleri değerlere bağlı kalarak daha anlamlı bir yaşam sürmelerini amaçlar. ACT, davranışsal terapi ve bilişsel terapi gibi diğer terapi yaklaşımlarıyla da sıkça entegre edilir (Biglan ve Hayes, 2016).

İşlevsel bağlamcılık ise, bilgiyi ve gerçeği, bireylerin yaşamlarındaki işlevselliğe ve bağlama göre değerlendiren bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, bilginin ve davranışın bağlamdan bağımsız olarak değil, bağlam içinde anlam kazandığını vurgular. İşlevsel Bağlamcılık, davranış analizi ve bağlamsal psikoloji ile yakından ilişkilidir ve insan davranışlarını anlama ve değiştirmede kullanılır (Hayes ve Fryling, 2019; Kalafat, 2023).

ACT ve işlevsel bağlamcılık, insan davranışları üzerine derinlemesine düşünmeyi ve farklı terapi yaklaşımları geliştirmeyi teşvik eden önemli psikolojik çerçevelerdir. Her ikisi de bireylerin içsel deneyimlerine daha sağlıklı bir şekilde yanıt verme becerilerini geliştirmeyi amaçlar. Bu yaklaşımlar, psikolojide ve terapide

önemli bir etki yaratmış ve birçok uygulayıcı tarafından benimsenmiştir (Akkaya, 2022).

ACT ve ilişkisel çerçeve kuramı

ACT ve İlişkisel Çerçeve Kuramı (Relational Frame Theory - RFT), psikoloji alanında önemli kavramlar ve yaklaşımlardır. İkisi de insan davranışlarını anlamaya ve değiştirmeye yönelik belli başlı teoriler ve uygulamalar geliştirmiştir (Akkaya, 2022).

ACT, kabul ve kararlılık terapisi olarak da bilinir. ACT'nin temel amacı, bireylerin içsel deneyimlerine (duygular, düşünceler, duygular) daha fazla esneklik ve kabulleniş ile yanıt verme becerisini geliştirmektir. Bu yaklaşım, bireylerin yaşamlarında önem verdikleri değerlere bağlı kalarak daha anlamlı bir yaşam sürmelerini amaçlar. ACT, davranışsal terapi ve bilişsel terapi gibi diğer terapi yaklaşımlarıyla da sıkça entegre edilir (Aslan ve Türk., 2022). İlişkisel Çerçeve Kuramı (RFT), dilin nasıl anlam kazandığını ve insan davranışlarını nasıl etkilediğini açıklamaya çalışan bir teoridir. RFT, dilin bir bilişsel beceri olarak nasıl işlediğini ve insanların deneyimlerini nasıl şekillendirdiğini inceler. Bu teori, dilin insan davranışlarını nasıl etkilediğini anlamak için bağlam ve ilişkilerin önemini vurgular. ACT ve RFT, birlikte insan davranışlarını daha derinlemesine anlamaya ve terapi süreçlerini daha etkili hale getirmeye yönelik bir yaklaşım sunar. İki yaklaşım arasındaki ilişki, insan davranışlarını anlama ve değiştirme konusunda yeni ve etkili stratejiler geliştirmek için önemli bir potansiyel sunar. Bu nedenle, ACT ve RFT'nin birlikte kullanılması, psikoloji ve terapide önemli bir gelişme alanı olarak kabul edilir (Long ve Sanford, 2015).

Psikolojik Esneklik Modeli

Psikolojik esneklik modeli, ACT tarafından öne sürülen bir modeldir. Bu model, insanların içsel deneyimlerine (duygular, düşünceler, duygular) daha esnek bir şekilde tepki verme becerisini geliştirmeyi amaçlar (Cansız ve ark., 2020).

Kabul

Psikolojik esneklik modelinin ilk aşaması olan kabul, bireylerin içsel deneyimlerini kabul etme ve direnç göstermeden yaşama becerisini ifade eder. Bu aşama, duyguları, düşünceleri ve duygusal deneyimleri reddetme veya değiştirmeye çalışma yerine, onları olduğu gibi kabul etmeyi içerir. Kabul aşaması, bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları zorluklarla daha sağlıklı bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olur (Ulubay ve Güven, 2022). Bu aşamada, bireyler duygusal olarak

rahatlamış hissedebilirler ve içsel çatışmalarını azaltabilirler. Aynı zamanda, kabul etme süreci, bireylerin kendi iç dünyalarıyla daha barışık olmalarını ve daha fazla farkındalık geliştirmelerini sağlar. Ayrıca bu aşama, özellikle stresli veya duygusal olarak zorlayıcı durumlarla başa çıkmak için önemlidir. Bu aşama, bireylerin duygusal olarak daha dengeli ve sağlıklı bir şekilde tepki vermelerine yardımcı olur. Kabullenme, kişinin içsel deneyimlerini daha fazla farkındalıkla gözlemlemesine ve bu deneyimlerle daha esnek bir şekilde başa çıkmasına olanak tanır (Ciarrochi ve ark., 2010).

Bilişsel Ayrışma

Psikolojik esneklik modelinin bir aşaması olan bilişsel ayrışma, kişinin zihnindeki düşüncelerle gerçeklik arasındaki farkı fark etme ve bu farkı kabullenme sürecini ifade eder. Bu aşamada, bireyler kendi düşünceleriyle gerçeklik arasındaki uyumsuzlukları fark ederler ve bu düşünceleri gerçeklikten bağımsız olarak değerlendirirler (Özdemir, 2021).

Bilişsel ayrışma, bireylerin düşüncelerini objektif bir şekilde gözlemlemelerine ve bu düşüncelerin gerçeklikle ne kadar uyumlu olduğunu değerlendirmelerine olanak tanır. Bu süreç, bireylerin düşüncelerini daha esnek bir şekilde ele almalarını ve düşünce kalıplarını değiştirmeye daha açık hale gelmelerini sağlar. Bu aşama, bireylerin kendi iç dünyalarını daha derinlemesine keşfetmelerine ve kendi düşünce süreçlerini daha bilinçli bir şekilde yönetmelerine olanak tanır. Bu süreç, özellikle negatif düşünce kalıplarıyla başa çıkmak için önemlidir ve bireylerin daha sağlıklı ve dengeli bir zihinsel duruma ulaşmalarına yardımcı olabilir (Yavuz, 2015).

An ile Temas

Psikolojik esneklik modelinde, an ile temas aşaması, bireylerin şu anda yaşadıkları anı farkındalıkla deneyimlemelerini ve içinde buldukları duruma odaklanmalarını ifade eder. Bu aşama, geçmişteki pişmanlıklar veya gelecekteki endişeler yerine, şu anda ne hissettiklerine ve ne yaptıklarına odaklanmalarını teşvik eder. An ile temas aşaması, bireylerin içsel deneyimlerini (duygular, düşünceler, duygular) daha fazla farkındalıkla gözlemlemelerini sağlar (Özdemir ve Soysal, 2023). Bu, duyguları ve düşünceleri reddetmek yerine, onlarla barış içinde olmayı içerir. Bireyler, içsel deneyimlerini daha derinlemesine keşfederken, aynı zamanda dış dünyayla olan bağlantılarını da daha fazla fark edebilirler. Bu aşama, bireylerin duygusal olarak daha dengeli ve sağlıklı bir şekilde tepki vermelerine yardımcı olur.

Aynı zamanda bireylerin içsel deneyimlerini daha fazla farkındalıkla deneyimlemelerine ve bu deneyimlere daha esnek bir şekilde tepki vermelerine olanak tanır. Bu da bireylerin yaşamlarında daha fazla anlam, amaç ve tatmin bulmalarına yardımcı olur (Toprak ve ark., 2020).

Bağlamsal Benlik

Bağlamsal benlik, kişinin kendini ve kimliğini çeşitli bağlamlarda nasıl algıladığına ve tanımladığına işaret eder. Bu kavram, kişinin kim olduğunu ve nasıl davrandığını belirleyen dışsal faktörlerin (bağlam) önemini vurgular. Bağlamsal benlik, kişinin kimliğinin ve davranışlarının, bulunduğu sosyal, kültürel ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişebileceğini ifade eder (Yavuz, 2015).

Bağlamsal benlik kavramı, insanların farklı sosyal ve kültürel bağlamlarda farklı kimlikler sergileyebileceğini ve davranışlarının bu bağlamlara göre değişebileceğini öne sürer (Karakuş ve Akbay, 2020). Örneğin, bir kişi iş yerinde farklı bir kimlik ve davranış sergileyebilirken, evde veya arkadaşlarıyla zaman geçirirken farklı bir kimlik ve davranış sergiler. Bağlamsal benlik, kişinin kendini tanımlama ve kimlik oluşturma sürecinde dışsal etmenlerin (bağlam) önemli bir rol oynadığını vurgular. Bu kavram, insan davranışlarını anlamak ve açıklamak için bireyin içsel özelliklerinin yanı sıra dışsal faktörlerin de dikkate alınması gerektiğini vurgular. Bu bağlamda, bireyin kimliği ve davranışları, içinde bulunduğu bağlama göre şekillenebilir ve değişebilir (Huang ve ark., 2018).

Değerler

Değerler, bireylerin önemsendiği ve yaşamlarında önemli buldukları ilkeler, inançlar ve amaçlar olarak tanımlanır. Değerler, bir kişinin yaşamını yönlendiren ve ona anlam katan temel unsurlardır. Herkesin değerleri farklı olabilir ve değerler, kişinin kimliğini ve davranışlarını büyük ölçüde etkilerler. Değerler, bireyin kararlarını ve eylemlerini şekillendirir. Bir kişi için değer verdiği bir şey, onun için önemli olan bir konuyu veya hedefi temsil edebilir. Örneğin, dürüstlük, adalet, özgürlük, aile, arkadaşlık gibi değerler bir kişi için önemli olabilmektedir (Dilmaç ve Bircan, 2019).

Değerler, bireyin yaşamında rehberlik eden bir pusula gibi davranabilir. Değerlerine uygun yaşamak, kişinin kendini daha tatmin olmuş hissetmesine ve anlam bulmasına yardımcı olmaktadır. Değerler aynı zamanda bireyin tercihlerini ve önceliklerini belirlemesini de sağlar. Psikolojide, değerler sıklıkla terapi süreçlerinde önemli bir rol oynar. Terapistler, bireylerin değerlerini anlamalarına ve bu değerlere

uygun yaşamlarına zemin hazırlar. Değerlerle uyumlu yaşamak, psikolojik esnekliği artırabilir ve bireyin duygusal refahını artırır (Bulut ve Dilmaç, 2018; Feather, 2021).

Değer Odaklı Davranış

Değer odaklı davranış, bireylerin yaşamlarında önem verdikleri değerler doğrultusunda hareket etmeyi ve kararlar almalarını ifade eder. Bu yaklaşım, ACT gibi terapi yöntemlerinde sıkça kullanılan bir kavramdır (Martin ve ark., 2023).

Değer odaklı davranış, bireylerin değerlerini belirlemelerini ve bu değerlere uygun olarak hareket etmelerini teşvik eder. Bu yaklaşıma göre, bireylerin yaşamlarında daha anlamlı ve tatmin edici bir şekilde yaşamları için değerlerine uygun davranışları önemlidir. Ayrıca bu davranış, bireylerin kendi değerlerini belirlemelerine ve bu değerlere göre yaşamlarını şekillendirmelerine yardımcı olur (Selart ve Johansen, 2011).

Değer odaklı davranışın temel prensiplerinden biri, bireylerin yaşamlarında değer verdikleri şeylere odaklanmaları gerektiğidir. Bu, bireylerin değerlerine uygun davranışlar sergilemelerini ve bu değerler doğrultusunda kararlar almalarını teşvik eder. Bu yaklaşım, bireylerin duygusal refahlarını artırabilir ve yaşamlarında daha fazla anlam ve amaç bulmalarına yardımcı olur. Tutum, bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarını da sağlar. Değerlerine uygun davranışlar sergilemek, bireylerin stresle daha sağlıklı bir şekilde başa çıkmalarına ve duygusal olarak daha dengeli olmalarına katkıda bulunur. Bu nedenle, değer odaklı davranış, bireylerin duygusal ve psikolojik refahlarını artırmak için önemli bir yaklaşımdır (Coss ve ark., 2015; Kul ve Türk, 2020).

Psikolojik Esneklik ve İş Yaşamı

Psikolojik esneklik, iş yaşamında sağlık çalışanları için son derece önemli bir kavramdır. Sağlık çalışanları, sıkıntılı ve stresli durumlarla sıkça karşılaşır ve bu durumlar işlerini yaparken fiziksel ve duygusal açıdan zorlayıcıdır. Psikolojik esneklik, bu tür zorluklarla başa çıkma yeteneği olarak tanımlanabilir ve sağlık çalışanlarının iş yaşamında daha sağlıklı ve verimli olmalarına yardımcı olur (Seyrek ve Ersanlı, 2017).

Psikolojik esneklik, değişen koşullara uyum sağlama, stresle başa çıkma ve duygusal dengeyi koruma yeteneğini içerir. Sağlık çalışanları, hasta yoğunluğu, acil durumlar, hasta yakınlarıyla iletişim, meslektaşlar arası ilişkiler ve işyeri stresi gibi birçok faktörle başa çıkmak zorundadırlar. Bu durumlarla başa çıkabilmek için psikolojik esneklikleri önemlidir. Ayrıca psikolojik esneklik, sağlık çalışanlarının

duygusal zekasını ve empati yeteneklerini geliştirir. Bu da hasta bakımında daha etkili olmalarını sağlar. Ayrıca, iş stresiyle başa çıkma becerilerini de artırır ve iş doyumunu ve memnuniyetini artırır (Proctor ve ark., 2024). Sağlık çalışanlarının psikolojik esnekliğini artırmak için destekleyici bir çalışma ortamı sağlanmalıdır. Bu ortamda, duygularını ifade etmelerine ve stresle başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olacak kaynaklar sunulması önemlidir. Bu bağlamda eğitim programları ve danışmanlık hizmetleri de psikolojik esnekliği artırmak için faydalı olacaktır.

Sonuç olarak, psikolojik esneklik, sağlık çalışanlarının iş yaşamında önemli bir rol oynar. Sağlık çalışanlarının psikolojik esnekliklerini geliştirmeleri, iş stresiyle daha iyi başa çıkmalarına ve daha sağlıklı bir iş yaşamına sahip olmalarına yardımcı olur (Aslan ve Türk, 2022).

İlgili Araştırmalar

Çalışmanın bu bölümünde sağlık çalışanlarında psikolojik esneklik ve belirtilere ilişkin incelemelerin yapıldığı daha önceki araştırmalara kronolojik olarak yer verilmiştir.

Cevizci ve Müezzini (2019) çalışmalarında sağlık çalışanlarının psikolojik belirti ve psikolojik dayanıklılıklarını incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarının psikolojik belirtileri ile psikolojik dayanıklılıkları arasında negatif bir ilişki olduğu ortaya çıkarılmıştır. Sağlık çalışanlarının kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, öfke, saldırganlık ve genel psikolojik belirtiler gibi psikolojik belirtilerinin düşük olduğu, psikolojik esneklik, yapısal tarz, gelecek algısı, aile uyumu açısından da düşük olduğu; benlik saygısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve genel psikolojik esnekliğin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ramaci ve ark. (2019), çalışmalarında hastane çalışanlarında psikolojik esneklik ve farkındalık düzeyleri üzerinde kişisel özelliklerin yordayıcılığını incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda katılımcıların yönetsel faktörler, ilişkiler ve içsel faktörlerin psikolojik ve fiziksel sağlıkla kısmen negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca psikolojik esnekliğin psikolojik ve fiziksel sağlık arasındaki ilişkiyi yumuşatmadığını göstermektedir. Bunun yerine, farkındalık, psikolojik ve fiziksel sağlıkla güçlü ve tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu; psikolojik esneklik gösteren çalışanların, çalışma ortamındaki aksilikleri kabul etmeye daha fazla açıklık göstermeleri ve değerli yaşam ve çalışma yollarını sürdürmelerinin daha olası olduğu da belirlenmiştir. Veriler, zor psikolojik olaylara karşı esnek ve dikkatli bir tutumun,

değişikliklere yanıt vermeye ve daha etkili çalışma becerisine yardımcı olduğunu gösterdiği bildirilmiştir.

Erdener (2019), çalışmasında afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini incelemiş ve elde edilen sonuçlara göre profesyonellerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek, profesyonellerin yaşı ile psikolojik dayanıklılık arasında pozitif bir ilişki, meslekleri ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Amir/sorumlu olarak çalışanların en yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu, arama kurtarma çalışanlarının ise düşük psikolojik dayanıklılığa sahip olduğu belirlenmiştir. Ek eğitim ve öğretim desteği alma durumu ile psikolojik dayanıklılık ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ek eğitim ve koçluk alanların psikolojik dayanıklılığı daha yüksek olduğu ve profesyonellerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri ile ikincil travmatik stres arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırma sonuçları, ikincil travmatik stresin gelişiminde psikolojik dayanıklılık kişilik özelliğinin önemini göstermektedir. Ayrıca ikincil travmatik stres belirtilerinin önlenmesi veya azaltılmasında sürekli eğitim ve rehberliğin önemi ortaya çıkmıştır.

