



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON,
STRES VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE
İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ**

İREM EKMEKÇİ ERTEK

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

EYLÜL 2020



**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON, STRES VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN
İNCELENMESİ**

İrem EKMEKCİ ERTEK

**DOKTORA TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EYLÜL 2020

ETİK BEYAN

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

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İrem EKMEKÇİ ERTEK

16/09/2020



TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON, STRES VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

(Doktora Tezi)

İrem EKMEKCİ ERTEK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Eylül 2020

ÖZET

Tıp fakültesi öğrencilerinde ruhsal sorunlar sık görülmekte, bu sorunlar sosyal ve mesleki işlevselliği etkilemektedir. Kesitsel tipte tasarlanan bu çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tüm sınıflarda öğrenim gören 1306 öğrenci katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, CES-Depresyon Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Öğrenci Formu (MTE-ÖF) uygulanmıştır. Öğrencilerin %23,7'si sigara, %31,4'ü alkol, %4,1'inde ise madde kullandığını belirtmiştir. En sık kullanılan madde esrardır (%82). Katılımcıların %21,7'si daha önce psikiyatriye başvurduğunu belirtmiştir. En sık konulan tanı anksiyete bozuklukları (%36,4), ikinci sıklıkla konulan tanı depresif bozukluklardır (%30,8). Katılımcıların %8,3'ü psikiyatri ilacı kullandığını belirtmiştir. Kullanılan ilaçların %87,8'ini antidepresanlar oluşturmaktadır. MTE-ÖF tükenme alt ölçeğinden alınan ortalama puan 15,6 ($\pm 4,8$), duyarsızlaşma alt ölçeği ortalama puanı 10,4 ($\pm 3,7$) ve yetkinlik alt ölçeği ortalaması 11,7 ($\pm 3,3$) olarak bulunmuştur. CES-D ortalaması 21,2 ($\pm 11,5$) iken, ASÖ ortalaması ise 28,3 ($\pm 4,8$)'dir. Öğrencilerin %64,2'si CES-D ölçeğinin kesme puanı olan 16'nın üzerinde almıştır. MTE- ÖF duyarsızlaşma alt ölçeğinde kadınlar (10,0 $\pm$ 3,5) erkeklere (11,1 $\pm$ 3,8) göre daha düşük puan alırken; yetkinlik ölçeğinde de benzer şekilde kadınlar (11,6 $\pm$ 2,9) erkeklere (12,0 $\pm$ 3,8) göre daha düşük puan almışlardır. ASÖ'de kadınlar (28,8 $\pm$ 7,9) erkeklere (27,5 $\pm$ 8,7) oranla anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. Tükenme alt ölçeğinde 1. Sınıfların (14,4 $\pm$ 4,4) 2 (16,1 $\pm$ 5,6), 3 (15,8 $\pm$ 4,4), 4 (16,9 $\pm$ 4,5) ve 6. Sınıflara (17,0 $\pm$ 4,8) oranla anlamlı olarak daha düşük puan aldığı görülmektedir. Duyarsızlaşma alt ölçeğinde de 1. Sınıfların (9,6 $\pm$ 4,4) 2 (10,9 $\pm$ 3,8), 3 (10,6 $\pm$ 4,0), 5 (10,9 $\pm$ 3,5) ve 6. Sınıflara (11,6 $\pm$ 3,6) göre anlamlı olarak daha düşük puan aldığı görülmektedir. Yetkinlik alt ölçeğinde ise 1. (12,1 $\pm$ 3,0) ve 5. Sınıflar (12,1 $\pm$ 2,8) 4. Sınıflardan (10,8 $\pm$ 2,6) anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. CES-D ölçeğinde, 4. sınıfların (24,3 $\pm$ 11,9) 1 (20,5 $\pm$ 10,8) ve 3. Sınıflardan (19,9 $\pm$ 10,3), 3. Sınıfların ise 2. Sınıflardan (20,7 $\pm$ 12,0) daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Stres açısından ise 1. Sınıflar (27,7 $\pm$ 7,9) 4. Sınıflara (30,4 $\pm$ 7,2) göre anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır. Öğrencilerin yazdığı serbest ifadelerde pratik ve sözlü sınavların kaygısı, ders yükü ve sosyal alanların eksikliği konuları ön planda belirtilmiştir. Sonuç olarak tıp fakültesi öğrencilerinde özellikle 4. Sınıfta belirgin olmak üzere stres, tükenmişlik ve depresif belirtiler yüksek düzeydedir. Bu konu ile ilgili farkındalığın oluşturulmasının ve koruyucu hizmetlerinin planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bilim Kodu : 1029

Anahtar Kelimeler : Depresyon, Öğrenci, Stres, Tıp Fakültesi, Tükenmişlik

Sayfa Adedi : 88

Danışman : Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

DEPRESSION, STRESS AND BURN-OUT LEVELS AND RELATED VARIABLES IN MEDICAL STUDENTS

(Ph. D. Thesis)

İrem EKMEKÇİ ERTEK

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

September 2020

ABSTRACT

Mental problems are common among medical school students, and these problems affect social and academic functionality. 1306 students studying in all classes at Gazi University Faculty of Medicine participated in this cross-sectional study. Sociodemographic data form, CES-Depression Scale, Perceived Stress Scale (PSS) and Maslach Burnout Inventory Student Scale (MTE-SS) were applied to the participants. 23.7% of the students stated that they used cigarettes, 31.4% used alcohol and 4.1% used substances. The most commonly used substance is cannabis (82%). 21.7% of the participants stated that they have applied to psychiatry before. The most frequent diagnoses were anxiety disorders (36.4%) and depressive disorders (30.8%). 8.3% of the participants stated that they used psychiatric medicine. Antidepressants constitute 87.8% of the drugs used. The mean score of the MTE-SS exhaustion subscale was $15.6 (\pm 4.8)$, the mean score of depersonalization was $10.4 (\pm 3.7)$, and the mean of the reduced efficacy subscale was $11.7 (\pm 3.3)$. While the CES- D average is $21.2 (\pm 11.5)$, the average of PSS is $28.3 (\pm 4.8)$. 64.2% of the students received over 16, which is the cutoff score of the CES-D scale. While women (10.0 ± 3.5) scored lower on MTE-SS depersonalization subscale than men (11.1 ± 3.8); women (11.6 ± 2.9) scored lower than men (12.0 ± 3.8) also in the reduced efficacy scale. In PSS, women (28.8 ± 7.9) scored more than men (27.5 ± 8.7). In the exhaustion subscale, 1st Grades (14.4 ± 4.4) scored significantly lower than the Grades 2 (16.1 ± 5.6), 3 (15.8 ± 4.4), 4 (16.9 ± 4.5) and 6 (17.0 ± 4.8). In the desensitization subscale, 1st Grades (9.6 ± 4.4) scored lower than the classes 2 (10.9 ± 3.8), 3 (10.6 ± 4.0), 5 (10.9 ± 3.5) and 6 (11.6 ± 3.6). In the reduced efficacy subscale, 1st (12.1 ± 3.0) and 5th Grades (12.1 ± 2.8) scored higher than 4th Grades (10.8 ± 2.6). On the CES-D scale, 4th grades (24.3 ± 11.9) had higher scores than 1 (20.5 ± 10.8) and 3rd grades (19.9 ± 10.3) had higher scores than 2nd grades ($20, 7 \pm 12.0$). In terms of PSS, 1st Grades (27.7 ± 7.9) scored lower than 4th Grades (30.4 ± 7.2). In the free expressions written by the students, the anxiety of practical and oral exams, the course load and the lack of social areas were emphasized. Consequently, stress, burnout and depressive symptoms are high in medical students, especially in 4th grade. It is considered important to raise awareness and plan preventive services on this issue.

Science Code : 1029

Key Words : Depression, Student, Stress, Medical Faculty, Burn-Out

Page Number : 88

Advisor : Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

TEŞEKKÜR

Tezimin oluşturulması ve yürütülmesi sürecinde desteğini, katkısını ve ilgisini esirgemeyen, olumlu bakış açısı ve akademik motivasyonunu örnek aldığım, doktora eğitimim boyunca her konuda bilgi ve birikimlerinden faydalandığım tez danışmanım Prof. Dr. Seçil ÖZKAN'a;

Doktora programına katılmamı teşvik ederek verdikleri değerli eğitimlerle Psikiyatriye Halk Sağlığı penceresinden bakmamı sağlayan hocalarım Prof. Dr. Sefer AYCAN, Prof. Dr. F. Nur B. AKSAKAL, Dr. Öğr. Üyesi Asiye UĞRAŞ DİKMEN'e;

Psikiyatri ve Halk Sağlığının kesişme alanlarında yürüttüğümüz ortak çalışmalarla akademik nosyonumu zenginleştiren değerli hocam Prof. Dr. Mustafa N. İLHAN'a;

Öğrencisi ve asistanı olmanın gururu yanında, öğretim üyesi olarak birlikte çalışma şansına eriştiğim, bu çalışmanın ve sonucunda ortaya çıkan GÜTF Öğrenci Psikososyal Destek Kurulu'nun oluşturulmasına öncülük eden, mesleki ve akademik yolumu ışığı ile aydınlatan değerli hocam Prof. Dr. Selçuk CANDANSAYAR'a;

Araştırmanın yürütülmesi ve çıktılarının paylaşılması sürecinde gösterdikleri duyarlılık ve açık fikirlilikle çalışmayı destekleyen GÜTF Dekanlığına, tüm eğitim koordinatörlerine ve GÜTF Öğrenci Psikososyal Destek Kurulu Üyelerine;

Sağlıklı ve keyifli bir tıp eğitimi geçirmelerine katkıda bulunması amaçlanan bu araştırmaya katılımları ve fikirleri ile destek veren Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin çok değerli öğrencileri, geleceğin hekimlerine

Teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Stres.....	3
2.1.1. Stresin tanımı	3
2.1.2. Stresin belirtileri.....	3
2.1.3. Stres nedenleri.....	5
2.1.4. Sağlık çalışanlarında stres	6
2.2. Tükenmişlik.....	7
2.2.1. Tükenmişliğin tanımı	7
2.2.2. Tükenmişliğe neden olan faktörler.....	8
2.2.3. Tükenmişliğin belirtileri.....	8
2.2.4. Tükenmişliğin sonuçları.....	9
2.2.5. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik	9
2.3. Depresyon	10
2.3.1. Depresyonun tanımı ve önemi	10
2.3.3. Depresyonun epidemiyolojisi.....	11
2.4. Tıp Fakültesi Eğitimi.....	11

	Sayfa
2.5. Tıp Fakóltesi Öğrencilerinin Ruh Sağlığı	13
2.5.1. Tıp fakóltesi öğrencilerinin ruh sağlığına etki eden faktörler	14
2.5.2. Ülkemizde tıp öğrencileri ile ilgili yapılan çalışmalar	15
2.5.3. Tıp Öğrencilerinin ruh sağlıklarının korunması için yapılması gerekenler	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.4.1. Bağımlı değişkenler	22
3.4.2. Bağımsız değişkenler	23
3.4.3. Tanımlayıcı diğer değişkenler.....	23
3.5. Veri toplama Araçları.....	24
3.5.1. Sosyodemografik veri formu	24
3.5.2. CES Depresyon Ölçeği	24
3.5.3. Algılanan Stres Ölçeği	24
3.5.4. Maslach Tükenmişlik Envanteri- öğrenci formu	25
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Verilerin Analizi.....	26
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	26
3.9. Araştırma Takvimi	27
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları	27
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	43
5.1. Sosyodemografik Değişkenler	43

	Sayfa
5.2. Psikiyatrik Başvuru ve Bilgi Düzeyi.....	45
5.3. Depresyon ve İlişkili Etmenler.....	47
5.4. Tükenmişlik ve İlişkili Etmenler.....	50
5.5. Stres ve İlişkili Etmenler.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	57
6.1. Sonuç.....	57
6.2. Öneriler	59
KAYNAKLAR	61
EKLER.....	75
EK-1. Etik Kurul Formu	76
EK-2. Onam Formu	78
EK-3. Anket Formu	81
ÖZGEÇMİŞ	86

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Ülkemizde tıp öğrencilerinin ruh sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalar	16
Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı	29
Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin ve ebeveynlerinin bazı tanımlayıcı özellikleri	30
Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin bağımlılık yapıcı madde kullanım durumları.....	31
Çizelge 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin psikiyatrik değişkenler açısından durumu	32
Çizelge 4.5. Araştırmaya katılan bireylerin MTE-ÖF, CES-D ve ASÖ ölçek puanları	33
Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre MTE-ÖF, CES-D ve ASÖ ölçek puanları	36
Çizelge 4.7. MTE-ÖF üzerine etkili risk faktörlerinin lineer regresyon analizi ile değerlendirilmesi	38
Çizelge 4.8. CES-D ölçeği üzerine etkili risk faktörlerinin multivariate logistik regresyon değerlendirilmesi.....	39
Çizelge 4.9. ASÖ üzerine etkili risk faktörlerinin lineer regresyon analizi ile değerlendirilmesi.....	39

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1. Sınıflara göre çalışmaya katılan öğrenci sayıları.....	22
Şekil 3.2. Sınıf mevcutlarına göre çalışmaya katılan öğrenci sayısı.....	22
Şekil 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin CES depresyon ölçeği kesim noktasına göre depresyon durumları	33



SİMGELER VE KISALTMALAR

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

Simgeler **Açıklamalar**

%	Yüzde
<	Küçük
>	Büyük

Kısaltmalar **Açıklamalar**

ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
BAB	Bipolar Affektif Bozukluk
CES-D	The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DEHB	Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
MTE-ÖF	Maslach Tükenmişlik Envanteri- Öğrenci Formu
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
UTEAK	Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı yalnızca hastalığın ve sakatlığın bulunmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda tam bir iyilik olarak tanımlamıştır. Ruhsal sorunlar sağlıklı bireyler için en az fiziksel hastalıklar kadar önem taşıdığı halde; çoğu zaman bu konu ile ilgili farkındalık ve tedavi arayışı daha az olmaktadır. Kişilerin kendilerinde gördükleri ruhsal sorunları günlük yaşamın normal akışı olarak kabul etmesi ya da psikiyatri başvurusu ile ilgili halen devam eden damgalama kaygıları buna etki eden faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kişiler günlük yaşamlarında beden ve ruh sağlığına etki edebilecek birçok etmenle karşılaşır. İş yaşamı da çalışan insanların günlerinin büyük bir bölümünü geçirdikleri alan olması açısından sağlıklarını birçok yönden etkiler. Sağlık sektörü; verilen hizmetin niteliği, sürekliliği, acil durumlar ve yaşamsal önem açısından diğer pek çok meslekten farklılık göstermektedir. Fiziksel yaralanmalar, bulaşıcı hastalıklar, kimyasal riskler ve radyasyon gibi birçok faktör sağlık çalışanlarının fiziksel sağlıkları için risk oluşturmaktadır [1]. Bununla birlikte; insan iletişimine dayanan, yoğun empati gerektiren bir iş alanı olmasından dolayı sağlık çalışanlarının ruh sağlığı da önemli ölçüde etkilenmektedir. Hekimler, karar verme yetkileri, taşıdığı sorumluluklar ve riskler açısından sağlık alanında en çok zorluk yaşayan meslek gruplarından. Depresyon, kaygı bozuklukları, intihar düşünceleri, alkol-madde bağımlılığı tükenmişlik, uyku sorunları gibi birçok ruhsal sorunların hekimlerde yaygın olarak gözlemlendiğini belirten çalışmalar bulunmaktadır [2]. Hekimlerde görülen ruhsal sorunların küresel bir kapsamda olduğu ve hemen her dönemde görülebildiği düşünülmektedir. İki bin yıl önce Atinalı bir doktor tarafından yazılan bir kitabede, hekimin başkalarına yardım etmeden önce kendine yardım etmesi ve zihnini iyileştirmesinin hekimlik görevlerinden olduğu belirtilmiştir (*“These are the duties of a physician. First to heal his mind and to give help to himself before giving help to anyone else.”*). 1964 yılında JAMA’da yayınlanan bir makalede, psikiyatri kliniğinde yatırılarak takip edilen 93 hekimin klinik izlemlerinden bahsedilmiş, hasta rolünü kabullenmede zorluk yaşamaları ve alkol-madde kullanımları tedavi sürecini zorlaştıran faktörler olarak değerlendirilmiştir [3]. 1988 tarihli bir makalede ise hekimlerin tüm yaş grupları ve her iki cinsiyet de olmak üzere meslek seçimlerinden dolayı pişman oldukları belirtilmiştir [4]. Büyük bir hızla ilerleyen bilimsel ve teknolojik gelişmelerle birlikte günümüzde artık hekimlerin sorumluluk alanları giderek artmakta, çalışma koşulları, hukuki süreçler, sağlıkta şiddet gibi yeni dönem sorunları ile

birlikte hekimlerin ruh sağlığına etki eden yeni stres faktörleri eklenmektedir. Tıp fakültesine ilk girilen günden itibaren tüm yaşam boyunca sürecek bu zorlu süreçte öğrencilik dönemi, ruhsal sorunlar konusunda farkındalık kazanma ve önleme çalışmaları açısından önem kazanmaktadır. Ruhsal sorunların yaygın olarak görüldüğü ergenlik ve genç erişkinlik döneminin, başlı başına kendine özgü risk faktörleri içeren tıp eğitimi dönemi ile birleşmesi, tıp öğrencilerini oldukça riskli bir popölasyon haline getirmektedir. Diğer fakültelere kıyasla tıp öğrencilerinin en yüksek düzeyde psikososyal stres yaşayan ve en az sosyal desteğe sahip olan öğrenci grubu olduğu, bunun da fiziksel ve ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu belirtilmiştir [5]. Tıp öğrencilerinde depresyon prevalansının %22 ila %49 [6], intihar düşüncesinin %11,2 [7], tükenmişliğin ise %45 ila %71 olduğu bildirilmektedir [8]. Bu yüksek yüzdelerle rağmen tıp öğrencileri psikiyatrik yardım alma konusunda açık ve istekli değildirler [9].