Holmberg (2019), çalışmasında yoğun bakım personellerinde psikolojik esnekliğin psikolojik durum ve işe bağlılıkla olan ilişkisini incelemiştir. Çalışmanın sonucunda daha yüksek sıkıntı düzeylerinin daha düşük işe bağlılık düzeyleri ile ilişkili olduğu; psikolojik esneklik işe bağlılık ile yüksek ilişkil olarak bulunmuş ve psikolojik esnekliğin sıkıntı ve işe bağlılık arasındaki ilişki üzerinde yordayıcı bir etkisinin olduğu da belirlenmiştir. Ek olarak çalışmada zaman içinde artan psikolojik esneklik, artan işe bağlılık ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmada sonuçların yoğun bakım ortamlarında sağlık profesyonellerinde işe katılım için psikolojik esnekliğin önemini gösterdiği belirlenmiştir.

Garner ve Golijani-Moghaddam (2021), çalışmalarında sağlık profesyonellerinde psikolojik esneklik ve işe bağlı yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi meta-analiz yöntemi ile incelemiştir. Çalışmanın sonucunda psikolojik esneklik ile merhamet yorgunluğu arasında anlamlı bir negatif ilişki olduğu ve psikolojik esneklik ile şefkat tatmini arasında anlamlı bir pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir. Analiz sonuçlarının örneklem büyüklüğü ve örneklemin profesyonel perspektifi açısından çalışma çeşitliliğine rağmen, duyarlılık analizlerini takiben heterojenlik azaldığında, önemli ilişkiler sunduğu bildirilmiştir.

Bonilla-Sierra ve ark. (2021), çalışmalarında sağlık öğrencilerinde pandemi döneminde psikolojik esneklik ve yalnızlığın anksiyete ve depresyon belirtilerindeki yordayıcı etkilerini incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda alkol tüketiminin erkekler ve kadınlar arasında değişmekte olduğunu, örneklem arasında anksiyete ve depresyon semptomatolojisinin ise genellikle düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca psikolojik esneklik ve yalnızlık, cinsiyete ve önceki kişisel COVID-19 öyküsüne bakılmaksızın katılımcılarda stresin kaygı ve depresif ruh hali üzerindeki etkisinde aracı rolünün olduğu belirlenmiştir.

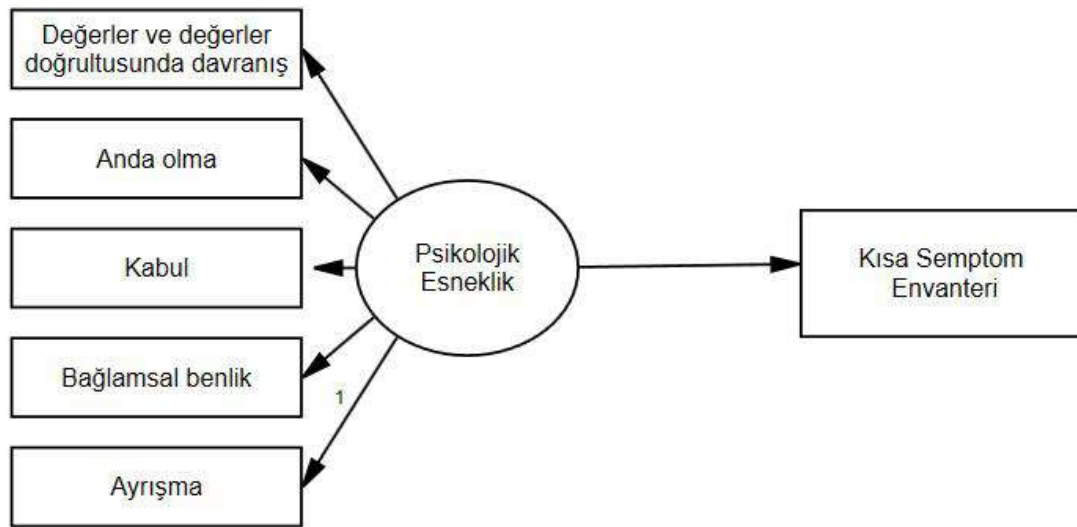
Jiménez-Fernández ve ark. (2022), çalışmalarında pandemi döneminde İspanya'da görev yapmakta olan hemşirelerde tükenmişlik, dayanıklılık ve psikolojik esnekliği incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda enfekte bir hastaya çok sayıda ardışık gün doğrudan maruz kalma ve çok yüksek sayıda ardışık gün dinlenmeden çalışmakta olan 375 hemşireden %18'inin COVID-19'dan mustarip olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma için ölçülen orta düzeyde dayanıklılık, orta düzeyde deneyimsel kaçınma ve orta düzeyde dayanıklılık sundukları belirlenmiş ve ayrıca, tükenmişlik anketinin tüm boyutları ile psikolojik dayanıklılık anketinden elde edilen veriler arasında yordayıcı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

BÖLÜM III

Yöntem

Araştırmanın Modeli

Bu çalışma kamu ve özel sektörde çalışmakta olan sağlık çalışanlarında psikolojik esnekliğin psikolojik belirtiler ile ilişkisinin ortaya konması amacıyla ilişkisel tarama çalışması olarak hazırlanmıştır. Tarama modeli, belirlenen evrenden seçilen örneklem üzerinde yapılan araştırma yoluyla evrenin nicel olarak betimlenmesini sağlar (Cresswell, 2012). Korelasyonel araştırma, bazı ilişki türü ya da türlerinin ne dereceye kadar olduğunu bulmaya çalışır. Bu yaklaşımda araştırmacının, istenilen verilerin toplanması için gerekli olan araçların uygulanması dışında sürece etki etmemesi esastır (Büyüköztürk ve ark., 2018). İlişkisel tarama modeli kullanılan araştırmalarda iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır (Yetgin, 2020). Araştırmanın modeli ise aşağıda paylaşılmıştır (Şekil 1).



Şekil 1 Araştırmanın Modeli

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Lefkoşa’da bulunan bir devlet hastanesi ve bir özel hastane/klinik’te çalışmakta olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini 259 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Araştırmada dahil etme kriterini sağlık çalışanı olan bireyler oluşturmaktadır. Dışlama kriterlerini ise sağlık çalışanı olarak temsil edilmeyen bireyler oluşturmaktadır.

Richardson ve Jost (2019) “Psychological flexibility as a mediator of the association between early life trauma and psychological symptoms” isimli çalışmada etki büyüklüğünün orta olduğu ($f^2=0,15$) olduğu belirlenmiştir. Buna göre çalışmada etki büyüklüğünün orta olacağı varsayımı ile $f^2=0,15$ ve $\alpha=0.05$ düzeyinde %95 ($1-\beta=0.95$) güç için gerekli olan örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.2 yazılımı kullanılarak 107 bulunmuştur.

Bilinmeyen örneklem formülüne göre 384 kişi ile başlanan bu sürece yarım bırakan ve tutarsız cevap veren katılımcılar elenerek 259 katılımcının yeterli olacağı tespit edilmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir.

Bilinmeyen Örneklem Formülü:

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(0,05)^2} = 384$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemesi sıklığı (olasılığı)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (Büyüköztürk ve ark., 2008).

Araştırmanın örneklem büyüklüğü belirlendikten sonra araştırma için kullanılacak örneklem yöntemi amaca yönelik örneklem yöntemi olarak belirlenmiştir. Amaçlı örneklemede, evrenin tümü değil, soruna en uygun kesimi uygulama için esas alınır. Amaçlı örneklemede evren birbirine benzer tabakalara ayrılır, araştırmacı kimlerin seçileceği konusunda kendi yargısını kullanarak sorununu en iyi temsil edebilecek olan ve araştırmanın amacına en uygun olan elemanlar örnekleme dâhil edilir (Pamuk, 2017).

Örneklemin seçim kriteri araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve gerekli bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan sağlık çalışanları olarak belirlenmiştir. Amaca yönelik örnekleme sayesinde, sağlık çalışanlarının psikolojik esnekliğin psikolojik belirtiler ile ilişkisi hakkında güvenilir ve genelleştirilebilir sonuçlar elde edilmesi amaçlanmıştır.

Örnekleme alınan bireylerin demografik özellikleri aşağıda Tablo 1’de paylaşılmıştır.

Tablo 1.
Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	135	52,12
Erkek	124	47,88
Yaş		
20-29 yaş	139	53,67
30-39 yaş	68	26,25
40 ve üstü	52	20,08
Öğrenim Durumu		
Lise	21	8,11
Lisans	55	21,24
Lisansüstü	183	70,66
Medeni Hal		
Bekar	154	59,46
Evli	89	34,36
Dul/Boşanmış	16	6,18
Çocuk sayısı		
Çocuksuz	175	67,57
Bir çocuk	42	16,22
İki ve üstü	42	16,22
Meslek		
Hekim	94	36,29
Hemşire/ebe	64	24,71
Eczacı/Fizyoterapist	43	16,60
Diğer	58	22,39
Hastane		
Devlet hastanesi	123	47,49
Özel hastane	63	24,32
Klinik	73	28,19
Çalışma şekli		
Mesai	173	66,80
Vardiya	86	33,20
Mesleki Kıdem		
0-4 yıl	130	50,19
5-9 yıl	55	21,24
10 ve üstü	74	28,57
Ortalama Gelir Düzeyi		
15.000-29.000	22	8,49
30.000-44.000	54	20,85
45.000 ve üstü	183	70,66
Daha Önce Psikolojik Destek Alma		
Evet	83	32,05
Hayır	176	67,95
Psikiyatrik Bir Hastalık		
Evet	17	6,56
Hayır	242	93,44

Tablo 1’de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiş olup, Katılımcıların %52,12’sinin kadın ve %47,88’inin erkek, %53,67’sinin 20-29 yaş, %26,25’inin 30-39 yaş, %20,08’inin 40 yaş ve üstünde, %21,24’ünün lisans, %70,66’sının lisansüstü, %59,46’sının bekar, %34,36’sının evli, %67,57’sinin çocuksuz, %16,22’sinin bir çocuk, %16,22’sinin iki ve üstü çocuğunun olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %36,29’unun hekim, %24,71’inin hemşire/ebe, %16,60’inin eczacı/fizyoterapist olduğu, %47,49’unun devlet hastanesinde, %24,32’sinin özel hastanede, %28,19’unun klinikte, %66,80’inin mesai, %33,20’sinin vardiya çalıştığı, %50,19’unun 0-4 yıl, %21,24’ünün 5-9 yıl ve %28,57’sinin 10 yıl ve üstü, %20,85’inin aylık gelirinin 30.000-44.000 TL, %70,66’sının 45.000 TL ve üstü olduğu, %32,05’inin daha önce psikolojik destek aldığı, %6,56’sının psikiyatrik hastalığının olduğu belirlenmiştir.

Veri Toplama Süreci

Araştırma verileri Aralık 2023- Nisan 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce katılımcılara çalışmanın amacı, kimlik bilgilerinin gizli tutulacağı, çalışmanın tamamen bilimsel amaç doğrultusunda gerçekleşeceği bilgisi verilmiştir. Araştırmanın uygulama aşaması 6 ay olarak düşünülmüştür. Veri toplama aracı olarak yüzyüze veya online şeklinde anket uygulanmıştır. Anket çalışması yaklaşık 10-15 dk sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Aydınlatılmış Onam, Bilgilendirme Formu ve katılımcıların kişisel bilgilerini öğrenmek amacı ile Kişisel Bilgi Formunu içermektedir. Bunun yanında Psikolojik belirtiler için Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Psikolojik Esneklik ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının kullanımı için etik kurul izni alınmıştır (Ek 1).

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve katılımcıların kişisel ve işle ilgili faktörlerin değerlendirilmesinde olanak sağlayan bir formdur. Bu formda katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi ile ilgili sorular yer almaktadır. Katılımcılardan daha gerçekçi bilgi alabilmek adına ve gizliliğin korunması adına kimlik bilgilerine yer verilmemiştir (Ek 4).

Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (KSE), psikopatolojik değerlendirme yapmak amacıyla sıklıkla kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek 90 maddelik olan Belirti Tarama Listesi Ölçeğinin (SCL- R 90) maddeleri arasından seçilen 53 maddeden meydana

gelen bir ölçektir. Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş, 53 maddeden oluşan ve 0-4 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Türkiye uyarlaması hem yetişkin (Şahin ve Durak 1994) hem de ergen (Şahin ve ark. 2002) örnekleme üzerinde yapılmış, yüksek geçerlik ve güvenilirlik değerleri elde edilmiştir. Kullanım izni araştırmacılardan alınmıştır (Ek 2). Yapılan faktör analizi sonucunda, kaygı, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve öfke/saldırganlık olmak üzere beş faktör elde edilmiştir. KSE'nin yetişkin örneklemeden elde edilen iç tutarlılık katsayıları .75 ile .87; ergen örneklemeden elde edilen iç tutarlılık katsayıları ise .70 ile .88 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireylerdeki psikolojik semptomların sıklığına işaret etmektedir (Batıgün, 2008) (Ek 5).

Psikolojik Esneklik Ölçeği

Ölçek, Francis, Dawson ve Golijani-Moghaddam (2016) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, 28 maddeden oluşmaktadır. Değerler ve değerler doğrultusunda davranış (1, 7, 9, 13, 16, 19, 21, 26, 27, 28), an'da olma (8, 14, 18, 20, 22, 23, 25), kabul (2, 3, 5, 6, 24), bağlamsal benlik (4, 10, 12) ve ayrışma (11, 15, 17) olmak üzere beş alt boyutu bulunan ölçek 1 – 7 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Karakuş ve Akbay (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek kullanım izni araştırmacılardan alınmıştır (Ek 3). Ölçeğin uyarlama çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları sırasıyla değer ve değer doğrultusunda davranış boyutu .84, an'da olma .60, kabul .72, bağlamsal benlik .73 ve ayrışma .59 bulunmuştur. Çalışmada Psikolojik Esneklik Ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ise .79 olarak hesaplanmıştır (Karakuş,2020) (Ek6).

Veri Analizi

Araştırmanın verilerinin analizinde Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) 26.0 yazılımı kullanılmıştır. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeğine verdikleri yanıtların güvenilirliği için Cronbach alfa testi uygulanmıştır. Hesaplanan alfa katsayıları Kısa Semptom Envanteri için 0,966 ve Psikolojik Esneklik Ölçeği için 0,835 bulunmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiş olup, Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanları için tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 2.

Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Normal Dağılıma Uyuma Durumu

	Kolmogorov-Smirnov				
	İst	sd	p	Çarpıklık	Basıklık
Anksiyete	0,139	259	0,000	1,077	0,824
Depresyon	0,110	259	0,000	0,762	-0,007
Olumsuz Benlik	0,153	259	0,000	1,155	1,386
Somatizasyon	0,136	259	0,000	0,880	0,012
Hostilite	0,096	259	0,000	0,580	0,094
Kısa Semptom Envanteri	0,120	259	0,000	0,990	1,193
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	0,073	259	0,002	-0,633	0,308
Anda olma	0,081	259	0,000	0,438	0,768
Kabul	0,086	259	0,000	0,313	-0,113
Bağlamsal benlik	0,081	259	0,000	0,223	-0,415
Ayrışma	0,092	259	0,000	0,238	-0,358
Psikolojik Esneklik Ölçeği	0,046	259	0,200	0,357	0,044

Tablo 2’de araştırma kapsamına alınan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının normal dağılıma uyuma durumu Kolmogorov-Smirnov testi ve çarpıklık-basıklık değerleri gösterilmiştir.

Tablo 2’de verilen Kolmogorov-Smirnov testi sonuçları incelendiğinde verilerin normal dağılım göstermediği, çarpıklık-basıklık değerlerinin ise $\pm 1,5$ arasında olmasından dolayı verilerin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir.

Tabachnick ve Fidell (2013) verilerin çarpıklık-basıklık değerlerinin $\pm 1,5$ arasında olmasının halinde veri setinin normal dağılım gösterdiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için parametrik testler kullanılmıştır. Yapılan karşılaştırmalarda bağımsız değişkenin iki gruplu olması durumunda t testi, ikiden fazla gruplu olması durumunda ise ANOVA uygulanmış ve ileri analizler için Tukey testi uygulanmıştır. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının arasındaki korelasyonlar için Pearson testi uygulanmıştır. Yordayıcılık için ise çok değişkenli regresyon analizi uygulanmıştır.

Çalışma Planı

Araştırma konusu ve değişkenler belirlendikten sonra kullanılacak olan ölçekler belirlenmiştir. Belirtilen ölçeklerin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren veya uyarlayan araştırmacılar tarafından izin alınmıştır. Bu süreç içinde Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için 'Etik Kurul Formu' hazırlanıp izin talebinde bulunulmuştur. Etik Kuruldan YDÜ/SB/2023/1709 karar numaralı izin alınmıştır. Çalışması planlanan örneklem grubuna göre hazırlanmış kişisel bilgi formu ve kullanılacak olan ölçekleri içeren Google Form hazırlanmıştır. Bu form linki katılımcılara çevrimiçi platformlar WhatsApp ve sosyal medya üzerinden ulaştırılmıştır. Aynı zamanda form kâğıda çıkartılarak yüz yüze de ulaştırılmıştır. Yeterli katılımcı sayısına ulaştıktan sonra veriler analiz edilmiştir. Tablo ve şekil halinden sonra yorumlanarak teze dahil edilmiştir. Etik kurul izni alındıktan sonra, verilerin toplanması ve analiz edilmesi zaman sürecinde çalışmanın Giriş, Kavramsal Çerçeve ve yöntem bölümleri hazırlanmıştır. Analiz süreci tamamlandıktan sonra çalışmanın geri kalan bölümleri hazırlanmıştır.

BÖLÜM IV

Bulgular

Saha araştırmasında katılımcılardan elde edilen verilerin analizi gerçekleştirilmiş ve bu başlık altında okuyucuya sunulmuştur. Çalışmada ilk olarak kullanılan ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları paylaşılmıştır (Tablo 3).

Tablo 3.

Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanları

	n	\bar{x}	s	Min	Max
Anksiyete	259	1,85	0,68	1,00	4,00
Depresyon	259	2,10	0,79	1,00	4,75
Olumsuz Benlik	259	1,81	0,69	1,00	5,00
Somatizasyon	259	1,68	0,59	1,00	3,33
Hostilite	259	2,18	0,73	1,00	4,50
Kısa Semptom Envanteri	259	1,91	0,63	1,00	4,87
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	259	51,71	12,35	10,00	70,00
Anda olma	259	26,59	6,38	11,00	49,00
Kabul	259	18,98	6,07	5,00	35,00
Bağlamsal benlik	259	11,57	4,35	3,00	21,00
Ayrışma	259	11,63	3,87	3,00	21,00
Psikolojik Esneklik Ölçeği	259	120,49	22,06	72,00	196,00

Tablo 3’de katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanları için betimsel istatistikler verilmiştir. Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri genelinden $1,91 \pm 0,63$ puan, anksiyeteden $1,85 \pm 0,68$ puan, depresyondan $2,10 \pm 0,79$ puan, olumsuz benlikten $1,81 \pm 0,69$ puan, somatizasyondan $1,68 \pm 0,59$ puan ve hostiliteden $2,18 \pm 0,73$ puan aldıkları görülmüştür.

Araştırmadaki katılımcılar Psikolojik Esneklik Ölçeğinde bulunan değerler ve değerler doğrultusunda davranıştan $51,71 \pm 12,35$ puan, anda olmadan $26,59 \pm 6,38$ puan, kabulden $18,98 \pm 6,07$ puan, bağlamsal benlikten $11,57 \pm 4,35$ puan ve ayrışmadan $11,63 \pm 3,87$ puan, ölçek genelinden ise $120,49 \pm 22,06$ puan aldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.

Katılımcıların Cinsiyete göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Cinsiyet	n	\bar{x}	s	t	p
Anksiyete	Kadın	135	1,89	0,69	1,156	0,249
	Erkek	124	1,80	0,65		
Depresyon	Kadın	135	2,18	0,82	1,691	0,092
	Erkek	124	2,02	0,75		
Olumsuz Benlik	Kadın	135	1,88	0,70	1,722	0,086
	Erkek	124	1,73	0,66		
Somatizasyon	Kadın	135	1,76	0,61	2,316	0,021*
	Erkek	124	1,59	0,55		
Hostilite	Kadın	135	2,21	0,76	0,635	0,526
	Erkek	124	2,15	0,70		
Kısa Semptom Envanteri	Kadın	135	1,97	0,64	1,603	0,110
	Erkek	124	1,84	0,62		
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	Kadın	135	51,59	12,62	-0,170	0,865
	Erkek	124	51,85	12,11		
Anda olma	Kadın	135	26,67	6,03	0,209	0,835
	Erkek	124	26,51	6,77		
Kabul	Kadın	135	19,51	5,92	1,460	0,146
	Erkek	124	18,41	6,20		
Bağlamsal benlik	Kadın	135	11,59	4,45	0,082	0,935
	Erkek	124	11,55	4,25		
Ayrışma	Kadın	135	11,51	3,83	-0,512	0,609
	Erkek	124	11,76	3,92		
Psikolojik Esneklik Ölçeği	Kadın	135	120,87	21,92	0,292	0,771
	Erkek	124	120,07	22,29		

* $p < 0,05$

Tablo 4’de araştırmadaki katılımcıların cinsiyete göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için t testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların cinsiyete göre Kısa Semptom Envanterinde yer alan somatizasyon alt boyutundan aldıkları puanların arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Kadın katılımcılar Semptom Envanterinde yer alan somatizasyon alt boyutundan erkek katılımcılara göre fazla bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyete göre Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan tüm alt boyutlardan almış oldukları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 5.

Katılımcıların Yaş grubuna göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Yaş grubu	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	Fark
Anksiyete	20-29 yaş	139	1,97	0,73	1,00	4,00	4,959	0,008*	1-3
	30-39 yaş	68	1,73	0,58	1,00	3,38			
	40 ve üstü	52	1,68	0,58	1,00	3,69			
Depresyon	20-29 yaş	139	2,24	0,84	1,00	4,75	4,887	0,008*	1-3
	30-39 yaş	68	1,99	0,72	1,00	4,00			
	40 ve üstü	52	1,89	0,65	1,00	4,17			
Olumsuz Benlik	20-29 yaş	139	1,90	0,73	1,00	5,00	3,626	0,028*	1-3
	30-39 yaş	68	1,75	0,66	1,00	3,75			
	40 ve üstü	52	1,62	0,56	1,00	3,58			
Somatizasyon	20-29 yaş	139	1,77	0,61	1,00	3,33	4,187	0,016*	1-3
	30-39 yaş	68	1,64	0,55	1,00	3,22			
	40 ve üstü	52	1,51	0,51	1,00	3,33			
Hostilite	20-29 yaş	139	2,28	0,78	1,00	4,50	2,585	0,077	
	30-39 yaş	68	2,07	0,67	1,00	3,75			
	40 ve üstü	52	2,08	0,65	1,00	3,38			
Kısa Semptom Envanteri	20-29 yaş	139	2,02	0,68	1,00	4,87	4,976	0,008*	1-3
	30-39 yaş	68	1,82	0,57	1,02	3,11			
	40 ve üstü	52	1,73	0,53	1,00	3,42			
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	20-29 yaş	139	50,96	12,79	10,00	70,00	2,089	0,126	
	30-39 yaş	68	50,85	13,05	10,00	70,00			
	40 ve üstü	52	54,83	9,66	24,00	70,00			
Anda olma	20-29 yaş	139	26,97	6,69	15,00	49,00	0,521	0,595	
	30-39 yaş	68	26,16	6,46	11,00	41,00			
	40 ve üstü	52	26,15	5,39	12,00	38,00			
Kabul	20-29 yaş	139	19,50	5,97	5,00	35,00	1,128	0,325	
	30-39 yaş	68	18,26	6,56	5,00	33,00			
	40 ve üstü	52	18,54	5,62	5,00	35,00			
Bağlamsal benlik	20-29 yaş	139	11,19	4,50	3,00	21,00	1,230	0,294	
	30-39 yaş	68	11,85	4,21	3,00	21,00			
	40 ve üstü	52	12,21	4,08	3,00	21,00			
Ayrışma	20-29 yaş	139	11,27	3,91	3,00	21,00	1,330	0,266	
	30-39 yaş	68	12,01	3,77	3,00	21,00			
	40 ve üstü	52	12,10	3,88	5,00	20,00			
Psikolojik Esneklik Ölçeği	20-29 yaş	139	119,90	22,90	72,00	196,00	0,769	0,464	
	30-39 yaş	68	119,15	22,39	72,00	174,00			
	40 ve üstü	52	123,83	19,22	82,00	162,00			

* $p < 0,05$

Tablo 5'te araştırma kapsamına alınan katılımcıların yaş grubuna göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için uygulanmış olan ANOVA uygulanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş grubuna göre Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçeğin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon alt boyutlarından aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). 20-30 yaş grubundaki katılımcıların Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçeğin anksiyete, depresyon,

olumsuz benlik ve somatizasyon alt boyutlarından aldıkları puanların 40 yaş ve üstündeki katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaş grubuna göre Psikolojik Esneklik Ölçeği toplamında ve ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puanların arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.

Katılımcıların Eğitime göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Eğitim	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	Fark
Anksiyete	Lise	21	2,11	0,68	1,00	3,69	2,984	0,052	
	Lisans	55	1,70	0,64	1,00	4,00			
	Lisansüstü	183	1,86	0,68	1,00	4,00			
Depresyon	Lise	21	2,31	0,71	1,00	3,33	5,025	0,007*	1-2
	Lisans	55	1,82	0,70	1,00	4,00			
	Lisansüstü	183	2,17	0,80	1,00	4,75			
Olumsuz Benlik	Lise	21	2,00	0,58	1,00	3,00	2,187	0,114	
	Lisans	55	1,66	0,67	1,00	3,50			
	Lisansüstü	183	1,83	0,70	1,00	5,00			
Somatizasyon	Lise	21	1,94	0,78	1,00	3,33	5,592	0,004*	1-2
	Lisans	55	1,48	0,57	1,00	3,22			
	Lisansüstü	183	1,71	0,55	1,00	3,33			
Hostilite	Lise	21	2,40	0,87	1,00	4,13	2,735	0,067	
	Lisans	55	2,00	0,71	1,00	4,13			
	Lisansüstü	183	2,21	0,71	1,00	4,50			
Kısa Semptom Envanteri	Lise	21	2,13	0,62	1,00	3,11	4,203	0,016*	1-2
	Lisans	55	1,71	0,59	1,00	3,57			
	Lisansüstü	183	1,94	0,64	1,00	4,87			
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	Lise	21	46,57	10,92	24,00	70,00	6,972	0,001*	1-2
	Lisans	55	56,64	10,20	25,00	70,00			
	Lisansüstü	183	50,82	12,70	10,00	70,00			
Anda olma	Lise	21	26,19	9,31	11,00	49,00	0,126	0,882	
	Lisans	55	26,33	5,41	16,00	37,00			
	Lisansüstü	183	26,72	6,28	11,00	49,00			
Kabul	Lise	21	15,57	6,85	5,00	35,00	4,144	0,017*	1-2
	Lisans	55	18,62	4,27	10,00	35,00			
	Lisansüstü	183	19,49	6,33	5,00	35,00			
Bağlamsal benlik	Lise	21	12,38	3,92	6,00	21,00	0,632	0,533	
	Lisans	55	11,85	4,18	3,00	21,00			
	Lisansüstü	183	11,39	4,45	3,00	21,00			
Ayrışma	Lise	21	12,48	3,75	6,00	21,00	1,189	0,306	
	Lisans	55	12,07	3,86	4,00	21,00			
	Lisansüstü	183	11,40	3,88	3,00	21,00			

Psikolojik Esneklik Ölçeği	Lise	21	113,19	26,40	82,00	196,00	2,693	0,070
	Lisans	55	125,51	17,79	78,00	162,00		
	Lisansüstü	183	119,82	22,48	72,00	193,00		

* $p < 0,05$

Araştırmadaki katılımcıların eğitime göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için ANOVA sonuçları Tablo 6'da gösterilmiştir. Katılımcıların eğitime göre Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki depresyon ve somatizasyon alt boyutlarından almış oldukları puanların arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Lise mezunu olanların Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki depresyon ve somatizasyon alt boyutlarından almış oldukları puanların lisans mezunlarına göre fazla olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların eğitime göre Psikolojik Esneklik Ölçeğinde bulunan değerler ve değerler doğrultusunda davranış ve kabul alt boyutlarından aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Lise mezunu katılımcıların lisans mezunu olan katılımcılara göre Psikolojik Esneklik Ölçeğinde bulunan değerler ve değerler doğrultusunda davranış alt boyutundan daha düşük puan almıştır. Ayrıca lise mezunu olan katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeğindeki kabul alt boyutundan aldıkları puanlar lisans ve lisansüstü mezunu olan katılımcılara göre daha düşük puan almıştır.

Tablo 7.

Katılımcıların Medeni Duruma göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Medeni durum	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	Fark
Anksiyete	Bekar	154	1,94	0,71	1,00	4,00	3,749	0,025*	1-2
	Evli	89	1,71	0,60	1,00	3,69			
	Dul/Boşanmış	16	1,68	0,55	1,00	2,92			
Depresyon	Bekar	154	2,24	0,85	1,00	4,75	5,726	0,004*	1-2
	Evli	89	1,93	0,64	1,00	4,17			
	Dul/Boşanmış	16	1,82	0,66	1,00	3,67			
Olumsuz Benlik	Bekar	154	1,89	0,72	1,00	5,00	2,619	0,075	
	Evli	89	1,68	0,63	1,00	3,75			
	Dul/Boşanmış	16	1,72	0,61	1,08	3,17			
Somatizasyon	Bekar	154	1,75	0,61	1,00	3,33	2,355	0,097	
	Evli	89	1,60	0,54	1,00	3,33			
	Dul/Boşanmış	16	1,54	0,52	1,00	2,67			
Hostilite	Bekar	154	2,26	0,79	1,00	4,50	5,201	0,006*	2-3
	Evli	89	2,00	0,60	1,00	3,75			
	Dul/Boşanmış	16	2,47	0,67	1,00	3,63			
Kısa Semptom Envanteri	Bekar	154	2,00	0,67	1,00	4,87	4,228	0,016*	1-2
	Evli	89	1,77	0,55	1,00	3,42			

	Dul/Boşanmış	16	1,79	0,51	1,02	3,15		
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	Bekar	154	51,25	12,77	10,00	70,00	0,583	0,559
	Evli	89	52,80	11,28	24,00	70,00		
	Dul/Boşanmış	16	50,13	14,27	10,00	70,00		
Anda olma	Bekar	154	27,12	7,00	11,00	49,00	1,278	0,280
	Evli	89	25,81	5,25	11,00	38,00		
	Dul/Boşanmış	16	25,94	5,67	17,00	37,00		
Kabul	Bekar	154	19,36	6,12	5,00	35,00	2,509	0,083
	Evli	89	17,97	5,83	5,00	34,00		
	Dul/Boşanmış	16	21,06	6,31	10,00	35,00		
Bağlamsal benlik	Bekar	154	11,11	4,36	3,00	21,00	2,202	0,113
	Evli	89	12,30	4,27	3,00	21,00		
	Dul/Boşanmış	16	11,94	4,37	3,00	19,00		
Ayrışma	Bekar	154	11,33	3,90	3,00	21,00	1,944	0,145
	Evli	89	12,27	3,73	6,00	20,00		
	Dul/Boşanmış	16	10,94	4,11	3,00	19,00		
Psikolojik Esneklik Ölçeği	Bekar	154	120,16	22,83	72,00	196,00	0,060	0,942
	Evli	89	121,15	20,98	82,00	162,00		
	Dul/Boşanmış	16	120,00	21,65	72,00	153,00		

* $p < 0,05$

Tablo 7’de Araştırmadaki katılımcıların medeni duruma göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için ANOVA sonuçları verilmiştir. Katılımcıların medeni duruma göre Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki anksiyete, depresyon ve hostilite alt boyutlarından almış oldukları puanların arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bekar katılımcıların Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki anksiyete ve depresyon alt boyutlarından aldıkları puanların evli ve dul/boşanmış katılımcılara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca dul/boşanmış katılımcıların hostilite puanları evli katılımcılardan yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların medeni duruma göre Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden ve ölçekte bulunan tüm alt boyutlardan aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 8.

Katılımcıların Çocuk Sayısına göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Çocuk sayısı	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	Fark
Anksiyete	Çocuksuz	175	1,92	0,70	1,00	4,00	4,143	0,017*	1-2
	Bir çocuk	42	1,59	0,55	1,00	3,38			
	İki ve üstü	42	1,81	0,62	1,00	3,69			
Depresyon	Çocuksuz	175	2,20	0,83	1,00	4,75	4,975	0,008*	1-2

	Bir çocuk	42	1,78	0,55	1,00	3,25			
	İki ve üstü	42	2,05	0,70	1,00	4,17			
Olumsuz Benlik	Çocuksuz	175	1,87	0,71	1,00	5,00	2,423	0,091	
	Bir çocuk	42	1,62	0,61	1,00	3,75			
	İki ve üstü	42	1,75	0,63	1,00	3,58			
Somatizasyon	Çocuksuz	175	1,73	0,60	1,00	3,33	3,081	0,048*	1-3
	Bir çocuk	42	1,48	0,50	1,00	3,00			
	İki ve üstü	42	1,67	0,57	1,00	3,33			
Hostilite	Çocuksuz	175	2,25	0,77	1,00	4,50	3,399	0,035*	1-2
	Bir çocuk	42	1,93	0,68	1,00	3,75			
	İki ve üstü	42	2,15	0,58	1,00	3,38			
Kısa Semptom Envanteri	Çocuksuz	175	1,98	0,66	1,00	4,87	4,440	0,013*	1-2
	Bir çocuk	42	1,66	0,52	1,00	3,11			
	İki ve üstü	42	1,87	0,55	1,11	3,42			
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	Çocuksuz	175	51,06	12,67	10,00	70,00	0,886	0,414	
	Bir çocuk	42	53,79	12,01	10,00	68,00			
	İki ve üstü	42	52,33	11,34	24,00	70,00			
Anda olma	Çocuksuz	175	26,91	6,76	11,00	49,00	1,573	0,209	
	Bir çocuk	42	25,00	6,04	11,00	37,00			
	İki ve üstü	42	26,88	4,77	14,00	38,00			
Kabul	Çocuksuz	175	19,27	6,12	5,00	35,00	0,835	0,435	
	Bir çocuk	42	17,93	5,51	5,00	33,00			
	İki ve üstü	42	18,86	6,40	5,00	35,00			
Bağlamsal benlik	Çocuksuz	175	11,07	4,36	3,00	21,00	4,881	0,008*	1-2
	Bir çocuk	42	13,33	4,05	3,00	21,00			2-3
	İki ve üstü	42	11,90	4,20	3,00	21,00			
Ayrışma	Çocuksuz	175	11,41	3,83	3,00	21,00	2,258	0,107	
	Bir çocuk	42	12,79	3,76	3,00	20,00			
	İki ve üstü	42	11,40	4,02	6,00	20,00			
Psikolojik Esneklik Ölçeği	Çocuksuz	175	119,71	22,48	72,00	196,00	0,378	0,686	
	Bir çocuk	42	122,83	22,55	72,00	162,00			
	İki ve üstü	42	121,38	20,03	82,00	156,00			

* $p < 0,05$

Tablo 8’de katılımcıların çocuk sayısına göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için ANOVA sonuçları gösterilmiştir. Araştırmaya dahil olan katılımcıların çocuk sayısına göre Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilete alt boyutlarından almış oldukları puanların arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Çocuksuz olan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilete alt boyutlarından aldıkları puanların bir çocuk sahibi olan katılımcılara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan katılımcıların çocuk sayısına göre Psikolojik Esneklik Ölçeğinde bulunan bağlamsal

benlik alt boyutundan aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bir çocuk sahibi katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeğinde bulunan bağlamsal benlik alt boyutundan aldıkları puanların diğer katılımcılara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9.