Hekimlerde yaygın olarak görülen ruhsal sorunların öğrencilik döneminde başladığını belirten çalışmalar düşünüldüğünde bu dönemde özellikle sorunlar henüz başlamadan önleyici çalışmaların yapılmasının koruyucu sağlık hizmeti olarak hem hekimlerin hem de hizmet verdiği kesim olan tüm toplumun sağlığı ile ilgili önemli bir halk sağlığı uygulaması olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada; tıp öğrencilerindeki stres, tükenmişlik ve depresif belirtilerin yaygınlığının saptanması ve bunlarla ilişkili olabilecek değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda bu alanda yapılandırılmış bir koruyucu ruh sağlığı hizmetinin planlanması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Stres

2.1.1. Stresin tanımı

Stres (zorlanma), günümüzde toplumun hemen hemen tüm kesimleri tarafından oldukça sık kullanılan bir kavramdır. Bu yaygın kullanım birçok farklı anlamın karşılığı olarak, kimi zaman da asıl içeriğinden çok daha farklı anlamlarda olmakta ve sonuçta bir kavram karmaşasında neden olmaktadır. Latince “estricia” sözcüğünden köken alan stres, ilk olarak 17. Yüzyılda felaket, musibet, elem, keder anlamında kullanılmıştır. 18 ve 19. Yüzyıllarda ise anlam daha çok nesnelere karşı uygulanan güç, baskı kavramlarına evrilmiştir [10]. Fizikçiler bu açıdan stresi maddenin kendi içinde olan güç ya da direnç olarak tanımlamışlardır [11]. Bunun dışında birçok farklı disiplin tarafından da ele alınan stresin bilimsel olarak ilk açıklamasını Macar bir endokrinolog olan Hans Selye; herhangi bir uyarana uyum sağlamak için organizmanın verdiği tepki olarak yapmıştır. Labaratuvar hayvanlarında yaptığı gözlemler sonucu stres kaynaklarına farelerin birbirinin aynı bir dizi tepki ile cevap verdiğini gözlemlemesi üzerine stres ve stresör tanımlamalarını getirmiştir. Bireyde özgül tepkilere neden olan çevresel tetikleyiciyi stresör, bireyin buna karşı oluşturduğu tepkiyi de stres olarak adlandırmıştır. Stres yaşamı devam ettirmek için gerekli ve beklenen bir süreçtir ancak neden olduğu yapısal değişiklikler (distress) uzun vadede bazı hastalıklarla ilişkili olabilir [10]. Günümüzde yaygın olarak kabul gören Iwanchevich, Gibson ve Donnelly’nin tanımlarına göre stres; fiziksel ya da psikolojik olarak etki eden içsel ya da dışsal bir uyarana organizmanın gösterdiği uyumsal bir tepki olup bireylerarası farklılıklar gösterebilir [12]. Cüceloğlu; Selye’nin çalışmalarından hareketle stresi, “bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayret” olarak tanımlamıştır [13].

2.1.2. Stresin belirtileri

Stres her ne kadar organizmanın uyarıcıya karşı gösterdiği uyum sağlama yanıtı olsa da özellikle uzamış stresin insan sağlığına olumsuz etkileri olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir [14]. Stresle karşılaşan birey, buna cevap olarak kendi biyolojik ya da sosyal özelliklerine göre değişebilen bir takım nörobiyopsikolojik tepkiler gösterir [15]. Selye, stresin

beden üzerine olan etkilerini “Genel Adaptasyon Sendromu” olarak tanımlamıştır. Buna göre alarm, direnme ve tükenme olarak üç aşamada organizma strese tepki verir.

Alarm dönemi

Alarm döneminde kaç ya da savaş tepkisi belirgindir. Stres sonucu korteksin uyarılmasının ardından hipotalamohipofizer aksın devreye girmesi ile adrenalin ve kortizol salınımı olur. Sonuç olarak sempatik sinir sistemi aktifleşir. Taşikardi, takipne, kan basıncının artması ve mide asidinin artması gibi fizyolojik değişimler olur.

Direnme dönemi

Bunu izleyen direnme aşamasında bireyin stresle mücadelesi hakimdir. Parasempatik sinir sistemi devreye girerek alarm döneminde kaybedilen enerji yerine koymaya çalışılır. Fizyolojik belirtiler normale döner. Bu dönemde gösterilen dirençte alarm döneminin aksine bireylerarası farklılıklar vardır. Genetik, çevresel etkenler ve geçmiş yaşantılar bu dönemde verilen yanıtı etkiler. Organizma kendini başlangıçtaki duruma getirmeye çalışır. Stres kaynağına uyum sağlanırsa her şey normale döner. Ancak bu gerçekleşmez ve stres faktörü organizmanın direncini aşacak ölçüde uzun sürerse artık tükenme dönemine girilir.

Tükenme dönemi

Halen parasempatik sistem devrede ancak fiziksel kaynaklar tükenmiştir. Uzun süre yüksek kalan stres hormonları nedeniyle vücutta bazı değişimler olur. Kalp damar hastalıkları, mide sorunları, bağışıklığın baskılanması gibi fiziksel sorunların yanı sıra psikolojik sorunlar da eklenir ve kişi stresle mücadele edemediği gibi yeni stres kaynaklarına da dayanıksız hale gelir [16].

Stresin fiziksel belirtileri [17]:

- İştahsızlık, kilo kaybı, zayıflık ya da stresle karşılaştığında aşırı yeme davranışı
- Kronik baş ağrısı, migren, bel ve sırt ağrıları
- Yorgunluk, halsizlik, enerji kaybı
- Uyku bozuklukları
- İshal ya da kabızlık

- Ülser
- Yüksek tansiyon, taşikardi, kalp damar sisteminde sorunlar
- Çene kasılması ya da diş gıcırdatma

Stresin duygusal belirtileri:

- Kaygı, endişe
- Depresyon
- Öz güven azalması ve güvensizlik hissi
- Ruh halinin sık ve çabuk değişmesi
- Hassasiyet, sık ağlama
- Gerginlik, sinirlilik, saldırganlık

Stresin zihinsel belirtileri:

- Unutkanlık, zihin bulanıklığı
- Dikkat ve konsantrasyon sorunları
- Sık hata yapma
- İşlevsellikte bozulma

Stresin sosyal belirtileri:

- İnsanlara karşı güvensizlik
- Sosyal içe çekilme
- İletişim sorunları

2.1.3. Stres nedenleri

Bireysel stres faktörleri

Stres kaynağı aynı olsa da etkilenen bireylerin etkilenme şiddeti ve verdikleri tepkiler birbirinden farklı olabilir. Bunda kişilerin bireysel özellikleri rol oynamaktadır. Cinsiyet, başarıya odaklanma, kolay incinebilirlik, içe dönüklük ya da dışa dönüklük gibi özellikler kişilerarası farklılıklar gösterebildiği gibi bazı kişilik özelliklerinin de stresle ilişkisi

üzerinde çalışılmıştır. Özellikle “A tipi kişilik” olarak bilinen rekabeti seven, başarıya odaklı, sabırsız, hızlı hareket eden kişilerin strese daha yatkın oldukları belirtilmektedir [11].

Çevresel stres faktörleri

Sosyal ve kültürel değişimler, ilerleyen teknolojik gelişime uyum sağlayamama, ekonomik zorluklar, politik ve siyasi çatışmalar, ev ve aile yaşamındaki sorunlar, kişilerarası iletişim problemleri başlıca çevresel stres faktörlerindendir [11,16].

İş yaşamı ile ilgili stres faktörleri

Erişkin yaşta, çalışan bir insanın bir gününün neredeyse yarıya yakını iş ortamında geçer. Bu nedenle iş yaşamındaki birçok faktör strese neden olabilir ve sonuçta dikkati ve performansı etkileyerek verimliliği azaltabilir. İş yerindeki stresle ilgili en önemli neden niteliksel ya da niceliksel olarak tanımlanabilen iş yükü fazlalığıdır [18]. İşle ilgili fiziksel ve çevresel koşullar, işini kaybetme korkusu, iş yeri ile ilgili sağlık riskleri [19], rol karmaşası, engellenme, sorumlulukların yarattığı endişeler de işle ilgili diğer stres faktörlerindendir [12].

2.1.4. Sağlık çalışanlarında stres

Sağlık çalışanları hem fiziksel hem de ruhsal olarak yoğun emek gerektiren bir meslek grubudur. Fiziksel yaralanmalar, bulaşıcı hastalıklar, vardiyalı çalışma, icap nöbetleri, şiddet gibi birçok stres faktörüne yoğun olarak maruz kalan sağlık çalışanları stresin getirdiği birçok sonuçla da sıkça karşılaşır [20]. Uyku sorunları, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyon sorunları ve buna bağlı kazalar, yaralanmalar, obezite, psikiyatrik hastalıklar, bazı kanser türleri ve tükenmişlik bunlardan sadece birkaçıdır [21-23]. Sağlık çalışanlarındaki stresin iş doyumu, üretkenlik ve kuruma bağlılığı olumsuz etkilediği, hastalık ve işe devamsızlıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir [24]. Sağlık çalışanlarındaki stresi diğer meslek gruplarından özellikle kılan en önemli faktör bu meslek grubunun iş çıktısının diğer insanların sağlığı olmasıdır. Sağlık çalışanlarının yaşadığı strese bağlı olan iş performansındaki azalma, hastalarına zarar verme riskini taşımaktadır. Ek olarak iş alanlarında çok sık olarak empati göstermesi gereken sağlık çalışanlarındaki stres, hastaların moralini de olumsuz etkileyerek iyileşme sürecini uzatabilir [25].

2.2. Tükenmişlik

2.2.1. Tükenmişliğin tanımı

Tükenmişlik sözcüğü İngilizce “burnout” tan türemiştir. Mumun yanarak ışığının tükenmesi anlamına gelen sözcük insanlarda da kapasitelerin azalması ve enerjinin bitmesi anlamında kullanılmaktadır [26]. 1974 yılında Freudenberger tarafından ilk kez tanımlanan bu kavram strese maruz kalan kişilerin yıpranmaları, enerji ve güçlerinin azalması neticesinde iç kaynaklarının tükenmesi olarak açıklanmıştır. Geliştirdiği araçların günümüzde hala tükenmişliği ölçmede kullanıldığı sosyal psikolog Maslach tükenmişliği “işinden dolayı yoğun duygusal isteklerle karşı karşıya kalan ve her zaman diğer insanlarla birebir ve yüz yüze çalışan bireylerde gözlenen fiziksel yorgunluk, uzun süren bitkinlik ve çaresizliklerin yapılan iş ve hayata karşı olumsuz olarak yansması” şeklinde tanımlamıştır [27].

Maslach tükenmişliği üç alanda; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliği olarak ele almıştır.

Duygusal tükenme

Duygusal tükenme stresle en çok ilişkili alandır, duygusal gücün ve enerjinin bitmesi olarak açıklanmıştır. Bu noktada kişi işe gitmekle ilgili ciddi ölçüde kaygı ve huzursuzluk yaşar.

Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma alanı daha çok davranış boyutundadır ve kişinin hizmet verdiği bireylerin özelliklerine dikkat etmeden, onların bir birey olduğunu önemsemeden yaptığı umarsızca tutum ve davranışlardır [28]. Bu aslında tükenme dönemindeki birey için bir savunma mekanizması olarak işlev görür. Karşıdaki kişiyle arasına mesafe koyarak, emosyonlardan uzak bir ilişki kurarak kişi kendini psikolojik olarak korumaya çalışmaktadır [29].

Kişisel başarı eksikliği

Üçüncü alan olan kişisel başarı eksikliği; kişinin işi ile ilgili kendi hakkındaki olumsuz düşünceleridir. İlk iki aşamada duygusal kaynakları tükenen, enerjisi azalan ve insanlarla arasına mesafe koyan kişi sonuçta yaptığı işten keyif alamamaya başlar, iş doyumunu azalır ve

benlik saygısı düşer. Kendini başarısız ve yetersiz gören kişinin işle ilgili motivasyonu düşer, daha iyi olmak için çaba sarf etmez [30].

Tükenmişlik iş stresi ile yakından ilişkilidir. Uzun çalışma saatleri, ağır iş yükü, rol karmaşası, olumsuz kişilerarası ilişkiler gibi iş stresinin yoğun olduğu durumlarda tükenmişlik riski de artmaktadır [31]. Ayrıca bireysel olarak da mükemmeliyetçi ve idealist kişilerde kendilerini işlerine fazlasıyla adanmaları ve yaptıkları fedakarlıklarla ilişkili olarak tükenmişlik riski fazladır [32].

2.2.2. Tükenmişliğe neden olan faktörler

Cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma süresi gibi değişkenler tükenmişliği etkileyen bireysel faktörlerdendir [33]. Çalışmalarda kadınların kişisel başarı eksikliği alanında erkeklerin ise duyarsızlaşma alanında daha fazla tükenmişlik yaşadığı belirtilmektedir [34]. Medeni durum açısından tükenme için en riskli grup bekarlar, sonra boşanmış olanlar en avantajlı grup ise evlilerdir [32]. Çocuk sahibi olmak da tükenmişlik açısından çocuğu olmayanlara göre koruyucu bir faktör olarak bildirilmiştir [35]. Eğitim seviyesinin artması ile birlikte tükenmişlik riski de artar [32]. Ayrıca güçsüzlük, profesyonel kimlik sorunları, sınır karmaşası, kişinin kendi psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarına önem vermemesi ve sosyal izolasyon da yine bireysel açıdan tükenmişliği etkileyebilir [36]. Kişilik ve mizacın da tükenmişliği etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin A tipi kişiliklerin tükenmişlik açısından riskli olduğu belirtilmektedir [37] ancak tükenmişliği değerlendirirken kişinin kişilik özelliklerinden çok çalışma ortamı ile ilgili koşulların asıl etken olduğunun altı çizilmektedir [38]. Çevresel faktörlerden ise özellikle iş yeri ile ilgili özellikler, aşırı iş yükü, motivasyon eksikliği, kişiler arası iletişim, değer çatışmaları ve adaletsizlik tükenmişlikle ilişkilidir [39]. Çalışma saatlerinin kapasitenin üzerinde olması, molalar ve tatil için yeterli vakit ayrılmaması, pozitif geri bildirim eksikliği de tükenmişliği arttırmaktadır [40].

2.2.3. Tükenmişliğin belirtileri

Tükenmişlik belirtileri yavaş ve uzun bir süreçte ortaya çıkar. Bu nedenle belirtilerin erken fark edilmesi ve önlem alınması önemlidir. Tükenmişlik belirtileri fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtileri olarak üç grupta incelenmektedir.

Fiziksel belirtiler

Fiziksel belirtiler ilk olarak yorgunluk, halsizlik, baş ağrısı ve uyku sorunları gibi hafif belirtilerle başlar. İlerleyen dönemde bağışıklığın baskılanmasına bağlı gelişen enfeksiyonlar, yüksek tansiyon, kalp hızında artış, kas gerilmeleri, mide bağırsak hastalıkları, kilo alma ya da verme, genel vücut ağrıları görülür.

Psikolojik belirtiler

Psikolojik belirtiler gerginlik, huzursuzluk, depresyon, sinirlilik, düşmanca duygular, sabırsızlık, özgüvende azalma, çaresizlik ve değersizlik düşünceleri, aile içi sorunlar şeklinde ortaya çıkabilir. Tüm bunlar iş motivasyonunda azalma ve işe gitmek istememeye neden olabilir.

Davranışsal belirtiler

Davranışsal belirtiler hafıza ve konsantrasyon sorunları, öfke patlamaları, aile içi kavgalar, sık ağlama, yavaş çalışma, işle ilgili hatalar yapma, işe geç kalma ya da devamsızlık yapma şeklinde sıralanabilir ve bunlar diğer belirtilere oranla başkaları tarafından daha kolay fark edilirler [41].