Katılımcıların Mesleğine göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Meslek	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	Fark
Anksiyete	Hekim	94	1,70	0,59	1,00	4,00	3,308	0,021*	1-4
	Hemşire/ebe	64	1,83	0,67	1,00	3,69			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	1,94	0,67	1,00	3,69			
	Diğer	58	2,03	0,78	1,00	4,00			
Depresyon	Hekim	94	1,91	0,69	1,00	4,75	3,359	0,019*	1-4
	Hemşire/ebe	64	2,20	0,84	1,00	4,17			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	2,19	0,82	1,00	4,17			
	Diğer	58	2,26	0,80	1,00	4,17			
Olumsuz Benlik	Hekim	94	1,66	0,66	1,00	5,00	2,791	0,041*	1-4
	Hemşire/ebe	64	1,82	0,68	1,00	3,75			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	1,95	0,73	1,00	3,75			
	Diğer	58	1,92	0,67	1,00	3,58			
Somatizasyon	Hekim	94	1,58	0,53	1,00	3,33	2,174	0,092	
	Hemşire/ebe	64	1,79	0,57	1,00	3,11			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	1,63	0,53	1,00	2,78			
	Diğer	58	1,76	0,70	1,00	3,33			
Hostilite	Hekim	94	2,05	0,67	1,00	4,25	3,436	0,018*	1-4
	Hemşire/ebe	64	2,10	0,67	1,00	4,13			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	2,30	0,79	1,00	4,38			
	Diğer	58	2,40	0,81	1,00	4,50			
Kısa Semptom Envanteri	Hekim	94	1,76	0,60	1,06	4,87	3,056	0,029*	1-4
	Hemşire/ebe	64	1,93	0,60	1,00	3,23			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	1,98	0,65	1,00	3,25			
	Diğer	58	2,06	0,68	1,00	3,87			
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	Hekim	94	54,43	11,78	17,00	70,00	3,037	0,030*	1-2
	Hemşire/ebe	64	48,67	14,04	10,00	70,00			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	50,40	12,97	10,00	70,00			
	Diğer	58	51,64	9,94	34,00	70,00			
Anda olma	Hekim	94	26,36	6,21	11,00	49,00	0,303	0,824	
	Hemşire/ebe	64	27,03	6,83	11,00	47,00			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	26,02	6,48	16,00	49,00			
	Diğer	58	26,91	6,17	15,00	38,00			
Kabul	Hekim	94	19,27	5,63	5,00	35,00	0,842	0,472	
	Hemşire/ebe	64	19,70	6,92	5,00	35,00			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	18,37	6,74	8,00	35,00			
	Diğer	58	18,19	5,20	5,00	30,00			
Bağlamsal benlik	Hekim	94	11,63	4,24	3,00	21,00	0,037	0,990	
	Hemşire/ebe	64	11,42	4,55	3,00	21,00			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	11,56	4,88	3,00	21,00			
	Diğer	58	11,66	3,98	4,00	21,00			
Ayrışma	Hekim	94	11,69	4,47	3,00	21,00	0,294	0,830	
	Hemşire/ebe	64	11,50	3,76	3,00	18,00			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	11,26	3,51	3,00	21,00			
	Diğer	58	11,95	3,20	6,00	21,00			
Psikolojik Esneklik Ölçeği	Hekim	94	123,37	21,71	77,00	193,00	0,986	0,400	
	Hemşire/ebe	64	118,33	24,29	72,00	170,00			
	Eczacı/Fizyoterapist	43	117,60	23,57	72,00	196,00			
	Diğer	58	120,34	18,63	89,00	162,00			

* $p < 0,05$

Katılımcıların mesleklerine göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için ANOVA sonuçları Tablo 9’da verilmiştir. Katılımcıların mesleklerine göre Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt boyutlarından almış oldukları puanların arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Hekimlerin Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt boyutlarından almış oldukları puanların diğer katılımcılara göre düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların mesleklerine göre Psikolojik Esneklik Ölçeğinde bulunan değerler ve değerler doğrultusunda davranış alt boyutundan aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hekimlerin Psikolojik Esneklik Ölçeğinde bulunan değerler ve değerler doğrultusunda davranış alt boyutundan aldıkları puanların hemşire/ebe olan katılımcılara göre yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 10.

Katılımcıların Çalıştığı Hastane Türüne göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Hastane	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p
Anksiyete	Devlet hast.	123	1,88	0,68	1,00	4,00	0,545	0,580
	Özel hast.	63	1,86	0,68	1,00	3,69		
	Klinik	73	1,78	0,67	1,00	4,00		
Depresyon	Devlet hast.	123	2,19	0,82	1,00	4,75	1,889	0,153
	Özel hast.	63	2,09	0,75	1,00	4,17		
	Klinik	73	1,97	0,75	1,00	3,67		
Olumsuz Benlik	Devlet hast.	123	1,84	0,72	1,00	5,00	0,342	0,711
	Özel hast.	63	1,81	0,69	1,00	3,75		
	Klinik	73	1,75	0,63	1,00	3,50		
Somatizasyon	Devlet hast.	123	1,67	0,59	1,00	3,33	0,041	0,959
	Özel hast.	63	1,69	0,53	1,00	2,78		
	Klinik	73	1,69	0,62	1,00	3,33		
Hostilite	Devlet hast.	123	2,25	0,75	1,00	4,50	1,092	0,337
	Özel hast.	63	2,14	0,76	1,00	4,38		
	Klinik	73	2,11	0,68	1,00	4,13		
Kısa Semptom Envanteri	Devlet hast.	123	1,95	0,67	1,08	4,87	0,808	0,447
	Özel hast.	63	1,90	0,60	1,00	3,25		
	Klinik	73	1,83	0,60	1,00	3,57		
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	Devlet hast.	123	51,73	11,67	16,00	70,00	0,090	0,914
	Özel hast.	63	51,21	12,63	10,00	70,00		
	Klinik	73	52,11	13,35	10,00	70,00		
Anda olma	Devlet hast.	123	26,31	5,96	12,00	45,00	0,255	0,775
	Özel hast.	63	26,73	6,69	11,00	49,00		

	Klinik	73	26,96	6,83	11,00	49,00		
	Devlet hast.	123	18,33	5,59	5,00	35,00	1,989	0,139
Kabul	Özel hast.	63	20,19	6,78	5,00	34,00		
	Klinik	73	19,05	6,12	5,00	35,00		
	Devlet hast.	123	11,49	4,16	3,00	21,00	0,881	0,415
Bağlamsal benlik	Özel hast.	63	11,13	4,19	3,00	21,00		
	Klinik	73	12,10	4,79	3,00	21,00		
	Devlet hast.	123	11,45	3,46	4,00	21,00	1,853	0,159
Ayrışma	Özel hast.	63	11,16	4,29	3,00	21,00		
	Klinik	73	12,34	4,10	3,00	21,00		
	Devlet hast.	123	119,30	19,59	80,00	170,00	0,499	0,608
Psikolojik Esneklik Ölçeği	Özel hast.	63	120,41	23,94	72,00	193,00		
	Klinik	73	122,56	24,36	72,00	196,00		

* $p < 0,05$

Tablo 10 incelendiğinde, katılımcıların çalıştığı hastane türüne göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 11.

Katılımcıların Çalışma Şekline göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Çalışma şekli	n	\bar{x}	s	t	p
Anksiyete	Mesai	173	1,85	0,69	0,190	0,849
	Vardiya	86	1,83	0,64		
Depresyon	Mesai	173	2,11	0,82	0,100	0,921
	Vardiya	86	2,10	0,73		
Olumsuz Benlik	Mesai	173	1,80	0,66	-0,387	0,699
	Vardiya	86	1,83	0,74		
Somatizasyon	Mesai	173	1,71	0,60	1,084	0,279
	Vardiya	86	1,63	0,54		
Hostilite	Mesai	173	2,18	0,74	-0,199	0,843
	Vardiya	86	2,20	0,72		
Kısa Semptom Envanteri	Mesai	173	1,91	0,63	0,065	0,948
	Vardiya	86	1,90	0,63		
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	Mesai	173	51,80	12,38	0,161	0,872
	Vardiya	86	51,53	12,37		
Anda olma	Mesai	173	26,66	6,10	0,250	0,802
	Vardiya	86	26,45	6,95		
Kabul	Mesai	173	19,06	5,40	0,297	0,767

	Vardiya	86	18,83	7,26		
Bağlamsal benlik	Mesai	173	11,63	4,34	0,307	0,759
	Vardiya	86	11,45	4,38		
Ayrışma	Mesai	173	11,43	3,88	-1,155	0,249
	Vardiya	86	12,02	3,84		
Psikolojik Esneklik Ölçeği	Mesai	173	120,59	20,78	0,102	0,918
	Vardiya	86	120,29	24,57		

* $p < 0,05$

Tablo 11'e göre katılımcıların çalışma şekline göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 12.

Katılımcıların Meslekteki Kıdeme göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Kıdem	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	Fark
Anksiyete	0-4 yıl	130	1,98	0,74	1,00	4,00	4,949	0,008*	1-2
	5-9 yıl	55	1,73	0,55	1,00	3,00			1-3
	10 ve üstü	74	1,71	0,60	1,00	3,69			
Depresyon	0-4 yıl	130	2,25	0,84	1,00	4,75	5,025	0,007*	1-2
	5-9 yıl	55	2,05	0,81	1,00	3,83			1-3
	10 ve üstü	74	1,90	0,60	1,00	4,17			
Olumsuz Benlik	0-4 yıl	130	1,92	0,73	1,00	5,00	3,565	0,030*	1-2
	5-9 yıl	55	1,74	0,68	1,00	3,75			1-3
	10 ve üstü	74	1,66	0,58	1,00	3,58			
Somatizasyon	0-4 yıl	130	1,75	0,62	1,00	3,33	1,887	0,154	
	5-9 yıl	55	1,65	0,57	1,00	3,33			
	10 ve üstü	74	1,59	0,52	1,00	3,33			
Hostilite	0-4 yıl	130	2,26	0,78	1,00	4,50	1,533	0,218	
	5-9 yıl	55	2,08	0,69	1,00	3,88			
	10 ve üstü	74	2,12	0,67	1,00	3,75			
Kısa Semptom Envanteri	0-4 yıl	130	2,02	0,69	1,00	4,87	4,369	0,014*	1-2
	5-9 yıl	55	1,83	0,58	1,02	3,06			1-3
	10 ve üstü	74	1,77	0,53	1,00	3,42			
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	0-4 yıl	130	50,88	13,00	10,00	70,00	1,892	0,153	
	5-9 yıl	55	50,53	13,64	10,00	70,00			
	10 ve üstü	74	54,05	9,76	24,00	70,00			
Anda olma	0-4 yıl	130	26,72	6,55	11,00	49,00	0,460	0,632	
	5-9 yıl	55	27,05	7,18	11,00	49,00			
	10 ve üstü	74	26,03	5,42	12,00	41,00			
Kabul	0-4 yıl	130	19,29	5,91	5,00	35,00	0,344	0,709	
	5-9 yıl	55	18,76	6,61	5,00	33,00			
	10 ve üstü	74	18,61	5,99	5,00	35,00			
Bağlamsal benlik	0-4 yıl	130	11,12	4,43	3,00	21,00	1,520	0,221	

	5-9 yıl	55	11,85	4,74	3,00	21,00		
	10 ve üstü	74	12,16	3,83	3,00	21,00		
	0-4 yıl	130	11,28	3,92	3,00	21,00	1,182	0,308
Ayrışma	5-9 yıl	55	11,76	3,88	3,00	21,00		
	10 ve üstü	74	12,14	3,77	5,00	21,00		
	0-4 yıl	130	119,29	22,21	72,00	196,00	0,679	0,508
Psikolojik Esneklik Ölçeği	5-9 yıl	55	119,96	24,93	72,00	193,00		
	10 ve üstü	74	122,99	19,48	82,00	174,00		

* $p < 0,05$

Tablo 12’de araştırmaya alınan katılımcıların meslekteki kıdemlerine göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için ANOVA sonuçları gösterilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların meslekteki kıdemlerine göre Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik alt boyutlarından almış oldukları puanların arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Mesleki kıdemi 0-5 yıl olan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri genelinden ve ölçekteki anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik alt boyutlarından aldıkları puanlar diğer katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan katılımcıların meslekteki kıdemlerine göre Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden ve ölçekteki tüm alt boyutlardan aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 13.

Katılımcıların Gelirine göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

	Gelir	n	\bar{x}	s	Min	Max	F	p	Fark
Anksiyete	15.000-29.000	22	2,09	0,68	1,00	3,23	1,639	0,196	
	30.000-44.000	54	1,82	0,58	1,00	3,00			
	45.000 ve üstü	183	1,82	0,70	1,00	4,00			
Depresyon	15.000-29.000	22	2,36	0,80	1,00	4,08	1,846	0,160	
	30.000-44.000	54	2,18	0,74	1,00	3,92			
	45.000 ve üstü	183	2,05	0,79	1,00	4,75			
Olumsuz Benlik	15.000-29.000	22	2,05	0,64	1,00	3,50	2,454	0,088	
	30.000-44.000	54	1,89	0,74	1,00	3,75			
	45.000 ve üstü	183	1,75	0,67	1,00	5,00			
Somatizasyon	15.000-29.000	22	2,00	0,61	1,00	3,11	3,842	0,023*	1-3
	30.000-44.000	54	1,70	0,56	1,00	3,00			
	45.000 ve üstü	183	1,64	0,58	1,00	3,33			
Hostilite	15.000-29.000	22	2,21	0,73	1,00	4,13	0,037	0,963	
	30.000-44.000	54	2,20	0,75	1,00	4,38			
	45.000 ve üstü	183	2,18	0,73	1,00	4,50			
Kısa Semptom	15.000-29.000	22	2,13	0,59	1,00	3,00	1,761	0,174	

Envanteri	30.000-44.000	54	1,94	0,60	1,02	3,25			
	45.000 ve üstü	183	1,87	0,64	1,00	4,87			
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	15.000-29.000	22	45,82	13,80	10,00	70,00	10,252	0,000*	1-3
	30.000-44.000	54	46,80	11,78	16,00	66,00			2-3
	45.000 ve üstü	183	53,87	11,74	10,00	70,00			
Anda olma	15.000-29.000	22	24,23	7,65	11,00	49,00	2,448	0,089	
	30.000-44.000	54	25,87	5,81	16,00	41,00			
	45.000 ve üstü	183	27,09	6,33	11,00	49,00			
Kabul	15.000-29.000	22	17,55	7,88	5,00	35,00	0,697	0,499	
	30.000-44.000	54	18,96	5,88	7,00	31,00			
	45.000 ve üstü	183	19,16	5,89	5,00	35,00			
Bağlamsal benlik	15.000-29.000	22	11,55	4,43	3,00	21,00	2,463	0,087	
	30.000-44.000	54	10,43	3,98	3,00	19,00			
	45.000 ve üstü	183	11,91	4,41	3,00	21,00			
Ayrışma	15.000-29.000	22	11,05	3,80	3,00	21,00	0,558	0,573	
	30.000-44.000	54	11,33	4,11	5,00	21,00			
	45.000 ve üstü	183	11,79	3,82	3,00	21,00			
Psikolojik Esneklik Ölçeği	15.000-29.000	22	110,18	28,56	72,00	196,00	7,668	0,001*	1-3
	30.000-44.000	54	113,39	20,20	80,00	174,00			2-3
	45.000 ve üstü	183	123,83	20,93	72,00	193,00			

* $p < 0,05$

Tablo 13’de katılımcıların gelirine göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için ANOVA sonuçları gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan katılımcıların gelirine göre Kısa Semptom Envanteri ölçeğinde yer alan somatizasyon alt boyutundan almış oldukları puanların arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Aylık geliri 15.000-30.000 TL arasında olan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ölçeğinde yer alan somatizasyon alt boyutundan aldıkları puanlar aylık geliri 45.000 TL ve üstünde olan katılımcılardan yüksektir.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların gelirine göre Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden ve ölçekteki değerler ve değerler doğrultusunda davranış alt boyutundan aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Aylık geliri 45.000 TL ve üstünde olan katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden ve ölçekteki değerler ve değerler doğrultusunda davranış alt boyutundan aldıkları puanlar diğer katılımcılardan yüksek bulunmuştur.

Tablo 14.
Katılımcıların Daha Önce Psikolojik Destek Alma göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

		Psikolojik Destek Alma				
		n	\bar{x}	s	t	p
Anksiyete	Evet	83	2,07	0,71	3,686	0,000*
	Hayır	176	1,74	0,64		
Depresyon	Evet	83	2,33	0,85	3,194	0,002*
	Hayır	176	2,00	0,74		
Olumsuz Benlik	Evet	83	1,96	0,71	2,516	0,012*
	Hayır	176	1,73	0,66		
Somatizasyon	Evet	83	1,81	0,61	2,530	0,012*
	Hayır	176	1,62	0,56		
Hostilite	Evet	83	2,40	0,79	3,273	0,001*
	Hayır	176	2,08	0,68		
Kısa Semptom Envanteri	Evet	83	2,10	0,64	3,371	0,001*
	Hayır	176	1,82	0,61		
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	Evet	83	54,01	11,80	2,072	0,039*
	Hayır	176	50,63	12,49		
Anda olma	Evet	83	27,55	6,25	1,668	0,097
	Hayır	176	26,14	6,41		
Kabul	Evet	83	20,04	6,30	1,925	0,055
	Hayır	176	18,49	5,91		
Bağlamsal benlik	Evet	83	11,83	4,85	0,660	0,510
	Hayır	176	11,45	4,10		
Ayrışma	Evet	83	11,73	4,03	0,301	0,764
	Hayır	176	11,58	3,80		
Psikolojik Esneklik Ölçeği	Evet	83	125,17	21,77	2,365	0,019*
	Hayır	176	118,28	21,91		

* $p < 0,05$

Tablo 14’de katılımcıların psikolojik destek alma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için t testi sonuçları gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan katılımcıların psikolojik

destek alma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri genelinden ve anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutundan almış oldukları puanların arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Psikolojik destek alan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri genelinden ve anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt boyutundan almış oldukları puanların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların psikolojik destek alma durumuna göre Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden ve ölçekteki değerler ve değerler doğrultusunda davranış alt boyutundan aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Psikolojik destek alan katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden ve ölçekteki değerler ve değerler doğrultusunda davranış alt boyutundan aldıkları puanların almayanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 15.

Katılımcıların Psikiyatrik Bir Hastalığı Olma Durumuna göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırmaları

		Psikiyatrik Hastalık	n	\bar{x}	s	t	p
Anksiyete	Evet		17	2,31	0,71	2,991	0,003*
	Hayır		242	1,81	0,66		
Depresyon	Evet		17	2,64	0,83	2,928	0,004*
	Hayır		242	2,07	0,77		
Olumsuz Benlik	Evet		17	2,12	0,64	1,969	0,049*
	Hayır		242	1,78	0,69		
Somatizasyon	Evet		17	1,86	0,56	1,276	0,203
	Hayır		242	1,67	0,59		
Hostilite	Evet		17	2,54	0,62	2,074	0,039*
	Hayır		242	2,16	0,73		
Kısa Semptom Envanteri	Evet		17	2,28	0,56	2,552	0,011*
	Hayır		242	1,88	0,63		
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	Evet		17	51,88	10,91	0,059	0,953
	Hayır		242	51,70	12,47		
Anda olma	Evet		17	26,76	7,11	0,114	0,910
	Hayır		242	26,58	6,34		

Kabul	Evet	17	18,06	7,55	-0,650	0,516
	Hayır	242	19,05	5,97		
Bağlamsal benlik	Evet	17	12,41	4,98	0,824	0,411
	Hayır	242	11,51	4,31		
Ayrışma	Evet	17	11,59	2,98	-0,045	0,964
	Hayır	242	11,63	3,93		
Psikolojik Esneklik Ölçeği	Evet	17	120,71	20,92	0,042	0,967
	Hayır	242	120,48	22,18		

* $p < 0,05$

Araştırma kapsamına alınan katılımcıların psikiyatrik bir hastalığı olma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri ve Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının karşılaştırmaları için t testi sonuçları Tablo 15’te gösterilmiştir. Katılımcıların psikiyatrik bir hastalığı olma durumuna göre Kısa Semptom Envanteri genelinden ve anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt boyutundan almış oldukları puanların arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Psikiyatrik bir hastalığı olan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri genelinden ve anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite alt boyutundan almış oldukları puanların hastalığı olmayanlardan daha yüksek olduğu saptamıştır. Araştırma kapsamına alınan katılımcıların psikiyatrik bir hastalığı olma durumuna göre Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden ve ölçekteki tüm alt boyutlarından aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 16.

Katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ile Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Puanlarının Arasındaki Korelasyonlar

		Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite	Kısa Semptom Envanteri
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	r	-0,176	-0,246	-0,196	-0,235	-0,116	-0,210
	p	0,004*	0,000*	0,002*	0,000*	0,062	0,001*
	N	259	259	259	259	259	259
Anda olma	r	0,129	0,112	0,064	0,042	0,079	0,107

	p	0,038*	0,071	0,302	0,500	0,207	0,087
	N	259	259	259	259	259	259
	r	0,014	0,007	0,012	-0,064	-0,048	-0,001
Kabul	p	0,818	0,916	0,842	0,308	0,438	0,987
	N	259	259	259	259	259	259
	r	-0,087	-0,112	-0,188	-0,046	-0,082	-0,122
Bağlamsal benlik	p	0,165	0,071	0,002*	0,462	0,188	0,049*
	N	259	259	259	259	259	259
	r	-0,105	-0,141	-0,128	-0,056	-0,149	-0,128
Ayrışma	p	0,093	0,023*	0,040*	0,367	0,016*	0,039*
	N	259	259	259	259	259	259
	r	-0,093	-0,151	-0,147	-0,156	-0,098	-0,133
Psikolojik Esneklik Ölçeği	p	0,136	0,015*	0,018*	0,012*	0,116	0,032*
	N	259	259	259	259	259	259

* $p < 0,05$

Tablo 16’da araştırmadaki katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ile Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının arasındaki korelasyonlar için Pearson testi sonuçları testi sonuçları verilmiştir. Katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeğindeki değerler ve değerler alt boyutlarından aldıkları puanlar ile Kısa Semptom Envanteri genelinden, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon alt boyutlarından aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeğindeki anda olmadan aldıkları puanlar ile Kısa Semptom Envanterindeki anksiyete alt boyutundan oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeğinde yer alan bağlamsal benlikten aldıkları puanlar ile Kısa Semptom Envanteri genelinden ve olumsuz benlikten aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeğindeki ayrışmadan aldıkları puanlar ile Kısa Semptom Envanteri genelinden, depresyon, olumsuz benlik ve hostiliteden aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Araştırma kapsamındaki katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden aldıkları puanlar ile Kısa Semptom Envanteri genelinden, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyondan aldıkları puanların arasında

istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 17.

Katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeği Puanlarının Kısa Semptom Envanteri Puanlarını Yordama Durumu

	Std. Olm B	Std. S.H.	Std. Beta	t	p	F p	R ² AdjR ²
(Sabit)	2,368	0,217		10,901	0,000	4,663	0,018
Psikolojik Esneklik Ölçeği	-0,004	0,002	-0,133	-2,159	0,032*	0,032	0,014
(Constant)	2,203	0,219		10,074	0,000*		
Değerler ve değerler doğrultusunda davranış	-0,011	0,004	-0,213	-3,053	0,003*	4,027	0,074
Anda olma	-0,018	0,007	-0,183	-2,505	0,013*	0,002	0,055
Kabul	-0,004	0,008	-0,040	-0,532	0,595		
Bağlamsal benlik	-0,006	0,010	-0,042	-0,589	0,557		
Ayrışma	-0,006	0,012	-0,034	-0,472	0,638		

* $p<0,05$

Tablo 17’de katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeği puanlarının Kısa Semptom Envanteri puanlarını yordama durumuna ait çok değişkenli regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Tablo 4.15’e göre katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeği genelinden aldıkları puanların puanlarının Kısa Semptom Envanteri puanları istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü olarak yordadığı görülmüştür ($\beta=-0,133;p<0,05$).

Katılımcıların Psikolojik Esneklik Ölçeğinde bulunan değerler ve değerler doğrultusunda davranış ($\beta=-0,213;p<0,05$) ve anda olma ($\beta=-0,183;p<0,05$) alt boyutlarından aldıkları puanların Kısa Semptom Envanteri puanları istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü olarak yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir.

BÖLÜM V

Tartışma

Sağlık çalışanlarında psikolojik esneklik ve psikolojik belirtilerin incelendiği bu çalışmada elde edilen ilk bulgu katılımcıların tüm alt boyutları ile birlikte (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostile) psikolojik semptom düzeylerinin düşük olmasıdır. Sağlık çalışanlarının genel olarak mesleklerine olan tutkuları ve işlerine duydukları saygı nedeniyle, bu tür olumsuz duyguları daha iyi yönetebilecekleri ve daha düşük düzeyde deneyimleyebilecekleri yönünde görüşler mevcuttur. Sağlık çalışanlarının işlerinin önemini fark etmeleri ve insanların sağlığını iyileştirmeye odaklanmaları, onlara duygusal bir tatmin ve motivasyon kaynağı olabilir, bu da olumsuz duyguların düşük olmasına yardımcı olabilmektedir (Busch ve ark., 2021). Sağlık çalışanlarının sıklıkla stresli ve duygusal olarak zorlayıcı durumlarla karşılaşmalarında hastaların acı çekmesi, yaşamla ve ölümle karşı karşıya kalmalarına tanıklık etmeleri gibi durumların etkili olduğu düşünülmektedir ve bu durumun zaman zaman sağlık çalışanlarında duygusal tükenme, anksiyete ve depresyon gibi sorunlara yol açabildiği bilinmektedir. Ancak, bu durumlarla başa çıkmak için sağlık çalışanlarına yönelik çeşitli destek mekanizmaları ve psikolojik yardım hizmetleri mevcuttur (Killikelly ve ark., 2021). Bu bağlamda genel olarak ülkemizde de sağlık çalışanlarının psikolojik belirti düzeylerinin düşük olması çalışma koşullarının iyi olduğuna işaret etmektedir. Literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerin çoğunlukla pandemi dönemi özelinde incelendiği göze çarpmaktadır. Kabito ve Mekonnen (2020), çalışmalarında Etiyopya’da görev yapmakta olan sağlık çalışanlarında psikolojik belirtileri incelemişler ve katılımcıların psikolojik belirtilerinin önemli düzeyde olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmanın ikinci bulgusu katılımcıların psikolojik esneklik düzeylerinin (değerler ve değerler doğrultusunda davranışları, anda olma düzeyleri, kabul, bağlamsal benlik düzeyleri, ayrışma düzeyleri) ortalama olduğudur. Bu durum ise sağlık personelinin duygusal olarak belirli bir denge içinde oldukları, ancak daha derinlemesine bir inceleme yapıldığında bazı sorunların olabileceği anlamına gelebilmektedir. Örneğin, katılımcılar belirli bir olay karşısında esnek bir şekilde tepki verebilseler de, uzun süreli stres veya travmatik deneyimlerle başa çıkmada zorluk yaşama ihtimalleri vardır. Garner ve Golijani-Moghaddam (2021) çalışmasında sağlık çalışanlarının psikolojik esneklik düzeylerinin düşük olduğunu;

Zarvijani ve ark. (2021) ise psikiyatri hemşirelerinde psikolojik esneklik düzeyinin yüksek olduğunu belirlemiştir. Görüldüğü üzere bu konuda literatür çeşitlilik göstermektedir. Bunun nedeninin ise seçilen örneklemin kişisel özelliklerinin etkili olması olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmada katılımcıların gösterdikleri semptomlardan sadece somatizasyonda (kadınlar erkeklerden daha yüksek) cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir. Bu durumun nedeni olarak kadınların genellikle duygusal ve psikolojik sorunları fiziksel semptomlarla ifade etme eğiliminde olmalarının ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu durum, kadınların duygusal sıkıntılarını ifade etme ve yardım arama biçimlerinde farklılık yaratabilmektedir (Song ve ark., 2021). Sağlık çalışanlarının işlerinde sürekli olarak duygusal ve psikolojik stresle karşılaşmaları, kadın sağlık çalışanlarının bu tür semptomları daha fazla deneyimlemelerine neden olabilmektedir. Çünkü d'Ettoire ve ark.'na (2019) göre kadınlar genellikle işyerindeki stresi evdeki rollerle dengelemeye çalışırken, bu durum fiziksel semptomların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle özellikle sağlık çalışanları gibi stresli ve yoğun işlerde çalışan kadınların, somatizasyon belirtilerini daha fazla yaşayabileceği düşünülmektedir. Buna karşın çalışmamızda katılımcıların psikolojik esnekliklerinde cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Seçilen örneklem grubunda psikolojik esneklik üzerinde diğer kişisel özelliklerin daha anlamlı bir etkiye sahip olmasının cinsiyet faktörünün etkisini baskıladığı tahmin edilmektedir. Çünkü sağlık çalışanlarında psikolojik esneklik üzerinde cinsiyetin anlamlı farklılığa neden olduğu çalışmalar literatürde mevcuttur (Zarinfar ve Balooti, 2019; Cuenca ve ark., 2021).

Çalışmada incelenen bir diğer demografik değişken yaştır. Katılımcılarda hostilite dışında diğer semptomlarında yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunduğu, bu farklılığın da 20-30 yaş grubunda 40 yaş grubundan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bulgudan hareketle 20-30 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının genellikle kariyerlerinin başlarında olmaları ve işyerindeki stresle başa çıkma konusunda daha az deneyimli olmalarının, iş stresi ve duygusal zorluklar karşısında daha fazla zorlanabileceği ve bu nedenle psikolojik sorunları daha fazla deneyimleyebileceği anlamına gelmesi ile açıklanabilmektedir (Elhadi ve ark., 2020). Ayrıca Preti ve ark.'na (2020) göre, farklı yaş gruplarındaki sağlık çalışanlarının yaşam koşulları ve sosyal etkileşimlerdeki farklılıklar psikolojik durumları üzerinde de etkili olabilmektedir. Bu çalışmada da 20-30 yaş grubundaki sağlık

çalışanlarının genellikle daha fazla iş stresi altında olabilirken, 40 yaş grubundaki sağlık çalışanları daha stabil bir iş ve yaşam dengesine sahip olabilecekleri çıkarımı yapılabilmektedir. Çalışmamızda yine cinsiyet değişkeninde olduğu gibi yaşta da katılımcılar arasında psikolojik esnekliklerde anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. psikolojik esneklikte tüm katılımcıların yakın düzeylerde olmalarının da bu farklılığın ortaya çıkarılmasında engel olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle daha geniş örneklemelerle çalışmalar yapılmalıdır.

Katılımcıların depresyon ve somatizasyon düzeylerinde eğitim gruplarına göre anlamlı farklılığın lise ve lisans mezunları arasında olduğu tespit edilmiştir. Lise mezunlarında depresyon ve somatizasyon düzeyleri daha yüksek olarak belirlenmiştir. Psikolojik esneklikte de değerler ve değerler doğrultusunda davranış ile kabul boyutlarında lise mezunlarının lisans ve lisansüstü bireylerden daha düşük esnekliğe sahip oldukları belirlenmiştir. Lisans mezunlarının genellikle daha fazla bilgi ve beceriye sahip olmaları ve bu nedenle işlerinde daha güvende hissetmelerinin bu duruma neden olabileceği düşünülmektedir. Öte yandan psikolojik belirti açısından incelendiğinde alınan sorumlulukların eğitim düzeylerine göre farklılaşmasının da depresyon ve somatizasyon düzeyleri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde benzer araştırma sonuçlarına rastlandığı görülmektedir. Ji ve ark. (2017), çalışmada Ebola salgını sırasında görev yapan sağlık profesyonellerinde eğitim düzeyi ile görülen psikolojik belirti düzeylerinin de düştüğünü bildirmişlerdir. Bir başka çalışmada ise Szarko ve ark. (2022), çalışmalarında üniversite eğitiminin esneklik tükenmişlik üzerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir.

Katılımcıların anksiyete, depresyon ve hostilite düzeyleri arasında medeni duruma göre anlamlı farklılık bulunmuştur ve bekarların depresyon ve anksiyete düzeyi evli ve dul/boşanmışlardan daha yüksektir. Evli olanlar genellikle eşlerinden ve ailelerinden daha fazla destek alabilirken, bekar çalışanlar bu destekten yoksun olabilirler. Bu durum, bekar sağlık çalışanlarının stresle başa çıkmada daha zorlanmalarına ve dolayısıyla depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olabilir. Ayrıca Ta'an ve ark.'na (2020) göre, evli sağlık çalışanları daha fazla sosyal ve duygusal desteğe sahiptirler. Evlilik, birlikte yaşamak ve birlikte zorluklarla başa çıkmak anlamına geldiğinden, evli olan sağlık çalışanları genellikle daha iyi bir destek sistemine sahiptir. Bu nedenle de bu desteğin destek, depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltmaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Wang ve

ark. (2020) da çalışmalarında medeni durum değişkeninin psikolojik durum üzerinde etkili bir faktör olduğunu bildirmiştir. Psikolojik esneklik değişkeni incelendiğinde ise medeni duruma göre anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Farklı örneklemelerle çalışılacak araştırmalarda farklı sonuçlara ulaşılabileceği tahmin edilmektedir.