2.2.4. Tükenmişliğin sonuçları

Fiziksel ve ruhsal sağlığı önemli derecede etkilenen bireyin iş performansının etkilenmesi kaçınılmazdır. Dolayısıyla başta bireysel düzeyde görülen etkilenim örgütsel boyuta da ulaşabilmektedir. Ruhsal olarak etkilenmiş kişinin bu durumu aileye de yansıyabilir. İş yerinde fazlasıyla yorulan kişinin ailesine zamana ayırması zorlaşmakta bu da aile içi sorunlara ve çatışmalara neden olabilmektedir [42]. Tükenmişlik nedeniyle iş performansı azalan kişinin gösterdiği hizmet kalitesinde azalma, işteki devamsızlıklar ve hatalar, tükenmenin duyarsızlaşma boyutunda sergilenen hizmet verdiği kişilere karşı olan saygısız ya da duyarsız davranışlar çalışılan kurum açısından da önemli dezavantajlara neden olur [43].

2.2.5. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik

Sağlık çalışanları yoğun iş yükü, vardiyalı çalışma, gece çalışma, uykusuzluk gibi nedenlerden ötürü tükenmişlik açısından en riski meslek gruplarından. Ek olarak çalışma sırasında yoğun empati gerektiren bir meslek olması nedeniyle de tükenmişliğe yatkınlık oluşturmaktadır.

Çalışmalarda sağlık çalışanlarında tükenmişlik riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir. Doktorlarda tükenmişlik sendromunun mesleki ve sosyal işlevsellikte bozulma, alkol kullanımı ve intihar girişimleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur [44,45]. Sağlık çalışanlarının hizmet verdiği kesim dikkate alınır; tükenmişliğin hem hasta hem de toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceğini söylemek güç değildir [46]. Tükenmişlik yaşayan hekimlerin tedavi ettiği hastalarda iyileşme süresinin uzadığı bir çalışmada belirtilmiştir [47]. Tükenmişlik ekip çalışmasını da olumsuz etkiler, iş yerinde çatışmalara neden olabilir [35]. Tükenmişlik aynı zamanda malpraktis davaları ile de ilişkili bulunmuştur [48].

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyonun tanımı ve önemi

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı - 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5, DSM 5)'e göre majör depresyon, en az iki hafta süresince çökkün duygudurum, aktivitelere ilgide azalma ya da zevk almama, enerji azlığı, iştahta azalma ya da artma, uyku miktarında azalma ya da artma, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, değersizlik ya da suçluluk düşünceleri, dikkatte azalma ya da kararsızlık, tekrarlayıcı özkıyım düşünceleri ya da girişimi belirtilerinden beşi ya da daha fazlasının bulunması (bu belirtilerden en az birinin çökkün duygudurum ya da zevk almama olması) ve önceki işlevsellik düzeyinde azalma olması ile karakterize bir hastalıktır [49]. Depresyon sık görülmesi ve işlevsellikte bozulmaya yol açması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Depresif bozukluklar tüm dünyada engellilikle geçen yıllara en çok neden olan ikinci hastalıktır [50,51]. İntihar ve inme sonucu gerçekleşen ölümler göz önüne alındığında; depresyon en yüksek hastalık yüküne sahip üçüncü hastalık olup 2030' da ilk sıraya yükseleceği tahmin edilmektedir [52].

2.3.2. Depresyonun etyolojisi

Etyolojide biyolojik, genetik ve çevresel etkenlerin rolü olup bu etkenler sürekli olarak birbirleri ile etkileşim halindedir. Depresyonda izlenen yapısal ve işlevsel birtakım değişikliklerin genetik ve çevresel faktörler sonucu oluştukları düşünülmektedir [53]. Psikososyal stresörlerin, psikodinamik süreçlerin, erken dönem bağlanma sorunlarının, kişilerarası etkenlerin ya da bireysel bazı davranış ve bilişlerin de depresyon gelişiminde rol oynadığı öne sürülmektedir [54].

2.3.3. Depresyonun epidemiyolojisi

Tüm dünyada depresyon prevalansı 2015 yılında %4,4 olarak bildirilmiştir [55]. Depresyon kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmekte olup yıllık prevalansı kadınlarda %5,5 erkeklerde ise %3,2 olarak bildirmekte; kadınlarda 1,7 kat daha fazla olduğu bilinmektedir [50,56]. Depresyon her yaşta görülebilmekle birlikte genel olarak orta yaş hastalığı olarak bilinmektedir. Başlangıç yaşı olarak genellikle 20'li yaşların sonları bildirilmektedir. Tekrarlayıcı majör depresyonun başlangıç yaşı ise 30-35'tir. Depresyon prevalansı geç erişkin dönemde pik yapar (55-74 yaş arası kadınlarda %7,5 erkeklerde ise %5,5). Dünyada 322 milyon insan depresyonla yaşamaktadır. Bunların yarısının Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgelerinde olduğu söylenmektedir. 2005 ve 2015 yılları arasında depresyon görülme oranında %18,4'lük bir artış olmuştur [55].

Başlangıç yaşı erken olan hastalarda depresif belirtilerin sıklığının ve şiddetinin fazla, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin düşük, fiziksel ve psikiyatrik komorbiditelerle intihar girişimlerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir [54]. Bu nedenle koruyucu ruh sağlığı uygulamaları ile erken tanı uzun vadede önem kazanmaktadır.

Ülkemizdeki verilere bakılacak olursa; Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'na göre ülkemizde depresyonun yıllık yaygınlığı %4, sağlık ocaklarına başvuran bireylerde depresyon oranı ise %20'dir [57]. Depresyonun neden olduğu en önemli faktörlerden biri de intihardır. İntiharların %50-70'inin depresyon nedeniyle gerçekleştiği belirtilmektedir. 2015 yılında 788000 kişi intihar nedeniyle yaşamını kaybetmiş olup global ölüm nedenlerine bakıldığında intihar %1,5'lik görülme oranı ile ilk 20 hastalık arasındadır [55].

2.4. Tıp Fakültesi Eğitimi

Tıp eğitimi, öğrencinin fakülteye geldiği ilk günden mesleki yaşamın sonuna kadar neredeyse yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Tıpkı mezuniyetlerinin üzerinden uzun zaman geçmiş doktorlar gibi; bugünün öğrencileri de meslek yaşamları boyunca tıp uygulamaları ve sağlık hizmetlerinde hayal edilemeyecek değişimler yaşayacaklardır. Bu değişimler bilim ve teknolojiye gelişmeleri olduğu kadar dönemin halk sağlığı sorunları ve yeni sağlık önceliklerini takiben ortaya çıkacaktır. Zaman içinde geleneksel doktor rolü değişmiş, sağlık hizmetleri yalnızca- hekim hasta ilişkisinden, hastanın tedavi ekibinin tümü ile etkileşim

kurduğu bir modele evrilmiştir. Hekimin bu ekibin diğer üyelerinden farkı; belirsiz ve karmaşık klinik koşullarda dahi nihai kesin kararlar verebilmek için gerekli yeterlilik ve sorumluluğa sahip olması gerektiğidir. Hekim bu kararları kendi bilimsel ve klinik bilgi ve deneyimlerine dayanarak vermektedir ki buna da kuşkusuz nitelikli bir tıp eğitimi sonucunda ulaşılabilir. Yaşam boyu süren tıp eğitiminin çeşitli aşamaları farklı öğrenme hedefleri ve sorumluluklar içermektedir. Örneğin lisans eğitimi sürecindeki tıp öğrencisi hastalıkların oluş mekanizmalarını, bilimsel yaklaşımları ya da “öğrenmeyi öğrenirken”; ilerleyen uzmanlık yaşamında gelişmiş profesyonel yaklaşımlar, yeni bilgi ve gelişmelerin harmanlanması, “öğretmeyi öğrenme” temel öğrenim hedeflerini oluşturabilmektedir [58].

Tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat’tan bu yana hem hekimlik anlayışında hem de buna bağlı olarak tıp eğitiminde oldukça farklı değişim ve gelişimler yaşanmıştır. “Hekimliğin bulgusal dönemi (antite morbid)” olarak adlandırılan her belirtinin farklı hastalık olarak değerlendirildiği, neden-sonuç ilişkisinin henüz bilinmediği dönem Hipokrat’la başlayıp 19. Yüzyılın sonunda dek sürmüştür. Bu dönemde Pasteur’ün mikroorganizmaları hastalık etkeni olarak belirlmesi ile “hekimliğin laboratuvar dönemi” başlamıştır. “Hekimliğin klinik döneminde” tedavi edici uygulamalar ön plandayken 1950li yıllarla birlikte “hekimliğin halk sağlığı dönemi” başlamış ve çağdaş hekimlik anlayışı gelişmiştir. Yalnız hastayı değil sosyal ve fiziki çevresini de ele alan bu anlayışta hastalanmadan önce de sağlık hizmetlerinin verilmesi gerektiğini savunan; koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon çalışmalarını bir bütün olarak sağlık hizmetlerine entegre eden bir sistem geliştirilmiştir.

Bu hekimlik dönemleri ile paralel olarak tıp eğitiminde de değişimler olmuştur. Orta çağdan başlayarak görerek öğrenmenin esas alındığı “usta- çırak eğitimi” 1910’da “Flexner dönemi” ile son bulmuş bu dönemde biyomedikal yaklaşımlar ağırlık kazanmıştır. Tıp öğrencilerinin fizik kimya ve biyoloji alanında sistematik bir eğitim almaları gerektiği vurgulanmış ve Flexner modeli oluşturulmuştur. Temel ve klinik bilimler arasında belirgin bir ayırımın olduğu bu modelde öğrencilere büyük gruplar halinde didaktik eğitimler verilir ve eğitici bilginin temel kaynağıdır [59]. 1988’de yayınlanan Edinburg bildirgesinde tıp eğitiminin amacı tüm bireyler için sağlığın gelişimini sağlayacak hekimler yetiştirmek olarak tanımlanmıştır. Hekimlerin dikkatli bir dinleyici, gözlemci ve duyarlı bir iletişimci ve etkin bir klinisyen olarak yetişmeleri beklenmektedir. Ayrıca öğretici merkezli pasif eğitimden öğrenen merkezli aktif eğitime geçilmesi gerektiği, eğitimin hem mesleki hem de sosyal anlamda öğrenciyi geliştirmesi gerektiği, öğretim elemanlarının da kendi klinik alanları haricinde eğitici vasıflarının da

iyileştirilmesi gerektiği bildirilmiştir [60]. 1993'te yapılan Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi'nde de tıp fakültelerinin ülkenin sağlık durumu ve alt yapı olanaklarına uygun olarak planlanması gerektiği belirtilmiştir [61]. Tıp eğitimi için önemli olan bu iki bildirgeye rağmen dünyada olduğu gibi ülkemizde de tıp eğitiminde bazı sorunlar yaşanmaktadır. 2001 yılında oluşturulan Ulusal Çekirdek Eğitim programı ve 2008'de kurulan Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) ile tıp eğitiminin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi ile ulusal ve uluslararası alanda standardize edilmesi çalışmaları devam etmektedir [62,63].

Tıp eğitimi süre ve uygulama açısından farklılıklar göstermektedir. Örneğin Belçika'da tıp eğitimi ilk 3,5 yıl temel bilimler, iki yıl preklinik ve son üç yıl da klinik bilimler olmak üzere toplam 7,5 yıl sürmektedir. Hollanda'da 4 yıl preklinik ve 2 yıl klinik olarak 6 yıl; Almanya'da ise ülkemize benzer şekilde üç yıl temel, iki yıl klinik ve son yıl pratik uygulamaların yer aldığı tıp eğitimi 6 yıl sürmektedir [64].

2.5. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruh Sağlığı

Öğrencilik dönemi birçok kişi için stres ve kaygı nedeni olabilen bir dönemdir. Tıp fakültesi ise diğerlerinden farklı olarak süresi, ders yoğunluğu, sınav stresi ve tıpta uzmanlık sınavının yarattığı kaygı nedeniyle öğrenciler için oldukça zorlu bir süreçtir. Bir çalışmaya göre; diğer fakültelerle karşılaştırıldığında tıp öğrencileri en yüksek düzeyde psikososyal stres yaşayan ve en az sosyal desteğe sahip olan öğrenci grubu olarak bulunmuştur. Bunun da fiziksel ve ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu aynı çalışmada belirtilmiştir [5]. Üniversite eğitimine yeni başladıkları dönemde tıp öğrencileri ile diğer üniversite öğrencileri arasında fark yokken özellikle 2 ve 3. Sınıflarda tıp öğrencilerinin daha stresli, yaşamlarından daha az memnun ve daha depresif olduğu bulunmuştur [65]. Aynı yaş kohortundaki genel popülasyona oranla tıp öğrencilerinde belirgin derecede yüksek depresyon prevalansı mevcuttur [66]. Depresyon oranının tıp öğrencilerinde %22 ila %49 olduğu, en yüksek oranın kadın cinsiyette ve azınlık gruplarında olduğu bildirilmektedir [67,68]. Literatürde tıp öğrencilerinin birçok stres faktörü yaşadığı ve buna bağlı psikososyal sağlıklarının olumsuz etkilendiği ile ilgili sayısız çalışma bulunmaktadır [69]. Tıp fakültesi öğrencilerinde ruhsal sıkıntı, anksiyete, depresyon, intihar girişimi ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir [70]. Çok merkezli bir çalışmada son yıl içinde intihar düşüncesi olan tıp öğrencilerinin oranının %11,2 olduğu bildirilmiştir [7]. İntihar düşüncesi ve depresif belirtilerin hekimlerde görülen intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlara neden olduğu üzücü gerçeği akılda tutulmalıdır [71]. Hekimlerde yüksek oranda

görülen depresyon, tükenmişlik ve intihar girişimleri [72,73] ve tıp öğrencilerinin geleceğin doktorları olduğu düşünüldüğünde bu durum farkındalık sağlanması ve erken müdahale planlarının oluşturulması açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yüksek oranlara rağmen tıp öğrencileri psikiyatrik yardım alma konusunda açık ve istekli değildirler [9]. Genel olarak doktorlarda da “hasta rolü”nü benimsemekle ilgili zorluklar vardır [74]. Sağlıkla ilgili bir sorun olduğunda doktorlar rutin bir sağlık kuruluşu başvurusu yerine arkadaşlarından ya da ailelerindeki bir doktordan fikir alma gibi yolları denemektedir. Çoğu zamanda bunların hiçbiri olmadan doktorlar kendi hastalıklarını kendileri araştırma, tetkik etme ve tedavi etme yoluna giderler. Bu durum da aslında yeterli ve yapılandırılmış bir sağlık hizmeti alma konusunda dezavantaj oluşturmaktadır [75,76]. Çoğu doktor birinci basamak bir sağlık kuruluşuna kayıtlı olmasına karşın; bu kuruluşlara başvuru oranları çok düşüktür [77]. Bu durumun doğru olmadığı, doktorlar ve ailelerinin bağımsız sağlık kuruluşları ve hekimlerce takip ve tedavilerinin yapılması gerektiği bazı tıp otoriteleri tarafından bildirilmiştir [78,79]. Benzer davranış paterni tıp öğrencilerinde de üst sınıflardan itibaren gözlenmektedir [80].

2.5.1. Tıp fakültesi öğrencilerinin ruh sağlığına etki eden faktörler

Tıp fakültesi birçok açıdan yorucu ve stresli bir süreçtir. İlk yıllarda emosyonel sorunlar stres faktörü olarak öne çıkmaktayken, ilerleyen yıllarda akademik kaygılar daha baskın hale gelir [81]. Ortak stres faktörleri akademik performans kaygıları, klinik sorumluluklar, hasta, hasta yakını ve fakülte ile kurulan iletişimde zorluklar, kişisel yaşam sorunları ve profesyonel kimlik geliştirme çabalarını içermektedir [82]. Anatomi laboratuvarında kadavra disseksiyonunda bulunmak öğrencilerin yarısından çoğunda stres veren bir deneyim olarak belirtilmiştir. Yetersiz eğitim öğretim olanakları, vaka çeşitliliğinin azlığı, destekleyici ortamın yetersizliği, rotasyonların organizasyonundaki sorunlar ve fakültenin diğer elemanları ile iletişim sorunları da tıp öğrencilerinin yaşadığı stresörlerdendir [83,84]. Eğitimleri sırasında para kazanmak için çalışmak zorunda olan öğrencilerde tükenmişlik riski daha yüksektir [85].