Araştırmanın bir sonraki bulgusunda katılımcıların anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite düzeyleri arasında çocuk sayısına göre anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir. Çocuksuz bireylerin bir ve daha çok çocuklu gruplardan daha yüksek düzeyde belirti gösterdikleri belirlenmiştir. Bunun nedeninin çocuksuz bireylerin genellikle sosyal destek ağlarının daha zayıf olması olduğu tahmin edilmektedir. Çocuk sahibi olmayan bireylerin, çocuk sahibi olanlara göre daha az sosyal etkileşime ve destek alma olasılıkları vardır. Bu durum, çocuksuz bireylerin stresle başa çıkmada daha zorlanmalarına ve bu nedenle anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olabilmektedir (McGarry ve ark., 2013). Ayrıca çocuk sahibi olan bireyler, ebeveynlik rolleriyle birlikte daha fazla destek ve sorumluluk duygusu yaşayabilmektedirler ve bu destek, anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite düzeylerini azaltabilmektedir (Smalley ve ark., 2010). Çalışmada katılımcıların psikolojik esnekliklerinde çocuk sayısına göre bağlamsal benlik değişkenlerinin çocuk sayısı ile doğru orantılı olarak yükseldiği de belirlenmiştir. Bağlamsal benlik, bireyin kendini belirli bir durum veya rol içinde nasıl gördüğünü ifade eder. Çocuksuz bireyler genellikle daha fazla özgürlüğe sahip olmaları ve kendi hayatlarını daha çok kendilerine göre şekillendirebilmeleri nedeniyle daha düşük esneklik gösterebilmektedirler. Çocuk sahibi olan bireyler ise genellikle çocukları için yaşam tarzlarını ve tercihlerini sınırlamak zorunda kalabilirken, çocuksuz bireyler daha fazla özgürlüğe sahip olabilirler. Bu durum, çocuksuz bireylerin bağlamsal benliklerini daha belirgin bir şekilde ifade edememelerine ve daha düşük düzeyde olmalarına neden olabilmektedir. Schéle ve ark. (2021), çalışmalarında psikolojik esneklik ve alt boyutlarının çocuk sahibi olma durumuna göre değişiklik gösterebileceğini bildirmişlerdir. Bu bağlamda çalışmamızda elde edilen sonuçlar tutarlı ve güvenilirdir.

Katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite düzeylerinde mesleğe göre anlamlı farklılık bulunduğu diğer meslek grubunda belirti düzeylerinin hekimlerden daha yüksek olduğu, katılımcıların psikolojik esnekliklerinde ise sadece değerler ve değerler doğrultusunda davranışlarında hemşire/ebelerde hekimlerden

daha yüksek ve anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Diğer meslek gruplarındaki psikolojik belirti düzeylerinin daha düşük olması, sağlık sektöründe hekimler açısından pozitif bir sonuçtur ve çalışma koşullarının görece daha iyi olduğuna işaret etmektedir. Fakat bu durum aynı zamanda diğer sağlık profesyonelleri açısından olumsuz bir sonuçtur. Ayrıca hemşirelik mesleğinin yüksek beklentileri ve sürekli olarak yüksek performans gösterme gerekliliği de ebe/hemşirelerde psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Psikolojik esneklik, hemşirelerin psikolojik belirtilerine karşı çok önemli bir psikolojik dayanıklılık faktörüdür (Chong ve ark. (2023). Sağlık sistemlerindeki yapısal sorunlar, iş yükünün fazlalığı, kaynak eksikliği ve mesleki tükenmişlik gibi faktörler de hekimler dışında diğer gruplarda anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı ve hostilite gibi belirtilerin daha sık görülmesine neden olabilmektedir (Sarabia-Cobo ve ark., 2021). Psikolojik esneklik noktasında ise hemşirelik/ebelik ve hekimlik gibi sağlık mesleklerinin, farklı odaklara sahip olduklarını ve bu meslek grupları arasında değerler ve değerler doğrultusunda davranışlar konusunda farklılıklar olduğuna işaret etmektedir. Hemşirelik ve ebelik meslekleri, hastalarla daha yakın ve sürekli ilişki içinde olan mesleklerdir. Bu mesleklerde çalışanlar genellikle hastaların bakımı ve ihtiyaçlarının karşılanması konusunda daha fazla zaman harcarlar. Bu durum, hemşirelerin ve ebelerin değerler ve değerler doğrultusunda davranışlarını daha belirgin bir şekilde ortaya koymalarına neden olmaktadır (Taha ve Abd Elhay, 2022).Cuenca ve ark., (2021) çalışmalarında işle ilişkili stres ve psikolojik esneklikleri inceledikleri çalışmalarında hemşirelerin kendi iş koşulları nedeniyle daha yüksek esnekliğe sahip olduklarını bildirmiştir. Bu bağlamda çalışma sonuçlarımız desteklenmektedir.

Katılımcıların gösterdikleri semptomlar ile psikolojik esneklik düzeylerinde çalıştıkları hastane türleri ve çalışma şekline göre anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle sağlık sektöründeki çalışma koşullarının genel olarak tüm sağlık çalışanlarını benzer şekilde etkilediği ve çalışma ortamıyla ilgili faktörlerin, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığı üzerinde benzer etkilere sahip olabileceğini düşündürmektedir. Bu sonuçlar, sağlık sektöründe çalışanların genel olarak benzer stres faktörlerine maruz kaldığını ve bu faktörlerin psikolojik esneklik düzeyleri üzerinde benzer etkilere sahip olduğunu göstermektedir ve literatürde sonucu destekleyen araştırmalar mevcuttur. Edwards (2021) çalışmasında psikolojik esneklikte, hastane türünün anlamlı bir etkiye sahip olmadığını belirtmiştir. Başka bir çalışmada ise sağlık profesyonellerinin çalışma şekillerinin psikolojik belirtileri

üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir (Daly-Eichenhardt ve ark., 2016). Bu bakımdan benzer ve zıt araştırma sonuçlarının olması, literatürde bir sonuç birliği olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik düzeylerinde mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık bulunmaktadır. 0-4 yıl, 5-9 yıl ve 10 ve üzerinden daha yüksek düzeyde psikolojik belirti göstermesi beklenen bir sonuçtur. Çünkü yalnızca sağlık sektöründe değil hemen hemen tüm alanlarda mesleki kıdem arttıkça, çalışanların iş deneyimi ve stresle başa çıkma becerileri de gelişebilmektedir ve bu da psikolojik sağlık düzeylerini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Daha yeni başlamış sağlık çalışanları genellikle işlerinde daha az deneyime sahiptirler ve yeni başlayanlar olarak daha fazla stres altında olabilmektedirler. Bu durum, anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik düzeylerinin daha yüksek olmasına neden olmaktadır ancak, zamanla ve deneyim kazandıkça, çalışanlar stresle başa çıkma becerilerini geliştirebilmektedirler ve psikolojik sağlık düzeyleri artmaktadır (Ortega-Campos ve ark., 2019). Tsai ve Tsou (2022) çalışmalarında sağlık çalışanlarında psikolojik belirtiler üzerindeki demografik değişkenleri inceledikleri çalışmalarında kıdem değişkeninin anlamlı farklılıklar yarattığını tespit etmişlerdir. Yine Kruczek ve ark. (2021) da çalışmalarında hemşirelerin kıdem düzeylerinin arttıkça streslerinin azaldığını bildirmişlerdir ve bu da çalışmamızı destekler niteliktedir. Çalışmamızda psikolojik esneklikte ise mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Bu durumda farklı çıkarımlar yapmak mümkündür. Mesleki kıdeme göre psikolojik esnekliğin değişmemesi, sağlık çalışanlarının iş deneyimlerinin ilk günlerinden itibaren stresle başa çıkma güçlerinin geliştiğini göstermektedir. Ayrıca bu durum bize psikolojik esnekliğin kişisel özellikler ve yeteneklerle daha fazla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durumda, mesleki kıdem psikolojik esnekliği etkilemeye bilmektedir çünkü esneklik, kişinin doğal yapısından ve yaşam deneyimlerinden kaynaklanan bir özellik şeklinde nitelendirilebilmektedir.

Çalışmada katılımcıların gösterdikleri semptomlarda sadece somatizasyon düzeylerinde, psikolojik esnekliklerinde değerler ve değerler doğrultusundaki davranışlarında gelirlerine göre anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir. Somatizasyonda gelir düzeyinin düşük olması düzeyi artırırken, psikolojik esneklikte elbette yüksek olması esnekliği düşük gruplara göre artmaktadır. Maddi beklentiler ve elde edilenler psikolojik anlamda her zaman bireyler için majör faktörler arasında yer almıştır (Sánchez-Zaballos ve Mosteiro-Díaz, 2021). Bu bağlamda elde edilen

sonuçlar son derece mantıklıdır. Çalışanlarda gelir düzeyi yükseldikçe sosyal yaşamda meydana gelen sorun ve stresin iş hayatına da yansıma olasılığı düşmektedir. Ayrıca kişinin elinde tuttuğu maddi güç, onu zor koşullara karşı daha esnek ve dayanıklı hale getirmektedir. Literatürde de benzer araştırma sonuçlarına rastlanmaktadır (Murray ve ark., 2014; Kaminer ve ark., 2024).

Katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri daha önce psikolojik destek alma durumlarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Psikolojik destek alanların belirti düzeylerinin almayanlardan daha yüksek olması şaşırtıcı bir sonuçtur. Çünkü tam tersi bir sonuç beklenmiştir. Psikolojik esneklikte ise beklenildiği gibi psikolojik destek alan bireylerin değerler ve değerler doğrultusundaki davranışlarının almayan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gösterilen psikolojik belirtilerde böyle bir sonucun ortaya çıkmasının nedeninin bu bireylerin, başa çıkma becerilerinde zayıflık göstermeleri olduğu tahmin edilmektedir. Özel hayatta yaşanmiş olabilecek sorunlarla iş hayatındaki stresli veya zorlayıcı durumlarla karşılaştıklarında daha fazla psikolojik belirti göstermeleri kaçınılmaz olabilir. Ayrıca psikolojik destek almış olan bireyler, iyileşme süreçlerinde bazı karmaşıklıklarla karşılaşabilirler. Bu durum, psikolojik belirtilerin daha uzun süre devam etmesine veya tekrar nüks etmesine neden olabilir (Kashdan ve Rottenberg, 2010).

Katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite düzeylerinde psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre anlamlı farklılık bulunmaktadır ve analiz öncesinde tahmin edildiği üzere hastalığa sahip olanların belirti düzeyleri olmayanlardan daha yüksektir. Katılımcıların psikolojik esnekliklerinde ise psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumları anlamlı farklılık yaratmamıştır. Psikolojik bir rahatsızlığı olan bireyler mevcut sağlık durumlarında da depresyona, anksiyeteye, olumsuz benlik ve hostiliteye daha yatkın bireyler olmaları nedeniyle de çıkan sonuç anlamlıdır ve literatürde destekleyici birçok araştırma bulunmaktadır (Chew ve ark., 2020; Campos ve ark., 2021). Psikolojik bir rahatsızlığa sahip olmanın, genel olarak psikolojik esnekliği değiştirmemesi, esneklik kavramının geniş ve çok yönlü bir yapıya sahip olmasıyla ilişkilendirilebilmektedir. Psikolojik esneklik, kişinin yaşamın zorluklarına ve değişkenliklerine uyum sağlama yeteneği olarak tanımlanırken, psikolojik rahatsızlıklar genellikle bu uyumu zorlaştıran faktörler arasında yer alır. Ancak, psikolojik bir rahatsızlığa sahip olmanın psikolojik

esneklik üzerindeki etkisinin, kişiden kişiye ve rahatsızlığın türüne göre değişiklik gösterebileceği çıkarımı yapılabilmektedir.

Katılımcıların değerler ve değerler doğrultusunda davranışları ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri arasında; anda olma ile anksiyete düzeyleri arasında; bağlamsal benlik ile olumsuz benlik düzeyleri arasında, ayrışma ile depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Lindwall ve ark.'na göre (2014), değerlerine uygun davranan bireylerin genellikle daha anlamlı ve tatmin edici bir yaşam sürdürdükleri düşünülmektedir. Kaygı, kişide yaşamsal fonksiyonlarının devamı için önemli bir roldedir. Kişinin yaşam işlevselliğine zarar vermeyecek durumlarda kişinin uyumuna katkı sağlar (Yıldız ve Yüksel (2024). Bu, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik algısı ve somatizasyon gibi sorunların riskini azaltabilmektedir. Anda olma ise kişinin şu anda yaşadığı duygu ve deneyimlere odaklanma yeteneğini ifade etmektedir. Daha yüksek düzeyde anda olma genellikle daha düşük anksiyete düzeyleriyle ilişkilendirilmektedir, çünkü kişi şu anki durumuyla meşgul olduğunda geçmiş veya gelecek kaygılarına daha az odaklanmaktadır (La Torre ve ark., 2020). Rudaz ve ark.'na (2017) göre, bağlamsal benliğin olumsuz benlik algısı ile ilişkisi, kişinin çeşitli durumlarda kendini nasıl değerlendirdiğinin olumsuz benlik algısını etkileyebileceğini göstermektedir. Alt boyutlar haricinde genel olarak psikolojik esneklik ile psikolojik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki olduğu açıktır.

Katılımcıların psikolojik esneklikleri, değerler ve değerler doğrultusunda davranışlarını ve anda olma durumlarını anlamlı olarak yordamaktadır. Değerler ve değerler doğrultusunda davranışlar, kişinin önemseydiği ve yaşamında anlam verdiği konulara göre hareket etmesini ifade eder. Bu nedenle, psikolojik esneklik ile değerler arasındaki uyum, kişinin yaşamını anlamlı kılmada önemli bir rol oynar. Aynı şekilde, anda olma da psikolojik esneklikle yakından ilişkilidir (Kashdan ve ark., 2020). Anda olmak, kişinin şu anki deneyimlerine, düşüncelerine ve duygularına odaklanma yeteneğini ifade eder. Psikolojik esneklik, bu anlık farkındalığı artırabilir ve kişinin yaşamın her anını daha derinlemesine deneyimlemesine olanak tanımaktadır (Doorley ve ark., 2020).

BÖLÜM VI

Sonuç ve Öneriler

Sağlık çalışanlarının kişisel özellikleri, işle ilgili stres faktörleri ve mesleki destek mekanizmaları arasındaki dinamik etkileşimleri inceleyerek bu faktörlerin sağlık çalışanlarının psikolojik belirtiler ve psikolojik esneklik üzerindeki rolünü ortaya çıkarmanın amaçlandığı bu tez çalışmasında saha araştırmasında elde edilen bulgular incelenmiştir. Bu bulgulara göre; katılımcıların anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilete düzeyleri düşüktür; değerler ve değerler doğrultusunda davranış düzeyleri ortalamanın üzerinde iken, anda olma, kabul, bağlamsal benlik ve ayrışma düzeyleri ortalamadır. Ortalamalarının belirlenmesinin ardından demografik özellikler incelenmiştir ve katılımcıların gösterdikleri semptomlardan sadece somatizasyonda (kadınlar erkeklerden daha yüksek) cinsiyete göre farklılık bulunurken, psikolojik esnekliklerinde ise cinsiyete göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır; hostilete dışında diğer semptomlarında yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunurken (20-30 yaş grubu 40 yaş grubundan daha yüksektir), psikolojik esnekliklerinde yaş gruplarına göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır; depresyon (Lise mezunları lisans mezunlarından daha yüksektir) ve somatizasyon (Lise mezunları lisans mezunlarından daha yüksektir) düzeylerinde eğitim gruplarına göre anlamlı farklılık bulunurken, psikolojik esnekliklerinde eğitim gruplarına göre değerler ve değerler doğrultusunda davranış (Lise mezunları lisans mezunlarından daha düşüktür) ve kabul boyutlarında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (Lise mezunları lisans ve lisansüstü mezunlarından daha düşüktür); anksiyete, depresyon ve hostilete düzeyleri arasında medeni duruma göre anlamlı farklılık bulunurken (bekarlar evli ve dul/boşanmışlardan daha yüksektir), psikolojik esnekliklerinde medeni duruma göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır; anksiyete (çocuksuzlar bir çocuklulardan daha yüksek), depresyon (çocuksuzlar bir çocuklulardan daha yüksek), somatizasyon (çocuksuzlar iki çocuk ve üzerinden daha yüksek) ve hostilete (çocuksuzlar bir çocuklulardan daha yüksek) düzeyleri arasında çocuk sayısına göre anlamlı farklılık bulunurken; psikolojik esnekliklerinde çocuk sayısına göre bağlamsal benlik (çocuksuzlar bir çocuklulardan; iki ve üstü çocuklular bir çocuklulardan daha düşük) alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmamaktadır; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilete düzeylerinde mesleğe göre anlamlı farklılık bulunurken (diğer meslek grubu hekimlerden daha yüksek); psikolojik esnekliklerinde sadece değerler ve değerler doğrultusunda davranışlarında

(hemşire/ebeler hekimlerden daha düşük) mesleğe göre anlamlı farklılık bulunmaktadır; gösterilen semptomlarda ve psikolojik esnekliklerinde çalıştıkları hastane türleri ve çalışma şekline göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır; anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik düzeylerinde mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık bulunurken (0-5 yıl, 5-10 yıl ve 10 ve üzerinden daha yüksektir), psikolojik esnekliklerinde mesleki kıdeme göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır; semptomlarda sadece somatizasyon (15000-30000, 45000 ve üzerinden daha yüksektir) düzeylerinde gelirlerine göre anlamlı farklılık bulunurken, psikolojik esnekliklerinde değerler ve değerler doğrultusundaki davranışlarında gelirlerine göre anlamlı farklılık bulunmaktadır (45000 ve üstü 15000-30000 ile 30000-45000'den daha yüksek); anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeyleri daha önce psikolojik destek alma durumlarına göre anlamlı farklılık bulunurken (Alanlar olmayanlardan daha yüksek); psikolojik esnekliklerinde değerler ve değerler doğrultusundaki davranışlarında daha önce psikolojik destek alma durumlarına göre anlamlı farklılık bulunmaktadır (Alanlar olmayanlardan daha yüksek); anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilite düzeylerinde psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre anlamlı farklılık bulunurken (Hastalığa sahip olanlar olmayanlardan daha yüksek), psikolojik esnekliklerinde psikiyatrik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Çalışmada incelenen değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise değerler ve değerler doğrultusunda davranışları ile anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve somatizasyon düzeyleri arasında; anda olma ile anksiyete düzeyleri arasında; bağlamsal benlik ile olumsuz benlik düzeyleri arasında, ayrışma ile depresyon, olumsuz benlik ve hostilite düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmada son olarak psikolojik esnekliklerin, değerler ve değerler doğrultusunda davranışlarını ve anda olma durumlarını anlamlı olarak yordadığı tespit edilmiştir.