Uzun eğitim süresi, sınavlar gibi ortak faktörlerin yanı sıra tıp fakültesi hasta ve yakınları ile iletişim, ölüm ya da sakatlıklara tanık olma empati vb. faktörler açısından diğer bölümlerden farklılık göstermektedir. Sık sık ölüm ya da kazalara tanık olma öğrencilerin savunmasız, incinebilir olma düşüncelerini güçlendirmektedir. Hastanın yerine kendini koyma şeklinde olan empatinin aşırıya kaçması da ruhsal sıkıntı ve tükenmişliğe neden olabilmektedir [86]. Tıp öğrencilerinde hekimliğin ilk yıllarında görülen tıbbın her şeyi iyileştirebileceğine dair olan

gerçekçi olmayan beklenti ile şekillenen aşırı sorumluluk hissi yine tükenmişlik için bir risk faktörüdür [87]. Önceden yaşanan ya da halihazırda var olan sorunlar ile kişilik özellikleri bireysel faktörleri oluştururken [88] negatif yaşam olayları [89] ve tıp okumanın getirdiği stres [90] tükenmişlikle ilgili çevresel faktörlerdendir. Ülkemize özgü faktörler ele alındığında; öncelikli olarak tıp fakültelerine verilen öğrenci kontenjan sayısını fazlalığı göze çarpmaktadır. Yüksek öğrenci sayıları ilk üç sınıftaki amfi derslerinde kalabalığa neden olmaktaysa da 4. Sınıftaki klinik stajlara geçilmesi ile birlikte pratik dersleri ve birebir hasta muayenelerini belirgin olarak zorlaştırmaktadır. Bu durum hem eğitimin kalitesini azaltmakta hem de öğrenci-öğretim üyesi ilişkisini sınırlandırmaktadır. Diğer yandan öğrencileri tıp fakültesi eğitimleri boyunca etkileyen iki önemli durumdan biri mecburi hizmet diğer ise tıpta uzmanlık sınavı kaygısıdır. Öğrenciler bir taraftan mecburi hizmette çalışabilmek için gerekli temel tıp bilgileri ve pratisyen hekim nosyonunu oluşturmaya çalışırken; diğer taraftan neredeyse tıp fakültesinin ilk yıllarından itibaren adeta bir yarış haline dönen uzmanlık sınavını kazanabilmek için dershanelere gitmektedir. Dolayısıyla öğrencilerin üzerindeki belirgin iş yükü birçok farklı stresöre neden olup ruh sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Ek olarak bu artmış iş yükü sadece öğrencileri değil öğretim üyelerini de olumsuz etkilemektedir. Tıp fakültelerinde çalışan araştırma görevlileri ve öğretim üyeleri, öğrenci eğitimi görevlerine ek olarak hasta muayene ve tedavileri açısından da yoğun bir iş yükü ile karşı karşıyadır. Sevk sitemindeki sorunlar sonucu üniversite hastanelerinde giderek artan hasta yoğunluğunun yanı sıra; hekimlerin baktıkları hasta sayısı ile orantılı olarak gelir elde ettikleri performans sistemi, öğretim üyesinin tedavi edici ve eğitici nitelikleri arasında ikilem yaşaması ve zorlanmasına neden olmaktadır.

2.5.2. Ülkemizde tıp öğrencileri ile ilgili yapılan çalışmalar

Ülkemizde bu alanda genellikle kesitsel özellikte yapılan çalışmalar incelendiğinde tıp öğrencilerinde depresyonun %10 ila 40' lık bir prevalans ile önemli yer tuttuğu görülmektedir. Kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, yurtdışı yaşamak, sigara kullanımı ve şiddete maruz kalmanın ruh sağlığı üzerinde olumsuz etki yarattığı çalışmalarda belirtilmektedir. Birinci ve altıncı sınıflarda depresyon ve kaygı düzeylerinin yüksek olması bu sınıflarda koruyucu önlemlerin önemine dikkat çekmektedir. Tıp fakültesinin başlangıcı ile mezuniyet dönemleri arasındaki değişkenlerin incelenmesi ve hatta mezuniyet sonrası ruh sağlığı ile ilgili bilgi edinilmesi için prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalar Çizelge 2.1.'de özetlenmiştir [91-104].

Çizelge 2.1. Ülkemizde tıp öğrencilerinin ruh sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalar

Yazar, tarih	Üniversite	Örneklem	Katılımcı sayısı	Ölçek	Sonuç
Güleç, 2005	GATA	Tüm sınıflar	690	BDÖ	%34,7 oranında depresyon Sigara içenlerde depresyon daha fazla
Yeniçeri, 2007	Dokuz Eylül Üniversitesi	6. sınıf	55	STAI TX-2 Mesleki Kaygı Anketi	%68,4 orta, %4 yüksek düzeyde kaygı En sık kaygı nedeni TUS
Canbaz, 2007	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	6. sınıf	168	BAÖ	Katılımcıların yarısında gelecek kaygısı var, bunun da yarısı TUS ile ilgili Kadınlarda daha yüksek anksiyete puanları
Kaya, 2007	İnönü Üniversitesi	Belirtilme miş	352	BDÖ SBTÖ	%21,8 oranında depresyon Büyük yaş ve düşük gelir depresyonla ilişkili
Aktekin, 2008	Akdeniz Üniversitesi	1 ve 2. sınıflar	119	BDÖ	1.sınıftan 2. Sınıfa geçildiğinde depresyon puanı artıyor
Kutlu, 2009	Selçuk Üniversitesi	1.sınıf 6. sınıf	242	BDÖ	%13,2 oranında depresyon
Mayda, 2009	Düzce Üniversitesi	Tüm sınıflar	202	BDÖ	%18,2 oranında depresyon Birinci sınıf, kadın cinsiyet ve şiddet yaşayanlarda depresyon daha fazla
Karaoğlu, 2010	Selçuk Üniversitesi	1 ve 2. sınıflar	290	HADS	%29,3 oranında depresyon %20,3 oranında anksiyete İkinci sınıf, erkek cinsiyet, düşük gelir depresyonla ilişkili
Naçar, 2012	Erciyes Üniversitesi	1ve 2. sınıflar	264	MTÖ	Stres yönetimi eğitimi tıp öğrencilerinde tükenmişliği azaltıyor

Çizelge 2.1. (devam) Ülkemizde tıp öğrencilerinin ruh sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalar

Yazar, tarih	Üniversite	Örneklem	Katılımcı sayısı	Ölçek	Sonuç
Öncü, 2013	Ankara Üniversitesi	Tüm sınıflar	348	DASS-42	%41 oranında depresyon %45 oranında anksiyete; en yüksek 1. sınıfta %40,4 oranında stres
Güler, 2014	Süleyman Demirel Üniversitesi	1,2,3. sınıflar	226	BDÖ BUÖ	%28,3 oranında depresyon Birinci sınıf, kadın cinsiyet ve yurttan yaşayanlarda depresyon daha fazla
Topak, 2015	Pamukkale Üniversitesi	1 ve 6. sınıflar	60	MTÖ	6. sınıflarda 1. Sınıflara oranla tükenmişlik daha fazla
Çelik, 2016	Adnan Menderes Üniversitesi	Tüm sınıflar	861	MTE-ÖF	1 ve 6. Sınıflar ile erkek öğrencilerde duyarsızlaşma daha fazla Ailesi ile yaşayanlarda tükenmişlik daha az

2.5.3. Tıp Öğrencilerinin ruh sağlıklarının korunması için yapılması gerekenler

Tıp öğrencilerindeki ruhsal sorunlarla ilgili çok sayıdaki kanıta rağmen bu alanda yapılması gerekenlerle ilgili fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu konu ile ilgili ilk girişimler öğrenci işleri departmanının düzenlediği bazı programlar ile olmuştur. Bunlar öncelikli olarak tıp öğrencilerinin ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmak, öğrencileri ruh sağlığı sorunları konusunda bilgilendirmek ve ruhsal sorunlarla ilgili yardım alma konusundaki damgalamayı önlemek alanlarına odaklanmıştır [66]. Örneğin Hawaii Üniversitesi Tıp Fakültesi 3. Sınıf öğrencilerini hedef alan bir program geliştirmiştir. Programın içeriğinde, öğrencilerin anonim olarak başvurabilecekleri bir psikolojik danışmanlık hizmeti kurulması, fakülte çalışanlarına depresyon risk faktörleri ve öğrencilerle iletişim konusunda eğitim verilmesi ve üçüncü sınıfın başında öğrencilere depresyonla ilgili bilgilendirici bir seminer yapılması yer almaktadır. Uygulanan bu program sonucunda öğrencilerde depresif belirtilerin ve intihar düşüncesinin belirgin olarak azaldığı belirtilmiştir [104].

Kaliforniya, San Diego Üniversitesi Tıp Fakültesinde ise doktorlarda tükenmişlik, depresyon ve intihar ile ilgili yoğun eğitimler düzenlenmiş, öğrenciler ve fakülte

alışanlarına web tabanlı bir tarama programı önerilmiştir [105]. Son yıllarda Vanderbilt niversitesinin programının temel alındığı daha kapsamlı ruh sağlığı modelleri popülerlik kazanmıştır. Öğrenci işleri bölümü aracılığıyla yönetilen bu program üç temel bileşen içermektedir. Bunlardan ilki öğrencilere sağlık, kariyer danışmanlığı ve sosyal konularda danışmanlık sağlayan niversite danışmanlık sistemidir. Öğrenci sağlık kurulu ise ruhsal, fiziksel, sosyal, toplumsal sağlık ve danışmanlık sistemi ile ilgili aktiviteler düzenlemektedir. Son olarak klasik müfredata ek olarak öğrencilerin kişisel gelişimleri üzerine odaklanan boylamsal bir yardımcı müfredat yer almaktadır [106].

Saint Louis niversitesi; tıp ğrencilerinin genel stres kaynakları yerine daha spesifik bir yaklaşımla kendi fakültelerinin stres kaynaklarını belirleyip bunların üzerine odaklanan bir program geliştirmiştir. Bundan yola çıkarak; harf ya da sayısal sistemler yerine başarılı/başarısız şeklinde not sistemi getirerek öğrencilerin rekabet duygularının azalmasını hedeflemiş, öğrenciler tarafından en stres verici kaynak olarak nitelendirilen anatomi stajı ile ilgili düzenlemeler yapmış ve eğitim müfredatında değişiklikler yaparak öğrencilerin serbest olacağı saatleri arttırmış ve mindfulness eğitimleri başlatmıştır. Tüm uygulamaların sonucunda öğrencilerde depresyon, stres belirtilerinin gerilediği bildirilmiştir [66].

Farkındalık (mindfulness) temelli terapi yaklaşımlarının da tıp öğrencilerindeki stres ve kaygının önlenmesinde yararlı olduğu gösterilmiştir ancak bunlar genellikle seçmeli olarak alınan eğitimler olduğu için tüm tıp öğrencilerine ulaşmakta yeterli olmadığı ve bireysel motivasyondan da etkilendiği belirtilmektedir [107,108].

Eğitim yöntemlerinin tıp ğrencilerinin iyilik haline etkisini inceleyen iki çalışmada, probleme dayalı öğrenimin klasik eğitime oranla tıp ğrencilerinde azalmış depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak olgunluk, öz farkındalık gibi bireysel etkenlerin karıştırıcı faktör olarak etki etmesi nedeniyle sonuçların istatistiki olarak zayıf olduğu belirtilmiştir [109,110].

Genel Tıp Konseyi'nin tıp ğrencilerinin ruh sağlığının korunması ile ilgili nerileri aşağıda özetlenmiştir [111]:

- Tıp fakülteleri damgalamayı en aza indiren ve ruhsal sorunların açıkça konuşulabileceği bir ortam oluşturmalıdır.

- Ruhsal iyilik ve ruh sağığı için önleyici programlar oluşturmalıdır.
- Ruhsal sorunların tıp öğrencilerinde sık görüldüğü ve bunun eğitimi tamamlamak ya da kariyerine devam etmek için bir engel olmadığını algısını geliştirmelidir
- Tıp öğrencileri ile çalışırken sınır sorunlarına önem verilmelidir. Tıp öğrencilerinin tedavisi, tıp fakültesinde çalışan öğretim üyeleri tarafından değıl, bağımsız, objektif ve gizlilik ilkesinin olduğı bağımsız sağılık kuruluşları tarafından yapılmalıdır. Bu kuruluşlara olan bağılantı ve öğrencilerin yönlendirilmesi konusunda tıp fakültesi destekleyici bir rehber konumunda kalmalıdır.
- Tıp fakültesi, personelini ruhsal sorunların tanınması ve öğrencilerin doğıru yerlere yönlendirilmesi konusunda eğitmelidir.
- Mentorluk ve akran mentorluğu sistemleri ile öğrenciye destek olunmalıdır.

Türkiye’de kendi ölkemizin tıp eğitimi ve tıp öğrencilerin ruh sağığı ile ilgili yapılması gerekenlerle ilgili yapılandırılmış bir program, kurum ya da komiteye ve bu alanda dünyadakine benzer araştırmalara tarafımızca rastlanmamıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

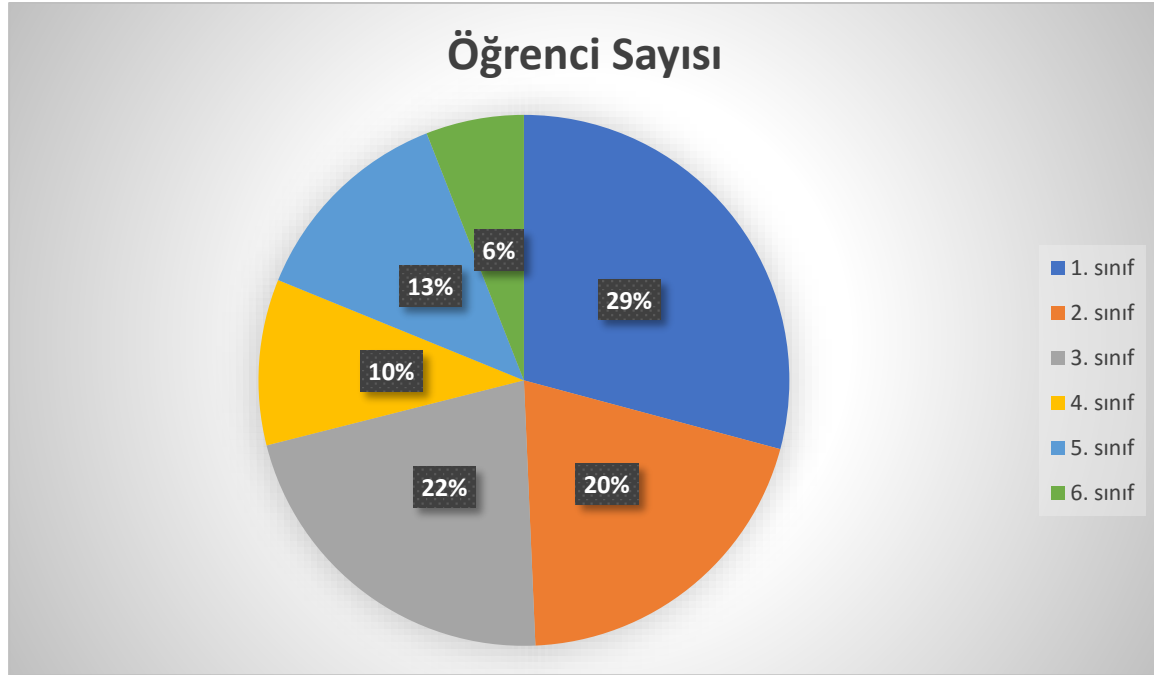
Bu çalışma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

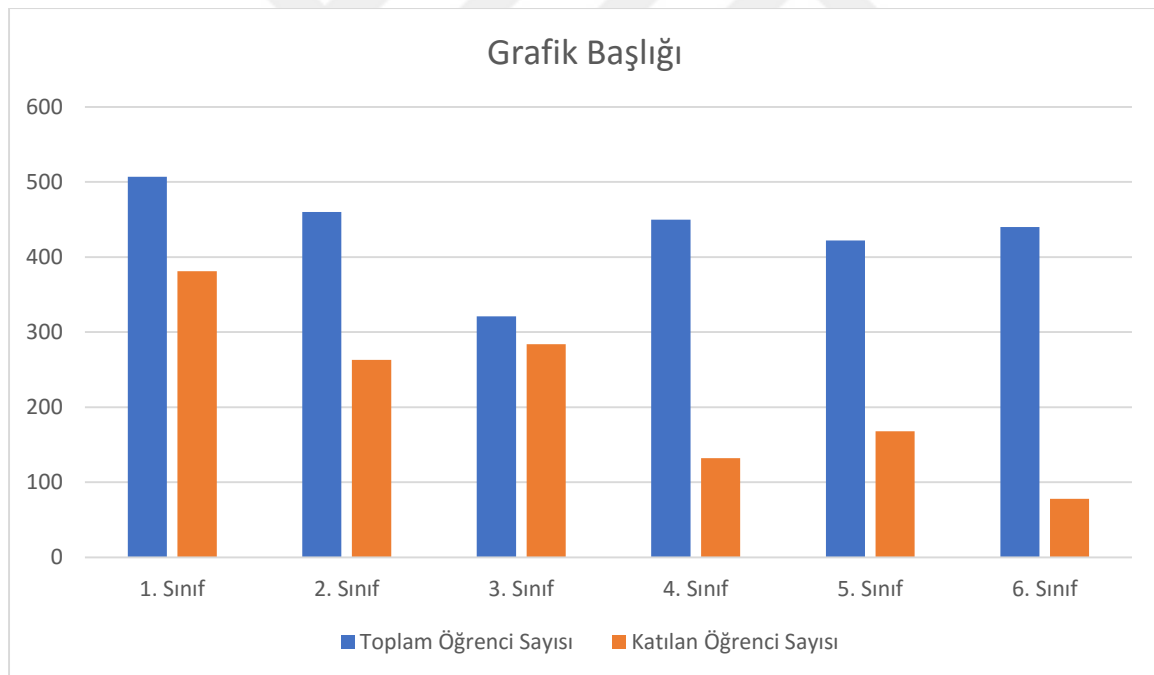
Ankara, Beşevler semtinde yerleşik olan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2 Ekim 1979 yılında kurulmuştur. Türkçe Tıp Fakültesi 2011 yılında Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Belgesi almaya hak kazanmıştır. İngilizce tıp programı 2009-2010 eğitim/öğretim yılında başlatılmıştır. Fakülte bünyesinde 259 profesör, 109 doçent, 29 doktor öğretim üyesi, 17 öğretim görevlisi, 582 araştırma görevlisi, 2884 öğrenci bulunmaktadır. Öğrencilerin 1514'ü kadın 1370'i erkektir. 156 yabancı uyruklu öğrenci bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2018-2019 eğitim yılında öğrenim gören 2910 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 1362 kişiden, anketleri eksiksiz doldurmuş olan 1306 kişi çalışmaya alınmıştır. Öğrencilerin %44,8'ine ulaşılmıştır. Öğrencilerin sınıflara göre katılım sayıları Şekil 3.1'de gösterilmiştir. Her sınıfın katılım yüzdesine bakıldığında ilk üç sınıfta katılım yüksekken, son üç sınıfta görece düşük olmuş; en düşük katılım 6. Sınıflarda olmuştur (Şekil 3.2).