Elde edilen bu sonuçlara göre çalışmada çeşitli öneriler geliştirilmiştir. Psikolojik esnekliği arttırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmelidir ve bu programlar, stresle başa çıkma, duygusal farkındalık ve problem çözme gibi konuları içermelidir. Ayrıca sağlık çalışanlarına destek grupları oluşturulmalıdır ve benzer sorunlarla başa çıkan kişiler arasında destek ve paylaşım imkanı sağlanmalıdır. Psikolojik belirti olarak gösterilen semptomların azaltılması için psikolojik destek hizmetleri sağlanmalıdır. Böylece sağlık çalışanlarının, strese baş etme konusunda danışmanlık ve duygusal destek almalarına yardımcı olunmalıdır. İş ve özel yaşam

arasında denge sağlanması önemlidir. Çalışanlara esnek çalışma saatleri gibi imkanlar sunulurken bu denge kolaylaştırılmalıdır. Fiziksel sağlık, psikolojik sağlığı da etkilediği için sağlık çalışanları düzenli egzersiz yapmaları ve sağlıklı beslenmeleri konusunda teşvik edilmelidir. Sektörel değişimin desteklenmesi adına psikolojik esnekliği artırmaya yönelik yeni yöntemlerin ve stratejilerin araştırılması ve uygulanması ilgili bakanlıklarca ve akademisyenlerce sağlanmalıdır. Çalışanların iş yükünün adil bir şekilde dağıtılması ve fazla mesai yapmalarının önlenmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanları arasında sağlıklı iletişim ve iş birliği ortamının oluşturulmasına yönelik çalışmalarla anksiyetenin daha da azaltılması ve psikolojik esnekliğin artırılması sağlanmalıdır. Ve son olarak literatürde sağlık çalışanlarının psikolojik esneklik düzeyleri üzerine daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Bu önerilerin, sağlık çalışanlarının psikolojik esnekliğini artırarak psikolojik rahatsızlık belirtilerini azaltmaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Ancak, her birey farklı olduğu için kişiselleştirilmiş yaklaşımların göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Klinik Psikologlara Yönelik Öneriler

Sağlık çalışanlarının psikolojik belirtilerini azaltmak ve psikolojik esnekliklerini güçlendirmek için klinik psikologlar, bireysel seviyede destekleyici terapi yöntemlerini benimseyerek sağlık çalışanlarının duygusal ihtiyaçlarını karşılamalı ve işle ilgili stresle başa çıkma becerilerini artırmak için özelleştirilmiş danışmanlık hizmetleri sunmalıdır.

Araştırmacılara Yönelik Öneriler

Sağlık çalışanlarının psikolojik belirtileri ve psikolojik esneklik üzerindeki etkileri hakkında daha fazla araştırma yapılması önemlidir. Bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığını korumak ve desteklemek için daha etkili stratejiler geliştirmeye yardımcı olabilir. Aynı zamanda akademisyenler, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığını korumak ve desteklemek için eğitim programları ve bilinçlendirme faaliyetleri düzenleyebilirler. Bu programlar, sağlık çalışanlarının stresle başa çıkma becerilerini geliştirmeye ve psikolojik esnekliklerini artırmaya yönelik pratik bilgiler sunabilir.

Devlete Yönelik Öneriler

Devlet, sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığını desteklemek için kapsamlı politika ve stratejiler geliştirmelidir. Bu politikalar, sağlık kuruluşlarında psikolojik destek hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını, stresle başa çıkma programlarının

uygulanmasını ve psikolojik sağlık konularının personel eğitim programlarına entegre edilmesini içerebilir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının iş yükünü azaltmak ve çalışma ortamlarını iyileştirmek için önlemler almalıdır. Bu iş yükünün dengelenmesi, destekleyici liderlik modellerinin teşvik edilmesi, sağlık çalışanlarının dinlenme ve rekabetsiz mola imkanlarının sağlanması gibi önlemleri içerebilir.



Kaynakça

- Ağırkaya, K., & Erdem, R. (2023). Psikolojik sağlamlık: sağlık çalışanları açısından bir değerlendirme. *Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 656-678.
- Akdeniz, S. (2014). Farklı Merhamet Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete, Stres ve Duygusal Zekanın İncelenmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, (Doktora Tezi).
- Akkaya, M. N. (2022). *Kabul ve Kararlılık Terapisi ve Manevi Danışmanlık Uygulamaları* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Alkal, A. Çam, S. (2024). Multidimensional Psychological Flexibility Inventory Short Form (MPFISF) for Adolescents: Adaptation to Turkish, Validity and Reliability Study. *AJESI*, 2024; 14(1): 386-412
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.
- Aslan, B. (2023). *Ergenlerin çatışma çözme becerilerinin, psikolojik sağlamlık ve bilişsel esneklik açısından incelenmesi* (Master's thesis, Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Aslan, ř., & Türk, F. (2022). Bilişsel esneklik ve psikolojik esneklik kavramlarının karşılaştırılması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(1), 119-130.
- Atar, B., Yıldızlar, H. Y., & Fandaklı, S. (2022). Sağlık alışanlarının Maruz Kaldığı Tehlikeler, Riskler ve İş Kazaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 1637-1643.
- Batıgün, Durak, A. Büyükşahin, A. (2008). Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri* 1, 105-114
- Başol, E. (2018). Hasta İle Sağlık alışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*.
- Baylan, N. (2019). *Çocukluk çağı travmalarının somatizasyon ile ilişkisinde aleksitiminin aracı rolü* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
- Belər, A. (2023). Tıp fakültesi öğrencileri ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunlarının ele alınması: farkındalık ve çözümlere yönelik bir çağrı. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi* 2023;3(1):6-11

- Berkowitz, L. (2012). A different view of anger: The cognitive-neoassociation conception of the relation of anger to aggression. *Aggressive behavior*, 38(4), 322-333.
- Biglan, A., & Hayes, S. C. (2016). Functional contextualism and contextual behavioral science. *The Wiley handbook of contextual behavioral science*, 37-61.
- Bonilla-Sierra, P., Manrique-G, A., Hidalgo-Andrade, P., & Ruisoto, P. (2021). Psychological inflexibility and loneliness mediate the impact of stress on anxiety and depression symptoms in healthcare students and early-career professionals during COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12, 729171.
- Bulut, M., Mercan, N., & Yüksel, Ç. (2020). Bilişsel çarpıtma düzeyi ile depresyon ve anksiyete düzeyi arasındaki ilişki: sistematik derleme. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 215-226.
- Bulut, S., & Dilmaç, B. (2018). Üniversite öğrencilerinin sahip olduğu değerler psikolojik iyi oluş ve mutluluk düzeyleri arasındaki yordayıcı ilişkiler. *OPUS International Journal of Society Researches*, 9(16), 349-374.
- Busch, F. N. (2014). Clinical approaches to somatization. *Journal of clinical psychology*, 70(5), 419-427.
- Busch, I. M., Moretti, F., Mazzi, M., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2021). What we have learned from two decades of epidemics and pandemics: a systematic review and meta-analysis of the psychological burden of frontline healthcare workers. *Psychotherapy and psychosomatics*, 90(3), 178-190.
- Büyüköztürk, Ş. Kılıç-Çakmak, E. Akgün, Ö. Karadeniz, Ş., & Demirel, F. (2008). Bilimsel araştırma yöntemleri. Pegem Akademi, Ankara.
- Campos, J. A. D. B., Martins, B. G., Campos, L. A., de Fátima Valadão-Dias, F., & Marôco, J. (2021). Symptoms related to mental disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Brazil. *International archives of occupational and environmental health*, 94, 1023-1032.
- Cankardaş, S. (2019). Kadın ve erkeklerde olumsuz değerlendirilme korkusunun belirlenmesinde algılanan ebeveyn tutumları ve benlik saygısının rolü. *Psikoloji Çalışmaları*, 39(1), 79-97.
- Cansız, A., Nalbant, A., & Yavuz, K. F. (2020). Şizofreni hastalarında psikolojik esnekliğin araştırılması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.

- Cevizci, O., & Müezzini, E. E. (2019). Sağlık çalışanlarında psikolojik belirtilerin ve psikolojik dayanıklılığın incelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(3), 166-172.
- Cherry, K. M., Vander Hoeven, E., Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring “psychological flexibility”: A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical psychology review*, 84, 101973.
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., ... & Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 559-565.
- Chong, Y., Frey, E., Chien, T., Cheng, Y., & Gloster, A. (2023). The role of psychological flexibility in the relationships between burnout, job satisfaction, and mental health among nurses in combatting COVID-19: A two-region survey. *Journal of nursing scholarship*, September, (55), 5
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 2010, 51-75.
- Coss, D. L., Dhillon, G., & Udeh, I. (2015). Strategic planning objectives for venture capitalist investments in emerging information technologies: a value-focused perspective. *The Journal of Entrepreneurial Finance (JEF)*, 17(1), 27-64.
- Cresswell, J. W. (2012). *Education al research* (4. bs.). Boston: Pearson
- Cuenca, M. B., Martín, M. B. G., & García, M. J. C. (2021). Anxiety, depression, work-related stress and psychological flexibility in nurses: A correlational-comparative study. *European Journal of Health Research: (EJHR)*, 7(3), 3.
- Çam, M. O., Engin, E., & Uğuryol, M. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Benlik Gelişimi ve Güven Duygusu. *Journal of International Social Research*, 10(51).
- d’Ettorre, G., Pellicani, V., & Vullo, A. (2019). Gender assessment of job stress in healthcare workers. Implications for practice. *La Medicina del Lavoro*, 110(1), 22.

- Daly-Eichenhardt, A., Scott, W., Howard-Jones, M., Nicolaou, T., & McCracken, L. M. (2016). Changes in sleep problems and psychological flexibility following interdisciplinary acceptance and commitment therapy for chronic pain: an observational cohort study. *Frontiers in psychology*, 7, 1326.
- Delshad, V., Stueck, M., Ebadi, A., Bidzan, M., & Khankeh, H. (2022). Bio-psycho-social health assessment in prehospital emergency technicians: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 11.
- Demirci, O. O., Sağaltıcı, E., & Yıldırım, A. (2015). Özgül fobinin göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme yöntemi ile tedavisi: bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 18(4), 124-129.
- Dilmaç, B., & Bircan, H. H. (2019). Değerler ve değerler psikolojisi. B. Dilmaç, HH Bircan (Editör), "değer olgusu", Ankara: PegemAkademi.
- Doğan, M. (2001). Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel Boyutlar ve Açıklamalar. *Sosyal Bilimler Dergisi 2000-2001*, 65-68
- Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C., & Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(12), 1-11.
- Edwards, K. R. (2021). *Exploring the Moderating Effects of Psychological Flexibility on Compassion Satisfaction and Fatigue in the Context of End-Of-Life Care within a Hospital Setting* (Doctoral dissertation, Kean University).
- Ekin, S. (2017). *Majör depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin değerlendirilmesi* (Master's thesis, Işık Üniversitesi).
- Elhadi, M., Msherghi, A., Elgzairi, M., Alhashimi, A., Bouhuwaish, A., Biala, M., ... & Albakoush, A. (2020). Psychological status of healthcare workers during the civil war and COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*, 137, 110221.
- El-Sallamy, R. M., Kabbash, I. A., El-Fatah, S. A., & El-Feky, A. (2018). Physical hazard safety awareness among healthcare workers in Tanta university hospitals, Egypt. *Environmental Science and Pollution Research*, 25, 30826-30838.
- Erdener, M. (2019). *Afet alanında çalışan profesyonellerin psikolojik dayanıklılık ve ikincil travmatik stres düzeylerinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

- Eryılmaz, A., & Mutlu, T. (2017). Yaşam boyu gelişim yaklaşımı perspektifinden kariyer gelişimi ve ruh sağlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2), 227-249.
- Feather, N. T. (Ed.). (2021). *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Routledge.
- Fiabane, E., Gabanelli, P., La Rovere, M. T., Tremoli, E., Pistarini, C., & Gorini, A. (2021). Psychological and work-related factors associated with emotional exhaustion among healthcare professionals during the COVID-19 outbreak in Italian hospitals. *Nursing & Health Sciences*, 23(3), 670-675.
- Freud, S. (2014). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Read Books Ltd.
- Garner, E. V., & Golijani-Moghaddam, N. (2021). Relationship between psychological flexibility and work-related quality of life for healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 98-112.
- Gold, S. M., Köhler-Forsberg, O., Moss-Morris, R., Mehnert, A., Miranda, J. J., Bullinger, M., ... & Otte, C. (2020). Comorbid depression in medical diseases. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 69.
- Gökdağ, C., & Arkar, H. (2016). Psikobiyolojik kişilik modeli ve bilişsel kuram arasındaki ilişkilerin majör depresyon tanılı hastalarda ve sağlıklı bireylerde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Derg*, 27, 257-65.
- Gültekin, B. K., & Dereboy, İ. F. (2011). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 150-158.
- Gümüş, A. B., Bayram, N., Can, N., & Kader, E. (2012). Üniversite öğrencilerinde premenstruel sendrom ve somatizasyon: İlişkisel bir inceleme/Premenstrual syndrome in university students: an investigation in terms of somatization and some variables. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 32.
- Halişçelik, M. (2021). *Majör depresyon ile narsisistik kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin araştırılması* (Doctoral dissertation, Bursa Uludag University (Turkey)).
- Hayes, L. J., & Fryling, M. J. (2019). Functional and descriptive contextualism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 119-126.