Şekil 3.1. Sınıflara göre çalışmaya katılan öğrenci sayıları



Şekil 3.2. Sınıf mevcutlarına göre çalışmaya katılan öğrenci sayısı

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı değişkenler

- CES-D Ölçek Puanı
- Maslach Tükenmişlik Envanteri- Öğrenci Formu Puanı

- Algılanan Stres Ölçeği Puanı

3.4.2. Bağımsız değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Cinsel yönelim
- Sınıf
- Sigara kullanımı
- Alkol kullanımı
- Madde kullanımı
- Anne eğitim düzeyi
- Baba eğitim düzeyi
- Anne çalışma durumu
- Baba çalışma durumu
- Aylık gelir
- Annede kronik hastalık varlığı
- Babada kronik hastalık varlığı
- Kendinde kronik hastalık varlığı
- Yaşadığı yer
- Kimle yaşadığı

3.4.3. Tanımlayıcı diğer değişkenler

- Psikiyatri başvurusu
- Psikiyatrik tanı durumu
- Psikiyatrik ilaç kullanımı
- Psikiyatrik hastalıklarla ilgili bilgi düzeyi
- Psikiyatrik sorun olduğunda başvuru yeri bilgi düzeyi
- Psikiyatrik sorun olduğunda başvuru yer tercihi

3.5. Veri toplama Araçları

Çalışmada; araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, CES- Depresyon Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Envanteri Öğrenci Formu kullanılmıştır.

3.5.1. Sosyodemografik veri formu

Araştırmanın amacına uygun olarak veri toplamaya yönelik, sosyodemografik özellikleri de içeren araştırmacı tarafından geliştirilmiş bilgi toplama aracıdır. Veri formunun son kısmında bir paragraf halinde öğrencilerin serbest olarak öznel değerlendirilmelerini yazabilecekleri bir bölüm eklenmiştir.

3.5.2. CES Depresyon Ölçeği (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

CES-Depresyon Ölçeği 1995 yılında American National Mental Health Institute tarafından genel popülasyonda depresyonu ölçmek için geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Arkun Tatar ve Gaye Saltukoğlu tarafından yapılmıştır. Genel popülasyonda depresyon taranması ve bilimsel çalışmalarda depresif belirtilerin değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Likert türü olan ölçek 20 maddeden oluşmaktadır ve toplam puan aralığı 0 ile 60 arasındadır. Ölçekte “Hiçbir Zaman-Nadiren (1 günden daha az)” cevabı 0, “Birazcık-Birkaç Kez (1-2 gün)” cevabı 1, “Arada Sırada-Bazen (3-4 gün)” cevabı 2, “Çokça-Çogu Zaman (5-7 gün)” cevabı 3 olarak işaretlenir. 4., 8., 12. ve 16. maddeler ters yönlü maddelerdir. 16 ve üstündeki skorlar majör depresyona işaret etmektedir. CES-Depresyon Ölçeğinin Türkçeye uyarlamasında iç tutarlık katsayısı $\alpha = 0.89$, testi yarılama güvenilirliği $r = 0.89$, iki haftalık test tekrar test güvenilirliği katsayısı $r = 0.69$ ’dur. Formun geçerliliği ise, açıklayıcı faktör analizinde toplam varyansını %49,9’unu açıklayan 4 faktör elde edilmiştir ve özgün formla benzerlik göstermektedir [112].

3.5.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ilâ “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde

değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır. On dört maddelik uzun formunun yanı sıra ASÖ'nün 10 ve 4 maddelik olmak üzere iki formu daha bulunmaktadır. Yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Eskin tarafından yapılmıştır. Türkçe ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.84 ve test-tekrar-test güvenilirliği 0.87 olarak bulunmuştur [113].

3.5.4. Maslach Tükenmişlik Envanteri- öğrenci formu

Schaufeli ve ark. (2002) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Çapri, Gündüz ve Gökçekan (2011) tarafından yapılmıştır. MTÖ-ÖF'nin alt ölçekleri ayrı ayrı puanlanmakta ve değerlendirilmektedirler. Beşli Likert tipi bir araç olan MTE-ÖF 16 madde; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve yetkinlik olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte her bir alt ölçek ayrı ayrı puanlanmakta ve analiz edilmektedir. Yapı geçerliğine kanıt olarak üç alt faktörün MTE-ÖF yapısının alt faktörleri olup olmadığını belirlemek için ölçekten elde edilen alt faktörlere ait puanlar arasındaki korelasyonlar hesaplanmış ve 0,32 ile 0,83 arasında çıkan korelasyon katsayılarının 0,01 düzeyinde anlamlı olduğu bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik sonuçlarına da bakılmış ve sırasıyla .76, .74 ve .70 olarak bulunmuştur. MTE-ÖF'nin uyarlama çalışmasında tükenme, duyarsızlaşma ve yetkinlik alt ölçekleri için Cronbach Alfa katsayıları sırasıyla .76, .82 ve .61'dir. Araştırma kapsamında tükenme, duyarsızlaşma ve yetkinlik alt ölçekleri için Cronbach Alfa katsayıları ise sırasıyla .77, .77 ve .58 olarak bulunmuştur [114].

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın tıp öğrencilerinde uygulanması ile ilgili Dekanlıktan alınan izin yazısını takiben dekan yardımcısı, tüm dönem koordinatörleri, tüm sınıflardan birer temsilci öğrenci ve araştırma ekibinin yer aldığı bir toplantı yapılmıştır. Toplantı üyelerine araştırmacılar tarafından uygulama hakkında bilgi verilip anketlerin dağıtılması ile ilgili fikir paylaşımı yapılmıştır. Burada alınan karar neticesinde ilk üç sınıfa devam zorunluluğu olan amfilerdeki pratik derslerinden önce çalışma hakkında bilgi verilip katılmayı kabul edenlere anketler dağıtılmıştır. Anketlerin toplanması isteyen öğrenciler için dersten hemen sonra yapılmış, daha sonra doldurmak isteyen öğrenciler için ise dönem koordinatör öğretim üyelerinin odasının önüne bir kutu koyularak bitiren öğrencilerin anonim şekilde kutuya bırakması

sağlanmıştır. 4, 5 ve 6. Sınıf öğrencilerinin klinik stajlarda olması nedeniyle sınıfların tümüne aynı anda ulaşmak mümkün olmadığından anketler online hale getirilip Google forms ile öğrenci whatsapp gruplarında ve e- posta ile temsilci öğrenciler tarafından paylaşılmıştır.

3.7. Verilerin Analizi

İstatiksel analiz SPSS 22.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort.), standart sapma (SS), ortanca (medyan) olarak belirtilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde Pearson Ki-Kare, Yates Düzeltmeli Ki-kare ve Fisher'in Kesinlik Testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testleri) kullanılarak incelenmiştir. Buna göre değişkenler normal dağılıma uyduğu yerlerde, parametrik testler (paired sample t testi ve bağımsız gruplarda t testi) ile normal dağılıma uymadığı yerlerde ise nonparametrik testler (Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi) ile karşılaştırılmıştır. Univariate analizler sonucu ölçek skorları ile ilişkili bulunan değişkenler lineer regresyon ve multivariate lojistik regresyon modellerine dâhil edilerek incelenmiştir

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada, öncelikle katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilip katılıp katılmama konusunda bilgilendirilmeye hakları oldukları belirtilerek, araştırmaya katılmada 'gönüllülük' ilkesi yerine getirilmiştir. Bu açıklama hem sözel olarak hem de anket uygulaması öncesinde ekte yer alan 'Aydınlatılmış Onam ve İzin Formu' ile yazılı olarak bildirilmiştir. Toplanan formlardaki bilgiler bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ve kişi ile paylaşılmayacağı bilgisi verilmiştir.

Araştırmanın etik uygunluğu için, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na başvurulmuş; 14/01/2019 tarih ve 28 sayılı toplantıda etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca, çalışmanın amacı her katılımcıya açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya katılım konusunda gönüllülük esas alınmıştır.

3.9. Araştırma Takvimi

Konu belirlendikten sonra 2018 Haziran-Ekim aylarında literatür taranmış ve araştırma önerisi Ekim ayında kabul edilmiştir. 14/01/2019 tarihinde etik kurul onayı alındıktan sonra Mart-Mayıs 2019'da veri toplanmıştır. Verinin bilgisayara aktarılması Haziran-Eylül 2019 döneminde araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ekim- Kasım 2019'da araştırma verilerinin analizi, tablo ve grafik yapımı gerçekleştirilmiştir. Aralık 2019 döneminde genel bilgiler yazılmıştır. Ocak 2020'de ek analizler yapılmış ve tartışma kısmı yazılmıştır. Tezin diğer kısımları düzenlenerek Şubat 2020'de tez raporu tamamlanmıştır. Rapor jüriye 16/09/2020 tarihinde sunulmuştur.

3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada öğrencilerinden tümüne ulaşılması hedeflense de katılım zorunlu tutulmadığından sadece onam verenlerin katılması nedeniyle sonuçlar tüm öğrencilere genellenemez.

İlk üç sınıfta amfi dersleri olması nedeniyle katılım daha yüksek olup 4,5 ve 6. Sınıflarda stajlar nedeniyle daha az öğrenciye ulaşılmıştır.

Araştırmadaki psikiyatrik belirtilerin sıklığı bu belirtileri yaşayanların anket doldurmaya daha istekli olması nedeniyle normalden yüksek çıkmış olabilir.

Araştırmada kullanılan ölçekler tarama amaçlı kullanılan anketler olup klinik görüşme yapılmadığından olası ön tanıları yansıtmamış olabilir.



4. BULGULAR

Araştırmaya katılanların %59,3'ü kadın, %40,7'si erkektir. Katılımcıların %88,6'sı kendini heteroseksüel %5'i homoseksüel, %1,7'si biseksüel olarak tanımlarken; 62 kişi (%4,7) bu soruya cevap vermemiştir. Çalışmaya katılım en yüksek oranda 1. Sınıflardan olup (%29,2) bunu sırasıyla 3 (%21,7),2 (%20,1),5 (%12,9),4 (%10,1) ve 6. Sınıflar (%6,0) izlemiştir. (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet ve sınıflara göre dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)*
Cinsiyet	Kadın	774	59,3
	Erkek	532	40,7
Sınıf	1	381	29,2
	2	263	20,1
	3	284	21,7
	4	132	10,1
	5	168	12,9
	6	78	6,0

*Sütun yüzdesi

Çizelge 4.2'de katılımcıların sosyodemografik verileri özetlenmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %44,3'ünün annesi üniversite, %24,7'si lise, %8,0'ı ortaokul, %19,1'i ilkokul mezunu, %2,8'i okur yazar ancak ilkokulu bitirememiş, %1,1'i ise okur yazar değildir.

Babaların eğitim durumuna bakıldığında %68,2'sinin üniversite, %17,7 lise, %5,7 ortaokul, %7,3'ünün ilkokul mezunlarından oluştuğu; %0,8'inin okuryazar, %0,3'ünün ise okuryazar olmadığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerini en yüksek yüzdeyle ev hanımları (%54,7) oluştururken; %34,6'sı çalışan, %9,8'i emekli, %0,8'i işsiz, %0,1'i ise öğrencidir.

Babaların %71,4'i çalışan %26,0'ı emekli, %2,4'ü işsiz, %0,2'si ise öğrencidir.

Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu tarafından belirlenen açlık (1714 TL) ve yoksulluk sınırı (5584 TL) baz alınarak [115] yapılan incelemede aylık geliri 1770 TL'nin altında olan öğrenciler %6,4, 1770-5500 TL arasında olanlar %47,2 ve 5500 TL'den fazla olan öğrenciler ise %46,5 olarak bulunmuştur.

Öğrencilerin %23,1'i annesinde, %19,8'i babasında, %9,7'i ise kendisinde kronik fiziksel bir hastalık bulunduğunu belirtmiştir.

Öğrencilerin %89,9'u apartmanda, %9,5'i müstakil evde, %0,6'sı ise gecekonduda oturmaktadır.

Çizelge 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin ve ebeveynlerinin bazı tanımlayıcı özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Annenin eğitim durumu		
Okur-yazar değil	14	1,1
Okur-yazar	36	2,8
İlkokul	249	19,1
Ortaokul	105	8,0
Lise	323	24,7
Üniversite	579	44,3
Babanın eğitim durumu		
Okur-yazar değil	4	0,3
Okur-yazar	11	0,8
İlkokul	95	7,3
Ortaokul	74	5,7
Lise	231	17,7
Üniversite	891	68,2
Annenin çalışma durumu		
Ev hanımı	714	54,7
Çalışan	452	34,6
Emekli	128	9,8
İşsiz	11	0,8
Öğrenci	1	0,1
Babanın çalışma durumu		
Çalışan	933	71,4
Emekli	339	26,0
İşsiz	31	2,4
Öğrenci	3	0,2
Aylık Gelir (TL)		
<1700	83	6,4
1700-5500	616	47,2
>5500	607	46,5
Annede kronik hastalık		
Yok	1004	76,9
Var	302	23,1
Babada kronik hastalık		
Yok	1047	80,2
Var	259	19,8
Kendinde kronik hastalık		
Yok	1179	90,3
Var	127	9,7
Konut tipi		
Apartman	1174	89,9
Müstakil ev	124	9,5
Gecekondü	8	0,6
Yaşadığı yer		
Aile ile birlikte	508	38,9
Yurt	488	37,4
Ev arkadaşı	234	17,9
Yalnız	76	5,8

*Sütun yüzdesi

Öğrencilerin %23,7'inde sigara kullanımı, %31,4'ünde alkol kullanımı, %4,1'inde ise madde kullanımı bulunmaktadır. Öğrencilerin %2,1'i bir kaç kez madde kullanmayı denediğini belirtirken; %2'si düzenli olarak madde kullandığını belirtmiştir. Madde kullanımı olduğunu belirtenler arasında kullanılan maddenin türüne bakıldığında kullanılan maddelerin %82'sini esrar, %5,1'ini metamfetamin, %5,1'ini ekstazi, %5,1'ini bali, %2,5'ini ise kokain oluşturmaktadır. (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin bağımlılık yapıcı madde kullanım durumları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanımı		
Yok	997	76,3
Var	309	23,7
Alkol Kullanımı		
Yok	896	68,6
Var	410	31,4
Madde Kullanımı		
Yok	1027	95,8
Birkaç kez deneme	22	2,1
Düzenli kullanım	21	2,0
Kullanılan Maddenin Türü		
Esrar	32	82
Metamfetamin	2	5,1
Ekstazi	2	5,1
Bali	2	5,1
Kokain	1	2,5

*Sütun yüzdesi

Çalışmaya katılan öğrencilerin %21,7'si daha önce psikiyatriye başvurduğunu belirtmiştir. Psikiyatri başvurusu olanların %9,3'ü kendilerine herhangi bir tanı konmadığını belirtmiştir. En sık konulan tanı anksiyete bozuklukları (%36,4), ikinci sıklıkla konulan tanı depresif bozukluklar (%30,8) olup bunu sırasıyla Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) (%10,2), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) (%8,4), Bipolar Affektif Bozukluk (BAB) (%2,3), uyku bozuklukları (%1,8) ve yeme bozuklukları (%0,4) izlemiştir. Katılımcıların %8,3'ü psikiyatri ilacı kullandığını belirtmiştir. Kullanılan ilaçların %87,8'ini antidepresanlar, %5,6'sını metilfenidat, %2,8'ini antipsikotikler, %1,8'ini modafinil ve yine %1,8'ini duygudurum düzenleyiciler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilere sorulan “Psikiyatrik hastalıklarla ilgili ilgi düzeyinizi nasıl buluyorsunuz” sorusuna %5,7'si “yok”, %55,0'si “yetersiz”, %39,4'si ise “yeterli” yanıtı verilmiştir. “Kendinizde bir psikiyatrik hastalık olduğunu düşündüğünüzde nereye başvuracağınızı biliyor musunuz” sorusuna öğrencilerin %16,3'ü “hayır” %83,7'si ise evet yanıtı vermiştir. “Böyle bir durumda başvuru için tercih

edeceği yer neresi olur sorusuna ise en yüksek sıklıkla kendi üniversitemin polikliniği yanıtı verilmiş olup %18,2'si özel klinikleri, %15,7'si başka devlet hastanelerini ve %2,7'si üniversite kampüsünde yer alan mediko kliniğini tercih edeceğini belirtmiştir. (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin psikiyatrik değişkenler açısından durumu