- Holmberg, J., Kemani, M. K., Holmström, L., Öst, L. G., & Wicksell, R. K. (2020). Psychological flexibility and its relationship to distress and work engagement among intensive care medical staff. *Frontiers in Psychology, 11*, 603986.
- Hong, Y., Lee, J., Lee, H. J., Kim, K., Cho, I. K., Ahn, M. H., ... & Chung, S. (2021). Resilience and work-related stress may affect depressive symptoms in nursing professionals during the COVID-19 pandemic era. *Psychiatry investigation, 18*(4), 357.
- Huang, X., Qian, S., Fang, Q., Sang, J., & Xu, C. (2018). Csan: Contextual self-attention network for user sequential recommendation. In *Proceedings of the 26th ACM international conference on Multimedia* (pp. 447-455).
- Ji, D., Ji, Y. J., Duan, X. Z., Li, W. G., Sun, Z. Q., Song, X. A., ... & Duan, H. J. (2017). Prevalence of psychological symptoms among Ebola survivors and healthcare workers during the 2014-2015 Ebola outbreak in Sierra Leone: a cross-sectional study. *Oncotarget, 8*(8), 12784.
- Jiménez-Fernández, R., Corral-Liria, I., Trevisón-Redondo, B., Lopez-Lopez, D., Losa-Iglesias, M., & Becerro-de-Bengoa-Vallejo, R. (2022). Burnout, resilience and psychological flexibility in frontline nurses during the acute phase of the COVID-19 pandemic (2020) in Madrid, Spain. *Journal of Nursing Management, 30*(7), 2549-2556.
- Jokela, M., Virtanen, M., Batty, G. D., & Kivimäki, M. (2016). Inflammation and specific symptoms of depression. *JAMA psychiatry, 73*(1), 87-88.
- Kabito, G. G., & Mekonnen, T. H. (2020). Psychological distress symptoms among healthcare professionals are significantly influenced by psychosocial work context, Ethiopia: A cross-sectional analysis. *PloS one, 15*(9), e0239346.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective, 3*(1), 186-194.
- Kalafat, Ş. (2023). ‘Bağlam, Nasıl Terim Üretir?’: Osmanlı’daki Türkçe Matematik Terimlerinin Oluşumuna İşlevsel (Bağlamsal) Yaklaşım Temelli Bir Bakış. *Selçuk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi, (60)*, 267-291.
- Kaminer, D., Booyesen, D., Ellis, K., Kristensen, C. H., Patel, A. R., Robjant, K., & Sardana, S. (2024). Improving access to evidence-based interventions for trauma-exposed adults in low-and middle-income countries. *Journal of Traumatic Stress.*

- Karakuş, S., & Akbay, S. E. (2020). Psikolojik esneklik ölçeği: Uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(1), 32-43.
- Karaoğlan, M., Kaşaracı, G., Şahin, E., & İplik, E. S. (2020). Madde ilişkili psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan atipik antipsikotikler. *Experimed*, 10(1), 49-58.
- Karamustafalıoğlu, O. Yumrukçal, H. (2011)“Depresyon ve anksiyete bozuklukları,” *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, c. 45, sayı.2, ss. 65-74
- Karapıçak, Ö. K., Aslan, S., & Utku, Ç. (2012). Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 43-51.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.
- Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & McKnight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological assessment*, 32(9), 829.
- Killikelly, C., Lenferink, L. I., Xie, H., & Maercker, A. (2021). Rapid systematic review of psychological symptoms in health care workers COVID-19. *Journal of Loss and Trauma*, 26(7), 638-655.
- Kupfer, D. J. (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(3), 245-246.
- La Torre, G., Raffone, A., Peruzzo, M., Calabrese, L., Cocchiara, R. A., D'Egidio, V., ... & YOMIN Collaborative Group. (2020). Yoga and mindfulness as a tool for influencing affectivity, anxiety, mental health, and stress among healthcare workers: Results of a single-arm clinical trial. *Journal of clinical medicine*, 9(4), 1037.
- Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I. H., Börjesson, M., & Ahlborg Jr, G. (2014). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health psychology*, 33(11), 1309.
- Lisi, L., Ciaffi, J., Bruni, A., Mancarella, L., Brusi, V., Gramegna, P., ... & Ursini, F. (2020). Levels and factors associated with resilience in italian healthcare

- professionals during the COVID-19 pandemic: a web-based survey. *Behavioral Sciences*, 10(12), 183.
- Long, D. M., & Sanford, B. T. (2015). Pragmatism and Psychological Flexibility in the Research Context: Applying Functional Contextualism to Scientific Methodology. *The Wiley handbook of contextual behavioral science*, 81-99.
- Martin, D. M., Goldstein, J. G., Smith, D. R., Musengezi, J., Rountree, J. G., Galgamuwa, G. P., ... & Kerr, C. (2023). Creating conservation strategies with value-focused thinking. *Conservation Biology*, 37(5), e14109.
- McGarry, S., Girdler, S., McDonald, A., Valentine, J., Lee, S. L., Blair, E., ... & Elliott, C. (2013). Paediatric health-care professionals: Relationships between psychological distress, resilience and coping skills. *Journal of paediatrics and child health*, 49(9), 725-732.
- Mistretta, E. G., Davis, M. C., Temkit, M. H., Lorenz, C., Darby, B., & Stonnington, C. M. (2018). Resilience training for work-related stress among health care workers: results of a randomized clinical trial comparing in-person and smartphone-delivered interventions. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(6), 559-568.
- Muezzin, E. E. (2023). Akıllı Telefon Bağımlılığının Psikolojik Belirtilerle İlişkisinin İncelenmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (45), 353-375.
- Murray, L. K., Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsiary, M. M., Haydary, A., ... & Bolton, P. (2014). A common elements treatment approach for adult mental health problems in low-and middle-income countries. *Cognitive and behavioral practice*, 21(2), 111-123.
- Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Muharrem, A. K., & Kaya, E. (2012). İkinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Annals of Health Sciences Research*, 1(1), 16-20.
- Ortega-Campos, E., Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Monsalve-Reyes, C., & de la Fuente-Solana, E. I. (2019). A multicentre study of psychological variables and the prevalence of burnout among primary health care nurses. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3242.
- Özdemir, İ. (2021). *The mediating role of mindfulness, psychological flexibility, experiential avoidance and cognitive flexibility on the relationship between*

- childhood trauma and somatization* (Master's thesis, İzmir Ekonomi Üniversitesi).
- Özdemir, R., & Soysal, F. S. Ö. (2023). Beliren Yetişkinlerde Psikolojik Esneklik: Nitel Bir Çalışma Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (58), 2663-2681.
- Özen, D. Ş., & Temizsu, E. (2010). Anksiyete ve depresif bozukluklarda örtüşen ve ayrışan belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 1-14.
- Özer, Z. E. (2017). A New Perspective on Anxiety: Anxiety Regarding the Theory of Drives in Freud. *POSSEIBLE*, (12), 30-37.
- Özyurt, G., & Emiroğlu, N. (2019). Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğunda İrritabilite. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 26(2), 63-7.
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., ... & Calati, R. (2020). The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Current psychiatry reports*, 22, 1-22.
- Proctor, C. J., Reiman, A., & Best, L. A. (2024). Working after cancer: psychological flexibility and the quality of working life. *Journal of Cancer Survivorship*, 18(1), 196-206.
- Rai, R., El-Zaemey, S., Dorji, N., Rai, B. D., & Fritschi, L. (2021). Exposure to occupational hazards among health care workers in low-and middle-income countries: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2603.
- Ramaci, T., Bellini, D., Presti, G., & Santisi, G. (2019). Psychological flexibility and mindfulness as predictors of individual outcomes in hospital health workers. *Frontiers in psychology*, 10, 424153.
- Rojas, F. R., Vásquez, P. C., Barboza, V. V., López, A. L. S., & Zavala, M. O. Q. (2019). Psycho social risks noted by oncology workers related to their quality of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 854-860.
- Rowa, K., Waechter, S., Hood, H. K., & Antony, M. M. (2017). Generalized anxiety disorder. *Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations, Third Edition*, 149-186.
- Rudaz, M., Twohig, M. P., Ong, C. W., & Levin, M. E. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in

- mental health professionals: A systematic review. *Journal of contextual behavioral science*, 6(4), 380-390.
- Saltaş, T. (2022). Depresyon ve Anksiyete Belirtileri Olan Üniversite Öğrencilerinde Bilinçli Farkındalık Rolünün İncelenmesi. *İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*
- Sánchez-Zaballos, M., & Mosteiro-Díaz, M. P. (2021). Resilience among professional health workers in emergency services. *Journal of emergency nursing*, 47(6), 925-932.
- Sarabia-Cobo, C., Pérez, V., de Lorena, P., Fernández-Rodríguez, Á., González-López, J. R., & González-Vaca, J. (2021). Burnout, compassion fatigue and psychological flexibility among geriatric nurses: A multicenter study in Spain. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7560.
- Schéle, I., Olby, M., Wallin, H., & Holmquist, S. (2021). Self-efficacy, psychological flexibility, and basic needs satisfaction make a difference: recently graduated psychologists at increased or decreased risk for future health issues. *Frontiers in psychology*, 11, 569605.
- Selart, M., & Johansen, S. T. (2011). Understanding the role of value-focused thinking in idea management. *Creativity and Innovation Management*, 20(3), 196-206.
- Seyrek, Ö. D., & Ersanlı, K. (2017). Üniversite Öğrencilerinde Yaşamın Anlamı ile Psikolojik Esneklik Arasındaki İlişki. *Electronic Turkish Studies*, 12(4).
- Sirois, F. M., & Owens, J. (2021). Factors associated with psychological distress in health-care workers during an infectious disease outbreak: a rapid systematic review of the evidence. *Frontiers in psychiatry*, 11, 589545.
- Smalley, K. B., Yancey, C. T., Warren, J. C., Naufel, K., Ryan, R., & Pugh, J. L. (2010). Rural mental health and psychological treatment: A review for practitioners. *Journal of clinical psychology*, 66(5), 479-489.
- Song, X., Zhou, Y., Rao, W., & Zhang, X. (2021). Comparison of prevalence and risk factors of somatization between Chinese health care workers and non-health care workers during COVID-19 outbreak. *BMC psychiatry*, 21(1), 276.
- Szarko, A. J., Housmanfar, R. A., Smith, G. S., Jacobs, N. N., Smith, B. M., Assemi, K., ... & Baker, T. K. (2022). Impact of Acceptance and Commitment

- Training on psychological flexibility and burnout in medical education. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 190-199.
- Ta'an, W. A. F., Al-Dwaikat, T. N., Dardas, K., & Rayan, A. H. (2020). The relationship between occupational stress, psychological distress symptoms, and social support among Jordanian healthcare professionals. In *Nursing Forum* (Vol. 55, No. 4, pp. 763-771).
- Taha, S. M., & Abd Elhay, E. S. (2022). Psychological Flexibility, Mindfulness and Perceived Social Support as Predictors of Psychological Symptoms among Nursing Faculty Students at Mansoura University. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 10(28), 47-59.
- Toprak, T. B., Arıcak, O. T., & Yavuz, K. F. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinde tükenmişlik derecesi psikolojik esneklik ve değerler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.
- Tsai, H. J., & Tsou, M. T. (2022). Age, sex, and profession difference among health care workers with burnout and metabolic syndrome in Taiwan tertiary hospital—a cross-section study. *Frontiers in medicine*, 9, 854403.
- Ulubay, G., & Güven, M. (2022). Kabul ve Kararlılık Terapisi ve Psikolojik Esneklik ile İlgili Araştırmaların İncelenmesi. *The Journal of International Lingual Social and Educational Sciences*, 8(2), 92-101.
- Villarroel, M. A., & Terlizzi, E. P. (2020). *Symptoms of depression among adults: United States, 2019* (pp. 1-8). Hyattsville, MD, USA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Von Wolff, A., Hölzel, L. P., Westphal, A., Härter, M., & Kriston, L. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 144(1-2), 7-15.
- Wang, J., Wang, W., Laureys, S., & Di, H. (2020). Burnout syndrome in healthcare professionals who care for patients with prolonged disorders of consciousness: a cross-sectional survey. *BMC health services research*, 20, 1-10.
- Yapan, S. (2018). *Depresyon ve anksiyete belirtilerinin yordayıcıları olarak ruminasyon, otomatik düşünceler, işlevsel olmayan tutumlar ve düşünce baskılama* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).

- Yaprak, Y. (2017). *Geç ergenlik dönemindeki bireylerde olumsuz benlik algısının sanal zorbalığa etkisi* (Master's thesis, İstanbul Arel Üniversitesi).
- Yavuz, K. F. (2015). Kabul ve kararlılık terapisi (ACT): Genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics*, 8(2), 21-27.
- Yetgin, A. (2020). İlkokulda Okuduğunu Anlama Yaratıcı Okuma Eleştirel Düşünme ve Üstbilişsel Farkındalık: İlişkisel Tarama Modelinde Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- Yılbaş, B. (2021). COVID-19 tanısı ile tedavi gören bireylerin iyileşme dönemi sonrasında psikiyatrik tanı açısından değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 24(2).
- Yıldız, M. (2017). Üniversite öğrencilerinde fonksiyonel olmayan tutumların ve olumsuz otomatik düşüncelerin depresyona etkisi. *Ulusal Eğitim Akademisi Dergisi*, 1(1), 1-7.
- Yıldız, S. Yüksel, Y, M. (2024). Geçmişe Dönük Aile Öngörülemezliği, Psikolojik Belirtiler ve Psikolojik Kırılganlık Üzerine Bir Araştırma. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24(1), 563–584
- Zarinfar, E., & Balooti, A. (2019). Effect of training based on Acceptance and Commitment on Flexibility, perceived stress and resilience of female Employees of Hospital. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 5(4), 26-33.
- Zarvijani, S. A. H., Moghaddam, L. F., & Parchebafieh, S. (2021). Acceptance and commitment therapy on perceived stress and psychological flexibility of psychiatric nurses: a randomized control trial. *BMC nursing*, 20, 1-9

Ekler

Ek 1. Etik Kurul İzni



BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

07.12.2023

Sayın Muhammet Hüdayi Zoroğlu

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2023/1709 proje numaralı ve **“Sağlık çalışanlarında psikolojik esnekliğin psikolojik belirtiler ile ilişkisinin incelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Prof. Dr. Aşkın KIRAZ

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Koordinatörü

Ek 2. Kısa Semptom Envanteri Ölçeği Kullanım İzni

Kısa Semptom Envanteri (KSE)



Ek 3. Psikolojik Esneklik Ölçeği Kullanım İzni



Ek 4. Onam Formu ve Kişisel Bilgi Formu

Aydınlatılmış Onam Formu

Bu çalışma Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi HÜDAYİ ZOROĞLU tarafından Doç. Dr. MERYEM KARAAZİZ danışmanlığında gerçekleştirilen, bir çalışmadır.

Çalışma yaklaşık 10-15 dakikanızı alacaktır. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır ve katılmak zorunlu değil bilakis reddetme hakkına sahiptir. Toplanan cevaplar istatistiksel veri olarak

kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Çalışmadan, istediğiniz bir anda açıklama yapmaksızın çekilme hakkına sahiptir. Araştırmadan çekilmeniz durumunda veriler yok edilecektir ve araştırmada kullanılmayacaktır. Eğer araştırmaya katılmaya karar verir ve tamamlamaya izin verirseniz, cevaplar ve anketler gizlilikle korunacaktır.

Soruları içten ve dürüst bir şekilde yanıtlamanız araştırma sonuçları için büyük önem taşımaktadır.

Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için ya da herhangi bir sorun ile karşılaşırsanız zoroglu99@gmail.com hesabı ile iletişime geçebilirsiniz.

Katılım sağladığınız için teşekkür ederim.

1. Yukarıdaki bilgileri okudum anladım ve anketin uygulanmasını onaylıyorum. *

Uygun olanların tümünü işaretleyin.

Onaylıyorum

Kişisel Bilgi Formu

2. Cinsiyet *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Erkek

Kadın

3. Yaş *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

20-29

30-39

40 ve üstü

4. Eğitim Seviyesi *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Lise

Lisans

Lisansüstü

5. Medeni Hal *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

Bekar

Evli

Boşanmış-Dul

6. Çocuk Sayısı

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

0

1

2 ve üstü

7. Meslek *

8. Çalıştığı Kurum *

9. Çalışma Şekli *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Mesai
 Vardiyalı Sistem

10. Mesleki Kıdem *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 0-4 yıl
 5-9 yıl
 10 ve üstü

11. Ortalama Gelir Düzeyi *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- 15.000-29.000
 30.000-44.000
 45.000 ve üstü

12. Daha önce psikolojik bir destek aldınız mı? *

Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

- Evet
 Hayır

Ek 6. Psikolojik Esneklik Ölçeği

Psikolojik Esneklik ölçeği

Psikolojik Esneklik Ölçeği

Aşağıda psikolojik esneklik düzeyinizi ölçmeye ilişkin ifadeler yer almaktadır. Sizden, kendi yaşantınızı dikkate alarak aşağıdaki ifadeleri değerlendirmeniz istenmektedir. Her bir maddeye katılma durumunuza göre 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

	Hiç Katılmıyorum	1	2	3	4	5	6	7	Tamamen Katılıyorum
1.	Benim için neyin önemli olduğunu ve hayatımda gelmek istediğim noktayı biliyorum.	1	2	3	4	5	6	7	
2.	Duygu ve düşüncelerin ortaya çıkmasını engellemek için bir şeylerle meşgul olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	
3.	Olumsuz duygular hissettiğimde dikkatimi dağıtmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	

İntihal Raporu

ORJİNALLİK RAPORU

% 15	% 12	% 9	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	icimdekikaos.blogspot.com İnternet Kaynağı	% 1
2	acikerisim.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	www.yavuzdeveci.com İnternet Kaynağı	% 1
4	acikerisim.cumhuriyet.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
6	Akdeniz, Seher. "Farklı Merhamet Düzeylerine Sahip üniversite öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete, Stres ve Duygusal Zekanın İncelenmesi", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2021 Yayın	<% 1
7	vs1.doczz.fr İnternet Kaynağı	<% 1

Özgeçmiş

Muhammet Hüdayi ZOROĞLU. 02.03.1999 tarihinde Denizli’de doğmuştur. İlkokul ve ortaokul öğrenimini Denizli Arif Yalınkaya İlköğretim okulunda tamamlamıştır. Liseyi 4 yıl boyunca onur belgesi olarak Denizli Lisesi’nde (Anadolu Lisesi) tamamlamıştır. Lisans eğitimine 2018 yılında tam burs kazanarak Girne Amerikan Üniversitesi Psikoloji bölümünde başlamıştır ve onur öğrencisi olarak 2022 haziranda tamamlamıştır. Lisans eğitimi sürecinde Pembe Köşk Psikiyatri Hastanesinde zorunlu stajını gerçekleştirmiştir. Lisans eğitimi boyunca psikoloji kulübünde iletişim sorumlusu olarak etkin görevler almıştır. 2022 eylülde %50 burs kazanarak Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisansına başlamıştır. Yüksek Lisans zorunlu stajını Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesinde gerçekleştirmiştir. Yüksek Lisans öğrenim sürecinde Bilişsel Davranışçı Terapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi , Kısa Süreli Çözüm Odaklı Terapi eğitimlerini alarak sertifika almaya hak kazanmıştır.

Muhammet Hüdayi ZOROĞLU