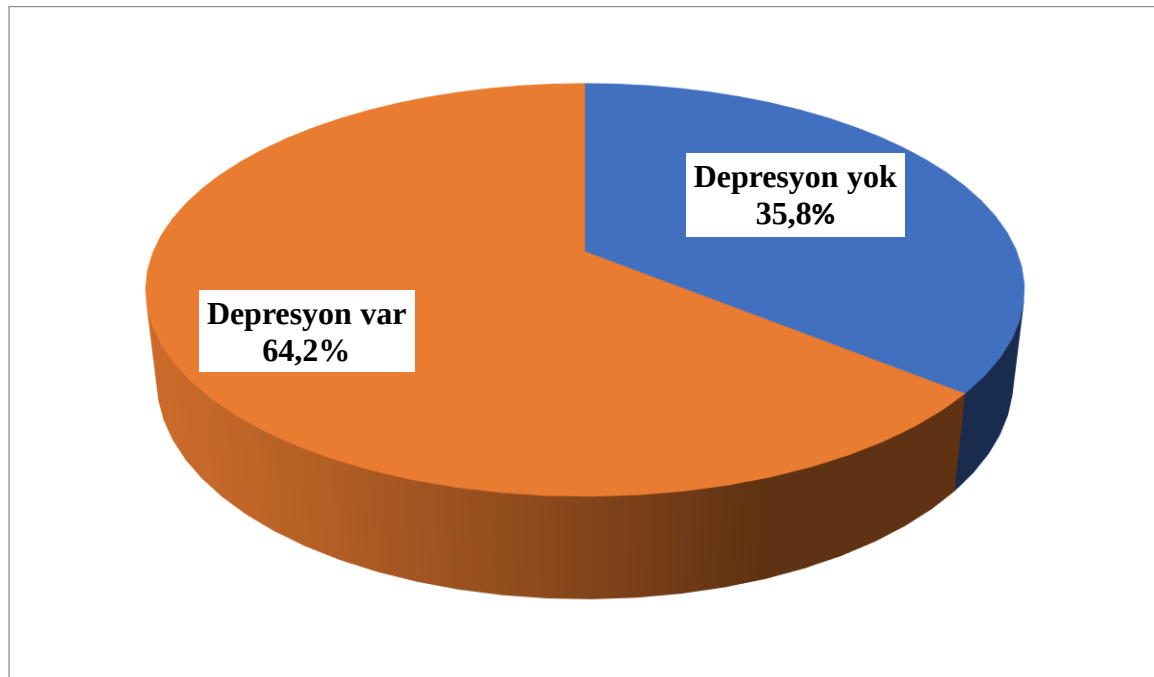
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikiyatri başvurusu		
Yok	1023	78,3
Var	283	21,7
Psikiyatrik tanı		
Anksiyete bozuklukları	78	36,4
Depresif bozukluklar	66	30,8
OKB	22	10,2
Tanı konmamış	20	9,3
DEHB	18	8,4
Bipolar affektif bozukluk	5	2,3
Uyku bozuklukları	4	1,8
Yeme bozuklukları	1	0,4
Psikiyatrik ilaç kullanımı		
Yok	1198	61,7
Var	108	8,3
Psikiyatrik ilaç türü		
Antidepresan	94	87,8
Metilfendat	6	5,6
Anipsikotik	3	2,8
Duygudurum düzenleyici	2	1,8
Modafinil	2	1,8
Psikiyatrik hastalıklarla ilgili bilgi düzeyi		
Yok	74	5,7
Yetersiz	718	55,0
Yeterli	514	39,4
Psikiyatrik başvuru bilgisi		
Yok	213	16,3
Var	1093	83,7
Psikiyatrik başvuru tercihi		
Kendi üniversitem	828	63,4
Özel klinik	238	18,2
Başka devlet hastanesi	205	15,7
Mediko	35	2,7

Çizelge 4.5'te örnekleme ait ölçek puanları verilmiştir. Buna göre Maslach Tükenmişlik envanteri Öğrenci Formunun tükenme alt ölçeğinden alınan ortalama puan 15,6 ($\pm 4,8$), duyarsızlaşma alt ölçeği ortalama puanı 10,4 ($\pm 3,7$) ve yetkinlik alt ölçeği ortalaması 11,7 ($\pm 3,3$) olarak bulunmuştur. CES- Depresyon ölçeği ortalaması 21,2 ($\pm 11,5$) iken, Algılanan Stres Ölçeği ortalaması ise 28,3 ($\pm 4,8$)dür.

Çizelge 4.5. Araştırmaya katılan bireylerin MTE-ÖF, CES-D ve ASÖ ölçek puanları

	n	Ort	Min	Max	SS
MTE-ÖF					
Tükenme	1305	15,6	5,0	68,0	4,8
Duyarsızlaşma	1304	10,4	4,0	20,0	3,7
Yetkinlik	1304	11,7	4,0	65,0	3,3
CES-D	1306	21,2	0,0	57,0	11,5
ASÖ	1304	28,3	4,0	56,0	8,3

CES-Depresyon ölçeğinin kesme puanı olan 16 ve üzerinde olan öğrenci sayısı 838'ken (%64,2) 468 öğrenci (%35,8) kesme noktasının altında kalmıştır (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin CES depresyon ölçeği kesim noktasına göre depresyon durumları

Çizelge 4.6'da katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre MTE-ÖF, CES-D ve ASÖ ölçek puanları verilmiştir. Buna göre MTE-ÖF alt ölçeklerinden duyarsızlaşma ve yetkinlik alt ölçek puanlarında cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (p değerleri sırasıyla: 0,000 ve 0,033). Duyarsızlaşma alt ölçeğinde kadınlar ($10,0 \pm 3,5$) erkeklere ($11,1 \pm 3,8$) oranla daha düşük puan alırken; yetkinlik alt ölçeğinde de benzer şekilde kadınlar ($11,6 \pm 2,9$) erkeklere ($12,0 \pm 3,8$) oranla daha düşük puan almışlardır. Tükenme alt ölçeğinde cinsiyetler arasında anlamlılık saptanmamıştır ($p=0,181$). CES-D ölçek puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,317$). ASÖ'nde kadınlar ($28,8 \pm 7,9$) erkeklere ($27,5 \pm 8,7$) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır ($p=0,006$).

Katılımcılar cinsel yönelim açısından değerlendirildiğinde ölçek puanlarının hiçbirinde cinsel yönelime göre anlamlı fark bulunmamaktadır.

MTE-ÖF puanları sınıflar arasında incelendiğinde her üç alt ölçekte de sınıflar arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. (p değerleri sırasıyla 0,000, 0,000 ve 0,005). Tükenme alt ölçeğinde yapılan post hoc ölçümler sonucunda 1. Sınıfların (14,4±4,4) 2 (16,1±5,6), 3 (15,8±4,4), 4 (16,9±4,5) ve 6. Sınıflara (17,0±4,8) oranla anlamlı olarak daha düşük puan aldığı görülmektedir. Duyarsızlaşma alt ölçeğinde de 1. Sınıfların (9,6±4,4) 2 (10,9±3,8), 3 (10,6±4,0), 5 (10,9±3,5) ve 6. Sınıflara (11,6±3,6) oranla anlamlı olarak daha düşük puan aldığı görülmektedir. Yetkinlik alt ölçeğinde ise 1. (12,1±3,0) ve 5. Sınıflar (12,1±2,8) 4. Sınıflardan (10,8±2,6) anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. CES-D ölçek puanları açısından sınıflar arasında anlamlı fark olup (p=0,002) posthoc ikili karşılaştırmalarda 4. Sınıfların (24,3±11,9) 1 (20,5±10,8) ve 3. Sınıflardan (19,9±10,3), 3. Sınıfların ise 2. Sınıflardan (20,7±12,0) daha yüksek puan aldığı görülmüştür. ASÖ puanları açısından ise 1. Sınıflar (27,7±7,9) 4. Sınıflara (30,4±7,2) göre anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır (p=0,055).

Ölçek puanları çalışmaya katılan annelerin eğitim durumları açısından incelendiğinde her üç ölçekte de anlamlı fark bulunmamıştır.

Ölçek puanları çalışmaya katılan babaların eğitim durumları açısından incelendiğinde her üç ölçekte de anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin annelerinin çalışma durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Ölçek puanları babanın çalışma durumu açısından incelendiğinde MTE-ÖF tükenme alt ölçeğinde anlamlılık gözlenmiş (p=0,022) ancak yapılan post hoc ikili karşılaştırmalarda anlamlılık saptanmamıştır. CES-D (p=0,003) ve ASÖ (p=0,017) ölçeklerinde ise babası emekli olan öğrencilerin babası çalışan öğrencilere oranla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Katılımcıların yaşadıkları yere göre MTE-ÖF tükenme (p=0,001) ve duyarsızlaşma (p=0,000) alt ölçeklerinde anlamlı fark olup, yetkinlik, CES-D ve ASÖ ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Yurtta yaşayanların tükenme puan ortalamaları (15,0±4,4) yalnız yaşayan (17,0±4,8) ve arkadaşı ile yaşayanlardan (16,1±4,6) anlamlı

olarak daha düşüktür. Duyarsızlaşma punları da yine yurttta yaşayanlarda ($10,1\pm3,6$) yalnız yaşayan ($11,7\pm4,2$) ve arkadaşı ile yaşayanlara ($11,0\pm3,6$) oranla anlamlı olarak daha düşüktür. Ailesi ile yaşayanların duyarsızlaşma puan ortalamaları ($10,3\pm3,6$) da yalnız yaşayanlara oranla ($11,7\pm4,2$) anlamlı olarak daha düşüktür.

Ölçek puanlarının gelir durumuna göre dağılımı incelendiğinde; MTE-ÖF alt ölçekleri açısından anlamlı bir fark olmadığı; ancak depresyon ($p=0,021$) ve stres puanlarında ($p=0,014$) gelir durumunun istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı görülmektedir. CES-D ve ASÖ ölçeklerinde aylık geliri 1770 TL'den düşük olanların (sırasıyla $23,6\pm12,2$ ve $30,1\pm7,3$) aylık geliri 5500 TL'den yüksek olanlara (sırasıyla $20,4\pm11,5$ ve $27,7\pm8,5$) oranla anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur (Çizelge 4.23).

Annesinde kronik fiziksel bir hastalığı olan öğrencilerin ($22,5\pm12,0$) olmayanlara ($20,8\pm11,3$) oranla CES-D ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları gözlenmiş ($p=0,022$), diğer ölçekler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin babalarında kronik fiziksel hastalık olma durumu ölçek puanları açısından anlamlı fark oluşturmamaktadır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin kendilerinde kronik fiziksel hastalık olma durumu yalnızca CES-D ölçeği açısından anlamlı fark göstermiştir ($p =,001$). Buna göre kronik fiziksel hastalığı olan öğrenciler ($22,8\pm13,3$) olmayanlara olanla ($21,0\pm11,3$) CES-D ölçeğinden daha yüksek puan almışlardır.

Katılımcılar sigara kullanma durumuna göre incelendiğinde; tüm ölçek puanları açısından anlamlı fark olduğu görülmektedir (p değerleri sırasıyla: 0,000; 0,000; 0,006; 0,000; 0,013). Sigara içenler içmeyenlere göre MTE-ÖF tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden daha yüksek; yetkinlik alt ölçeğinden daha düşük puan almışlardır. CES-D ölçeğinde sigara içenlerin ortalaması ($23,3\pm12,2$) sigara içmeyenlere ($20,5\pm11,2$) göre daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde; sigara içenlerin ASÖ ortalaması ($29,4\pm8,5$), içmeyenlere göre ($28,0\pm8,2$) daha yüksektir.

Alkol kullanım durumuna göre incelendiğinde; MTE-ÖF tükenme ($p= 0,002$) ve duyarsızlaşma ($p=0,006$) alt ölçeklerinde gruplar arasından anlamlı farklılık varken;

yetkinlik alt ölçeğinde ($p=0,833$) anlamlı fark bulunmamıştır. Tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeğinde alkol kullananlar (ort ortalama (16,2±4,7) ve (10,8±2,7)) kullanmayanlara göre (ort ortalama (15,3±4,8) ve (10,2±3,6)) daha yüksek puan almışlardır. CES-D açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,027$) alkol kullananların ortalaması (22,2±11,9) kullanmayanlara oranla (20,7±11,3) daha yüksektir. ASÖ ölçeği açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p= 0,090$).

Katılımcıların madde kullanımının hiçbir ölçek puanı açısından fark yaratmadığı bulunmuştur.

Çizelge 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre MTE-ÖF, CES-D ve ASÖ ölçek puanları

		MTE-ÖF		Yetkinlik (Ort±SS)	CES-D (Ort±SS)	ASÖ (Ort±SS)
		Tükenme (Ort±SS)	Duyarsızlaşma (Ort±SS)			
Cinsiyet						
	Kadın	15,4±4,5	10,0±3,5	11,6±2,9	21,4±11,3	28,8±7,9
	Erkek	15,8±5,2	11,1±3,8	12,0±3,8	20,8±11,7	27,5±8,7
p		,181	,000	,033	,317	,006
Sınıf						
	1	14,4±4,4	9,6±3,4	12,1±3,0	20,5±10,8	27,7±7,9
	2	16,1±5,6	10,9±3,8	11,6±4,4	20,7±12,0	28,4±9,1
	3	15,8±4,4	10,6±4,0	11,8±2,8	19,9±10,3	28,3±7,7
	4	16,9±4,5	10,2±3,2	10,8±2,6	24,3±11,9	30,4±7,2
	5	15,6±4,5	10,9±3,5	12,1±2,8	21,9±12,2	27,8±8,7
	6	17,0±4,8	11,6±3,6	11,5±3,5	23,6±13,4	28,6±9,1
p		,000	,000	,005	,002	,055
Cinsel yönelim						
	Heteroseksüel	622,53	623,34	619,57	623,43	622,51
	Homoseksüel	616,87	591,52	647,87	615,88	585,34
	Biseksüel	637,75	641,86	675,60	592,91	675,41
p		,972	,757	,648	,914	,558
Annenin eğitim durumu						
	Okur-yazar değil	587,86	680,71	830,61	581,39	559,00
	Okur-yazar	560,72	573,13	641,35	615,03	630,00
	İlkokul	650,55	634,23	663,24	646,53	628,16
	Ortaokul	643,46	670,01	630,71	651,47	670,03
	Lise	657,36	665,23	665,82	675,88	673,88
	Üniversite	660,68	654,34	640,74	648,52	651,52
p		,708	,716	,450	,819	,652
Babanın eğitim durumu						
	Okur-yazar değil	825,25	845,88	662,75	799,63	808,75
	Okur-yazar	635,73	741,59	596,68	613,14	587,18
	İlkokul	596,49	589,29	696,12	679,98	633,60
	Ortaokul	612,57	622,96	641,27	631,19	591,05
	Lise	637,90	658,86	678,94	659,22	645,67
	Üniversite	665,75	658,09	642,59	650,89	661,52
p		,385	,404	,643	,907	,576

Çizelge 4.6. (devam) Araştırmaya katılan bireylerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre MTE-ÖF, CES-D ve ASÖ ölçek puanları

	MTE-ÖF				
	Tükenme (Ort±SS)	Duyarsızlaşma (Ort±SS)	Yetkinlik (Ort±SS)	CES-D (Ort±SS)	ASÖ (Ort±SS)
Annenin çalışma durumu					
Öğrenci	238,00	659,50	706,00	13,00	76,00
Ev hanımı	642,29	653,85	652,04	661,07	658,72
İşsiz	782,82	674,86	428,05	864,64	904,45
Çalışan	659,72	655,30	665,98	631,01	631,40
Emekli	681,16	633,16	626,56	677,55	674,86
p	,410	,981	,271	,068	,053
Babanın çalışma durumu					
Öğrenci	1097,50	1183,50	299,83	1118,67	890,33
Çalışan	642,66	646,77	659,60	632,87	632,20
İşsiz	555,82	580,31	625,82	733,81	713,29
Emekli	686,39	670,13	638,57	698,82	700,59
p	,022	,044	,306	,003	,017
Yaşadığı yer					
Aile	15,7±5,2	10,3±3,6	11,9±3,8	20,7±11,7	28,3±8,8
Yurt	15,0±4,4	10,1±3,6	11,9±2,8	21,3±10,9	28,3±7,7
Arkadaş	16,1±4,6	11,0±3,6	11,4±2,9	21,5±11,9	27,9±8,2
Yalnız	17,0±4,8	11,7±4,2	11,0±3,4	22,9±12,1	29,5±8,3
P	,001	,000	,040	,392	,560
Aylık Gelir (TL)					
1700>	15,8±4,9	10,5±3,7	11,4±2,6	23,6±12,2	30,1±7,3
1700-5500	15,4±4,6	10,3±3,6	11,8±2,9	21,7±11,4	28,7±8,1
5500<	15,8±5,0	10,5±3,7	11,7±3,7	20,4±11,5	27,7±8,5
p	,377	,673	,527	,021	,014
Annede kronik hastalık durumu					
Yok	15,6±4,8	10,4±3,7	11,7±3,3	20,8±11,3	28,1±8,2
Var	15,6±4,7	10,3±3,7	12,0±3,1	22,5±12,0	28,9±8,5
P	,968	,547	,174	,022	,179
Babada kronik hastalık durumu					
Yok	15,5±4,8	10,4±3,7	11,7±2,9	21,0±11,4	28,2±8,2
Var	15,9±4,6	10,4±3,6	12,0±4,4	22,0±11,9	28,9±8,5
P	,201	,918	,323	,238	,225
Kendinde kronik hastalık durumu					
Yok	15,5±4,8	10,4±3,6	11,8±3,3	21,0±11,3	28,2±8,2
Var	16,1±4,9	10,3±3,9	11,5±2,9	22,8±13,3	29,7±8,7
P	,109	,182	,513	,001	,274
Sigara kullanma durumu					
Yok	15,2±4,8	10,1±3,5	11,9±3,3	20,5±11,2	28,0±8,2
Var	16,8±4,7	11,3±4,0	11,3±3,0	23,3±12,2	29,4±8,5
P	,000	,000	,006	,000	,013
Alkol kullanma durumu					
Yok	15,3±4,8	10,2±3,6	11,7±2,9	20,7±11,3	28,0±8,0
Var	16,2±4,7	10,8±3,7	11,8±4,1	22,2±11,9	28,9±8,8
p	,002	,006	,833	,027	,090
Madde kullanma durumu					
Yok	15,6±4,8	10,4±3,7	11,7±3,3	21,2±11,4	28,3±8,2
Var	16,4±4,9	11,0±3,9	12,1±3,2	21,2±12,5	29,0±9,6
p	,209	,294	,419	1,000	,568

Univariate analizler sonucu Tükenmişlik ölçeği ile ilişkili bulunan değişkenler lineer regresyon modeline dâhil edilerek incelenmiş ve sonuçlar Çizelge 4.7.'de gösterilmiştir. Kurulan multivariate lineer regresyon analizi modeli sonucunda; tükenme alt ölçeğinde sınıf ve sigara içmenin tükenme skoru ile ilişkili olduğu görülmüştür. 1. Sınıfların tükenme skorları düşme eğilimindeyken ($\beta = -1,471$, $P < 0,001$) sigara içenlerde tükenme skorunun daha yüksek seyrettiği gözlemlendi ($\beta = 1,314$, $P < 0,001$) (Model için Adjusted $R^2 = 0,045$, $P < 0,001$).

Duyarsızlaşma alt ölçeğinde de benzer şekilde sınıf ve sigara içmenin ilişkili olduğu görülmüştür. 1. Sınıfların ölçek puanları düşme eğilimindeyken ($\beta = -1,121$, $P < 0,001$) sigara içenlerin daha yüksek seyrettiği gözlemlendi ($\beta = 0,759$, $P = 0,004$) (Model için Adjusted $R^2 = 0,045$, $P < 0,001$).

Yetkinlik alt ölçeğinde ise cinsiyet, sınıf, sigara kullanımı ve yaşadığı yer anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Kadın katılımcılarda ($\beta = -0,419$, $P = 0,013$), sigara kullananlarda ($\beta = -0,543$, $P = 0,006$) ve yalnız yaşayanlarda ($\beta = -0,703$, $P = 0,046$) ölçek puanlarının daha düşük, 1. Sınıfların ($\beta = 0,450$, $P = 0,013$) daha yüksek olduğu saptandı. (Model için Adjusted $R^2 = 0,016$, $P < 0,001$).

Çizelge 4.7. MTE-ÖF üzerine etkili risk faktörlerinin lineer regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	Tükenme		Duyarsızlaşma		Yetkinlik	
	β coefficients (Lower/Upper)	p	β coefficients (Lower/Upper)	p	β coefficients (Lower/Upper)	p
Cinsiyet	-0,053 (-0,561 / 0,456)	0,839	-1,003 (-1,411 / -0,596)	<0,001	-0,419 (-0,752 / -0,087)	0,013
Sınıf	-1,471 (-2,017 / -0,925)	<0,001	-1,121 (-1,559 / -0,684)	<0,001	0,450 (0,094 / 0,805)	0,013
Kronik Hastalık Durumu	0,389 (-0,443 / 1,221)	0,359	-0,194 (-0,861 / 0,472)	0,568	-	-
Sigara Kullanımı	1,314 (0,677 / 1,951)	<0,001	0,759 (0,249 / 1,270)	0,004	-0,543 (-0,930 / -0,157)	0,006
Alkol Kullanımı	0,298 (-0,283 / 0,878)	0,315	0,059 (-0,406 / 0,524)	0,803	-	-
Yaşadığı Yer	1,00 (-0,058 / 2,059)	0,064	0,982 (0,135 / 1,830)	0,023	-0,703 (-1,393 / -0,012)	0,046

Model için Adjusted $R^2 = 0,045$, 0,053, 0,016, $P < 0,001$

Univariate analizler sonucu depresyon açısından anlamlı bulunan değişkenler multivariate lojistik regresyon modeline dâhil edilerek incelenmiştir (Çizelge 4.8). Kurulan multivariate lojistik regresyon analizi modeli sonucu kadın cinsiyetin (OR: 1,33; $p = 0,017$), gelir durumu

1750 TL'den az olanların (OR: 1,75; p=0,031) ve gelir durumu 1700-5500 TL arasında olanların (OR:1,41; p=0,005) depresyon açısından daha riskli olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.8. CES-D ölçeği üzerine etkili risk faktörlerinin multivariate logistik regresyon değerlendirilmesi

	OR (95% CI)	p
Sınıf (ref: 1,2,3,5 ve 6. sınıflar)	1,23 (0,83–1,83)	0,293
Gelir Durum 5500 tl ve daha fazla (ref)		
1700 TL ve daha az	1,75 (1,05–2,92)	0,031
1700-5500 TL arası	1,41 (1,11–1,79)	0,005
Kronik Hastalık (ref: yok)	0,92 (0,62-1,35))	0,651
Sigara (ref: kullanmıyor)	1,15 (0,86-1,56)	0,336
Alkol (ref: kullanmıyor)	1,31 (0,99-1,73)	0,052

Univariate analizler sonucu Algılanan Stres Ölçeği ile ilişkili bulunan değişkenler lineer regresyon modeline dâhil edilerek incelenmiş ve sonuçlar Çizelge 4.9.'de gösterilmiştir. Kurulan multivariate lineer regresyon analizi modeli sonucunda; kadın cinsiyette ($\beta = 1,64$, $P=0,001$), 4. Sınıflarda ($\beta = 2,07$, $P=0,006$) ve sigara kullananlarda ($\beta = 1,46$, $P=0,013$) ölçek skorları artma eğilimindeyken; gelir durumunun artması ile azalmaktadır ($\beta = -1,35$, $P<0,001$).

Çizelge 4.9. ASÖ üzerine etkili risk faktörlerinin lineer regresyon analizi ile değerlendirilmesi

	β coefficients (Lower/Upper)	p
Cinsiyet	1,64 (0,71/2,57)	0,001
Sınıf	2,07 (0,60 / 3,55)	0,006
Gelir Durumu	-1,35 (-2,11 / -0,60)	<0,001
Sigara Kullanımı	1,46 (0,30 / 2,61)	0,013
Alkol Kullanımı	0,86 (-0,21 / 1,94)	0,115

Model için Adjusted $R^2=0,026$, $P<0,001$

Sosyodemografik veri formunun son kısmına öğrencilerin öznel değerlendirmelerini içeren paragraf kısımları değerlendirildiğinde ortak ifade edilen konular aşağıda belirtilmiştir.

Öğrencilerin bu kısımda en çok ifade ettikleri konu tıp eğitimleri sırasında yaşadıkları sorunlar ve bu nedenle ruh sağlıklarını korumaya yönelik bir programa ihtiyaç duyduklarıdır. Bu konu ile ilgili yazılmış iki örnek ifade şu şekildedir:

- “5.sınıfta kendimi toparlayabildim ailem ve arkadaşım sayesinde. Ama dönem 4te yaşadığım stres sağlığımı bozdu, özgüvenimi zedeledi, günlerimden keyif alamamaya

başlamıştım, gün ortasında yemekhaneye gittiğimizde sanki gün bitmiş gibi yorgundum. Benden bir şeyler eksiltti umarım yerine koyabilirim. Programın bizden sonrakilere çok faydalı olmasını umuyorum”

- “Çok gerekli ve güzel bir adım atıldığını olduğunu düşünüyorum. Yıllarca depresyon ve anksiyeteden müzdarip olmuş bir tıp öğrencisi olarak çok geç kalındığını da düşünmekteyim. Çünkü ben doktorumdan destek alırken bana çok kez başvuran gizlice ilaç almak hakkında danışan arkadaşlarım oldu. Tıp fakültesinde özellikle sınav anksiyetesinin ve depresyonun sık karşılaşılan bir sorun olduğunu düşünüyorum. Bu adım için teşekkür ediyorum”
- “Bu konuda sizinle paylaşmak istediğim çok şey var aslında. İyi ki kurulmuş, kuruldu. Çok efektif ve kıymetli bir uygulama düşünüyorum zira fakültede bu yıl 6. yılım. İlk 4 yıl okuldaki psikiyatri asistanlarının kapısını çalmakla geçti. Türlü türlü antidepresan tedavisi aldım, sonuç ilaçlar işe yaramadı. Artık sorunumun tamamen benden kaynaklı olduğuna, ilaçların bile beni iyileştiremeyeceğine ikna olmuştum. Çünkü psikiyatri kliniğine giderek uygulanabilecek tek iyileşme yolunu da denediğimi zannediyordum. Bu sene ise bireyin psikososyal durumunun sadece dışarıdan alınan biyokimyasal maddeler ile düzelmeyeceğinin farkına vardım ve maddi durumumu da zorlayarak özel bir psikoloğa gitmeye başladım. Son 5 aydır daha önce hiç olmadığım kadar iyiyim. Daha da iyi olmak için kat edeceğin yol var aynı zamanda. Bu nedenle bunun gibi bir desteğin bizlere kendi okulumuz tarafından sağlanacak olmasından dolayı çektiğim bunca sıkıntının da farkındalığıyla çok mutlu oldum”

Öğrencilerin dile getirdikleri stres kaynaklarının başında sınav kaygısı ve sözlü sınavların değerlendirilme yöntemleri ile ilgili olduğu görüldü.

- “Hayatımın istediğim yönde gittiğini düşünmüyorum. Ailevi sorunlar yaşıyorum. Bu yüzden büyük bir özgüven kaybı yaşadığımı düşünüyorum. Sınav stresi ile boğuşuyorum. Kendimi kaybolmuş ve rastgele savruluyor hissediyorum. Kendi adıma psikolojik desteğe ihtiyacım olduğunu düşünüyorum”
- “Sınav kaygısı ciddi anlamda yüksek ve bunda pratik ve sözlü sınavlardaki adaletsizliğin de etkisi var sözlü sınavlarda ortak soruların sorulması gündeme getirilebilir. Onun dışında sadece öğrencilerin kullanabileceği sosyal alanlarda pencere bile olmaması yeterli masa-sandalye olmaması öğrencilerin okulda rahatlayabileceği bir alanın olmaması da ciddi bir sorun”

- “Gerekli olduğunu düşünüyorum. Tıp fakültesi yeterince yıpratıcı bir yer. Daha önce sınav stresi yaşamayan ben okulun 2.yılından beri her sınav sabahı nefes alamayacak önceki gece uyuyamayacak hale geliyorum. Bu kadar yoğun olmamız, stresli olmamız da ister istemez sosyal ilişkilerimizi etkiliyor. İntihar eden etme düşüncesi olan çok fazla insan var. Destek görmek, bu düşünceleri olan insanlara ulaşmak güzel bir düşünce”
- “Akranların ve hocalarımızın da psikolojik durumları üzerine etkileri yanlış davranışları üzerine de çalışmalar yapılmalı”

Birçok kişi tarafından ortak olarak ele alınan bir diğer konu da ruhsal sorunlar için başvuru yerlerinin yeterli olmaması ve damgalama kaygıları nedeniyle üniversiteden yardım almanın zorlukları olduğu görüldü.

- “Hastanemizden daha önceden destek almama rağmen tekrar başvurmak için çekiniyorum, doktorları meşgul ediyorum ve işinden alıkoyuyorum diye hissediyorum. Bu programın çekingen karakterdeki öğrencilere katkısı olacağını düşünüyorum”
- “Bence böyle bir uygulama olması çok güzel olmuş, benim devlet hastanesini tercih etme sebebim poliklinikteki asistanların yeterince ilgilenmemesi hatta muayene bile etmek istememeleriydi, böyle bir uygulama olmasının ruh sağlığımız açısından çok daha iyi olacağını düşünüyorum”

Üzerinde durulan bir başka konu da lgbt bireylerle ilgili ayrımcılık ve damgalamanın olması ve bunların ruh sağlıklarını olumsuz etkilemesi idi.

- “Son olarak üzerinde durmak istedigim diger bir konu da lgbti ogrencilerle ilgili. Eminim ki bildigim ve bilmedigim bircok ogrenci var lgbti olarak identifiye eden kendini veya bununla ilgili catismalar yasayan. Ogretim uyelerinin bazılarının bu konuda yanlış tutumları olabiliyor.Bu siniflarda lgbti ogrenciler de var ve eger bu insanlar cinsel yönelimleriyle, cinsel kimlikleriyle ilgili bir ic catisma halindelerse zaten kendilerini yanlış, hasta olarak hissetmekte ve örnek aldıkları, profesör titrine sahip kişilerin de bu söylemleriyle iyice percimlenmekte. Öğrencilerin başvurabileceği bir psikososyal program çok önemli olmakla birlikte çevrenin de (hocalarımız da bunun bir parçası) lgbti, mental hastalıklar gibi toplumda stigmalastırılan konular hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bu konular hakkında derslerde sakalar yapılmamalı”



5. TARTIŞMA

Üniversite eğitimi çoğu öğrenci için zorlayıcı bir dönem olmakla birlikte tıp fakültesi gerek eğitim süresi gerekse beraberinde getirdiği birçok fiziksel ve ruhsal yük açısından diğerlerinden farklı zorluklar içermektedir. Bu zorluklar geleceğin hekimleri olan tıp öğrencilerinde bazı ruhsal sorunlara yol açmakta; tüm hekimlik yaşamında devam edecek stres faktörleri açısından öncelikle ele alınması ve önlenmesi gereken bir konu olarak ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada tıp öğrencilerinde stres, tükenmişlik ve depresyon belirtilerinin incelenmesi ve bunlarla ilişkili olabilecek değişkenlerin araştırılması planlanmıştır.

5.1. Sosyodemografik Değişkenler

Çalışmaya araştırmaya katılmayı kabul eden 1306 öğrenci katılmıştır. Bunların %59,3'ü kadın, %40,7'si erkektir. 2019'da Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören tüm öğrencilerin %53'ü kadın, %46,9'u erkektir. Eskiye oranla tıp fakültesinde öğrenim gören kadın öğrenci sayısı artmakla birlikte hali hazırdaki kadın- erkek öğrenci oranı göz önüne alındığında kadın öğrencilerin araştırmaya daha çok katıldığı düşünülmektedir. Sınıflar açısından katılım oranlarına bakıldığında ise %29,2 ile en yüksek oranda 1. Sınıflar araştırmaya katılmış, bunu sırasıyla 3,2,5,4. Sınıflar izlemiş; en az oranda 6. Sınıflar katılmıştır. Anketlerin uygulanmasının ilk üç sınıfta amfi derslerini takiben yapılmış olması bu sınıflarda katılım oranının yüksek olmasını açıklamaktadır. 4, 5 ve 6. Sınıflarda ise klinik stajların başlaması ile birlikte tüm öğrencilerin bir arada bulunması zorluğu ankete katılım oranlarını düşürmüştür. Ek olarak 6. Sınıfta olan internlerin yoğun ve vardiyalı çalışma koşulları ile tıpta uzmanlık sınavı kaygıları araştırmaya olan ilgilerini azaltmış olabilir.

Anne ve babanın eğitim durumlarına bakıldığında her ikisinde de en yüksek oranda üniversite mezunlarının olduğu; annelerin %44,3, babaların ise %68,2'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. 2003 yılında yayınlanmış üniversite gençliğinin sosyolojik profili çalışmasında anne ve babaların öğrenim düzeylerinin en yüksek olduğu okulun tıp fakültesi olduğu belirtilmiştir [116]. 2003 yılında Malatya'da yapılmış bir çalışmada tıp öğrencilerinin annelerinin %11, babalarının %37 oranında üniversite mezunu olduğu [94]; 2018 yılında Van'da yapılmış bir çalışmada ise bu oranların sırasıyla %16 ve %38 olduğu bildirilmiştir [117]. Eğitim düzeyi zaman içinde artmakla birlikte çalışmamızın ülkenin

başkentinde ve diğerlerine göre daha büyük bir şehirde yapılmış olması öğrencilerin büyük çoğunluğunun da aileleri ile birlikte yaşıyor olması anne babaların eğitim düzeyinin diğer çalışmalara oranla daha yüksek olmasında etkili olmuş olabilir. Bununla birlikte, bu koşullarda dahi çalışmamızdaki annelerin toplamda %23 babaların ise %8,4'ünün 8 yıllık temel eğitimi bitirememiş olması çarpıcıdır.

Çalışmamızda annelerin %54,7'sini ev hanımı, %34,6'sını çalışanlar, %9,8'ini ise emekliler oluşturmaktadır. Babaların %71,4'ü çalışan %26'sı ise emeklidir. Çalışmamızın planlandığı tarihte Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu tarafından belirlenen açlık (1714 TL) ve yoksulluk sınırı (5584 TL) baz alınarak [115] sorgulanan aylık gelire göre öğrencilerin %6,4'ünün geliri açlık sınırının altında, %47,2'si yoksulluk sınırının altında, %46,5'i ise yoksulluk sınırının üstünde idi. Yapılan diğer çalışmalarda enflasyon vb. değişkenler hesaba katılmadığından karşılaştırmak güç olsa da ülkemizde yapılan bir çalışmada tıp öğrencilerinin %51,5'i gelirlerini yeterli, %39,1'i orta ve %9,4'ü yetersiz olarak değerlendirmiştir [118]. Başka bir çalışmada ise öğrenciler gelirlerini %6,5 oranında kötü %62,2 oranında orta, %31,2 oranında ise iyi olarak belirtmişlerdir [117]. Sonuçlar genel olarak benzer olsa da çalışmamızda objektif verilere dayanan %53,6'lık yoksulluk oranı özellikle tıp öğrencilerinde depresyon, stres gibi konular araştırılırken ele alınması vazgeçilmez bir gerçektir. Literatürde birçok çalışmada ortaya konan ekonomik durumun genel popülasyonda depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu gerçeği [119,120]; tıp eğitiminin bizzat kendisinin öğrenci ve ailesi için oluşturduğu maddi külfetle birlikte düşünüldüğünde öğrencinin ruh sağlığını etkilememesi olanaksız görünmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerde sigara kullanımı %23,7, alkol kullanımı %68,6, madde kullanımı ise %4,1 olarak bulunmuştur. Dünyada sigara kullanım prevalansı %27,1 [121]; Türkiye'de ise %30,5 olarak bildirilmiştir [122]. Ülkemizde 19 bin üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada örneklemin %34'ü sigara, %22'si alkol, %7'si uyuşturucu madde kullandıklarını ifade etmiştir. Bu oranların üniversite eğitimi süresince arttığı da belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada tıp fakültesinde okumak; sigara, alkol ve madde kullanımının yüksek görüldüğü bir değişken olarak bildirilmiştir [123]. Tıp fakültesinin zorlu eğitimi, ders yükü ile başa çıkmak için madde kullanımı ve hastane ortamında bağımlılık yapıcı maddelere kolay erişim tıp öğrencilerini bu açıdan riskli hale getirmektedir. 2003 yılında ülkemizin farklı bölgelerindeki tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada sigara kullanımı %32, alkol %46,1, madde ise %4 olarak bildirilmiştir [124].

Tıp öğrencilerindeki bağımlılık yapıcı madde kullanım oranları birçok açıdan önem teşkil etmektedir. Öncelikle tıp öğrencileri ve hekimlerde görülen yüksek oranlar [125], ikinci olarak kullanılan maddelerin öğrencilerin akademik performanslarını olumsuz etkileme potansiyeli [126] ve son olarak da bağımlılık sorunu olan hastaları tedavi ederken kendi davranış örüntülerinin profesyonel yaklaşımlarını etkileyebilecek olması [127] nedeniyle tıp öğrencilerindeki sigara, alkol ve madde kullanıma yönelik yapılan araştırmalar ve sonuçta planlanan koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir halk sağlığı müdahalesi olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de madde kullanım prevalansı 2011 yılında %2,7 iken 2018’de %3,1 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızdaki %4’lük prevalans Türkiye ortalamasının üzerindedir. Madde kullanımının ağırlıklı olarak ergen ve genç erişkinlerde görülmesi [128] tıp öğrencilerindeki riski de arttırmaktadır. Sağlık çalışanı olmanın getirdiği bilgi ve birikim madde kullanımı açısından tıp öğrencilerini koruyan bir etken olmamakta; hatta tıp fakültesinin zorlu eğitimi, ders yükü ile başa çıkmak için madde kullanımı ve hastane ortamında bağımlılık yapıcı maddelere kolay erişim tıp öğrencilerini bu açıdan riskli hale getirmektedir. Bununla birlikte çalışmamızdaki madde kullanım prevalansı yurtdışındaki tıp öğrencilerinden düşüktür. Yakın zamanlı bir derlemede dünya çapında yaklaşık 17 bin tıp öğrencisi arasında günlük/haftalık esrar kullanımı %1-6; önceki ay kullanım oranı ise %11,8 olarak belirtilmiştir [129]. Bizim çalışmamızda da madde kullananlar arasında en sık kullanılan madde %82 ile esrardır. Diğer maddeleri kullananların sayısı çok düşüktür. Tıp öğrencilerinin esrar kullanma davranışlarında merak, keyif alma, sosyal kabul ve gevşeme nedenlerinin etkili olduğu belirtilmektedir. Hatta esrar kullanımının zararlarının bilinmesine karşın merak ve eğlence baskın gelmektedir [130]. Buradan hareketle; maddenin zararları ve bağımlılık riskleri ile ilgili bilgilendirmenin yanı sıra; stresle baş etme, iletişim becerileri, gevşeme teknikleri eğitimleri tıp öğrencilerinin madde kullanım oranlarını azaltmak için yapılacak uygulamalar arasında sayılabilir.

5.2. Psikiyatrik Başvuru ve Bilgi Düzeyi

Çalışmamızda öğrencilerde daha önce psikiyatri başvurusu olanların oranı %21,7 olarak bulunmuştur. Ülkemizde tıp öğrencileri ile yapılan çalışmalarda %11,9 [94] ve %18,1 [100] oranları belirtilmektedir. Asistan hekimlerle yapılan bir yıllık bir izlem çalışmasında ise ruhsal sıkıntı öyküsü olup bu nedenle tedavi arama davranışı olanların oranının bir yılın sonunda %55,6’dan %80’e yükseldiği belirtilmiştir [131]. Sonuçlar tıp eğitiminin süresi arttıkça hekimlerde farkındalığın arttığı ve damgalama kaygısının azaldığını

düşündürmektedir. Amerika’da yapılan bir çalışmada da tıp öğrencilerindeki psikiyatrik yardım arama ve tedavi olma olasılığının ileri yaş ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ile orantılı olduğu gösterilmiştir ki bu sonuçlar da genel popülasyonda kadınların ve ileri yaştaki kişilerin daha fazla psikiyatrik tedavi arayışında olduğunu bildiren çalışmalarla uyumludur [132]. Aynı çalışmada tıp eğitiminin ya da psikiyatri stajı almanın tedavi arama davranışı üzerinde fark yaratmadığı da belirtilmiştir. Dolayısıyla tıp eğitimin kendisinin öğrencilerin ya da hekimlerin sağlık davranışı üzerinde etkili olmasının beklenmemesi; eğitim müfredatından bağımsız olarak bu alanda bilgilendirici eğitimlerin özellikle de küçük sınıflara uygulanması gerektiği belirtilmektedir.

Tıp öğrencilerini psikiyatri başvurusundan uzak tutan nedenler zaman kısıtlılığı, bu alanda yapılandırılmış başvuru merkezlerinin olmaması, tanıların akademik sisteme kaydedilmesi ve bunun kariyerleri üzerinde olumsuz etki yaratacağına dair endişe, ruhsal yardım almakla ilgili damgalamalar ve tanıdıkları biri tarafından tedavi edilmek istememe olarak sıralanmıştır [133,134]. Bizim çalışmamızda “kendimde bir psikiyatrik hastalık düşündüğümde nereye başvuracağımı biliyorum” diyen öğrencilerin oranı %83,7 iken; en sık oranda (%63,4) başvuru merkezi olarak kendi eğitim aldıkları yeri tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Özel klinikleri tercih edenlerin oranı %18,2, başka devlet hastanesini tercih edenlerin oranı %15,2 üniversite rektörlüğünde bulunan medikoyu tercih edenlerin oranı ise yalnızca %2,7’dir. Yukarıda da belirtildiği üzere tanılarının ve özel bilgilerin sistemde kayıtlı olması, damgalama ve kariyerle ilgili endişeler nedeniyle öğrencilerin kendi üniversitelerindeki psikiyatri merkezlerine başvurmaları aslında psikiyatrik başvuruyu azaltan faktörlerdir. Ayrıca “koridor konsültasyonu” denilen hem tıp öğrencilerinin hem de hekimlerin sıkça yaptığı kendinde gördüğü sorunla ilgili resmi bir poliklinik başvurusu yapmak yerine ders çıkışında ya da aralarda öğretim üyesine ya da arkadaşlarına danışması nitelikli bir sağlık hizmeti almasını zorlaştırmaktadır [75,76]. Bu durumun doğru olmadığı, doktorlar ve ailelerinin bağımsız sağlık kuruluşları ve hekimlerce takip ve tedavilerinin yapılması gerektiği bazı tıp otoriteleri tarafından bildirilmiştir [78]. Genel tıp konseyi de öğrencilerin tanı ve tedavisinin onların aynı zamanda eğitimcileri olan öğretim üyeleri tarafından yapılmasının uygun olmadığını belirtmiştir [111]. Bu konu ile ilgili öğrencilere başvuracakları yerler ve mediko ile ilgili bilgilendirici bir eğitimin yapılması gerektiği düşünülmüştür.

Psikiyatrik başvurusu olanların aldıkları tanılara bakıldığında öğrencilerin %9,3'üne herhangi bir tanı konmadığı görülmüştür. En sık konulan iki tanı anksiyete bozuklukları (%36,8) ve depresyon (%30,8) dur, bu hastalıklar dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluklardır [55]. Çalışmamızda depresyon ve anksiyeteyi takiben en sık görülen hastalık Obsesif Kompulsif Bozukluklar (%10,2) ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) (%8,4) olarak bulunmuştur. Öğrencilerin kullandıkları psikiyatrik ilaçlar en sık oranda yukarıdaki verilerle uyumlu olarak antidepresanlar (%87,8) ve metilfenidatlardır (%5,6). Yapılan çalışmalarda tıp öğrencilerinde genel popülasyonla uyumlu DEHB prevalanslarına (%5,5) rağmen metilfenidat grubu ilaç kullanımı tıp dışı öğrencilerde %6,9 tıp öğrencilerinde ise %10 olarak bildirilmiştir [135]. Aradaki fark tıp öğrencilerinin klinik tanılarının olmamasına karşın akademik performansı arttırmak amacı ile bu tür ilaçları kötüye kullanıyor olabileceklerini düşündürmektedir [136].

5.3. Depresyon ve İlişkili Etmenler

Çalışmamızda öğrencilerin CES- Depresyon Ölçeği puan ortalaması 21,2'dir. Ölçeğin kesim noktası olan 16'nın üzerinde alanların oranı ise %64,2'dir. 15 Avrupa ülkesinin üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada depresif belirti yaygınlığı %32 olarak bildirilmiştir [137]. Yine Avrupa'nın çeşitli bölgelerinden öğrencilerle yapılan geniş örneklemli bir çalışmada Doğu Avrupa ülkelerinde depresif belirtilerin yaygınlığı %43,2 iken; Batı Avrupa ülkelerinde %23,5'tir [138]. Ergenlerde depresif belirti sıklığı yurt dışı çalışmalarda %21-56 arasında değişirken, ülkemizde bu oran %27 olarak bildirilmiştir [139]. Estonya'da tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada %30,6 [140] oranında depresyon sıklığı belirtilmiştir. 2010 yılında çalışmamıza benzer şekilde CES-D ölçeği kullanılarak Kore'deki tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin puan ortalaması 14,1, kesme noktasının üzerinde olan öğrenci oranı ise %37,1 olarak bildirilmiştir [141]. Aynı yıl Amerika'da yayınlanan bir çalışmada CES-D ölçeğine göre depresyonda olan öğrencilerin oranı %59,1 bulunmuştur [104]. Bu çalışmanın örneklemi tamamen kadın öğrencilerden ve ilk iki sınıftan oluşmaktadır. Yine de bizim çalışmamızdaki depresyon prevalansının buna göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Ankara'da başka bir tıp fakültesinde yapılan bir çalışmada depresif belirti gösteren tıp öğrencisi oranı %41; Konya'da 1 ve 2. Sınıf öğrencilerine Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada depresyon prevalansı %29,3 [98] olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda, kullanılan ölçeğe ve hangi sınıflarda yapıldığına göre değişmekle birlikte %13 ila %41 arasında değişen

depresyon prevalansları belirtilmektedir (Çizelge 2.1). Bu açıdan çalışmamıza en yakın sonuç Öncü ve ark tarafından aynı şehirdeki başka bir tıp fakültesinde yapılan çalışma olsa da (%41); %64,2'lik sonuç çalışmamızda depresyon açısından oldukça yüksek bir oranı göstermektedir. Öncü'nün çalışmasındaki örneklem sayısı 348 olup 2013 yılında yapılmıştır. Çalışmamız 1306 öğrenci ile yapılmış olup şimdiye kadar tıp öğrencilerinde yapılan çalışmalar arasında en geniş örneklemli araştırmadır. Ayrıca 2019 yılında yapılması itibarı ile aradan geçen zaman zarfında tıp öğrencilerini etkileyebilecek stres faktörleri değişmiş olabilir. Son dönemlerde tıp fakültelerinin kontenjan sayılarının kapasitenin çok üzerinde olacak şekilde artması, öğrencilerin teorik ve pratik derslerde bire bir usta-çırak öğrenimini yaşamasını zorlaştırmakta, fakülte ile iletişimi sınırlandırmakta ve aidiyet duygusunun gelişmesine imkân vermemektedir. Bilimsel alandaki gelişmelerle paralel olarak genişleyen tıp müfredatı ise öğrenciler için her geçen gün bir öncekinden daha da zorlayıcı hale gelmektedir. Ek olarak tıpta uzmanlık sınavına hazırlanma dönemi günümüzde tıp fakültesinin ilk yıllarına kadar inmiştir. Öğrenciler bir yandan mecburi hizmet ve pratisyen hekim olarak yetişme kaygısı, diğer yandan da uzmanlık sınavı kaygısı ile baş etmeye çalışmakta; komite ve staj sınavlarından arta kalan zamanlarını tıpta uzmanlık sınavına hazırlanmak için değerlendirmekte ve sonuçta sosyal aktivitelere yeterince zaman ayıramamaktadır. Tüm bunlar önceki çalışmalara göre bizim çalışmamızdaki depresyon oranlarının yüksek çıkmasına katkıda bulunmuş olabilirse de fakülte yönetimi tarafından bu konuya etkili olabilecek faktörler ve nasıl önlenebileceği ile ilgili detaylı çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Depresyonla ilişkili olabilecek faktörler incelendiğinde çalışmamızda öğrencilerin cinsiyeti ile depresif belirtiler arasında ilişki bulunmamıştır. Genel popülasyonda depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğü ancak bunun yaş, toplumsal cinsiyet eşitliği ya da psikososyal faktörlerden etkilenebildiği literatürde belirtilmektedir [142]. Üniversite ve daha özelde tıp öğrencilerinde yapılan çalışmalarda da genel popülasyonla uyumlu olarak depresif belirtilerin daha sık kadınlarda görüldüğü [101], daha sık erkeklerde görüldüğü [98] ya da her iki cinsiyet arasında fark bulunmadığını [100] bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Sonuçlardaki farklılıklar üniversite öğrencisi örnekleminde sosyoekonomik faktörlerin depresyon açısından cinsiyetten daha fazla fark yarattığını düşündürmektedir. Ek olarak çalışmamızda cinsel yönelim ile depresyon arasında ilişki bulunamaması literatürde heteroseksüel olmayan bireylerde yüksek oranlarda bildirilen ruhsal sorunlarla uyumsuz olsa da örneklemimizde heteroseksüel olmayan bireylerin çok az sayıda olması sonuçları

istatistiki açıdan zayıf hale getirmektedir. Ek olarak 62 öğrencinin (%4,7) bu soruyu yanıtsız bırakması da hala bu konudaki tabuların devam ettiğinin bir göstergesi olabilir.

Depresif belirtiler sınıflara göre incelendiğinde en yüksek ortalamanın 4. Sınıflarda olduğu görülmüştür. İkili karşılaştırmalarda da 4. Sınıflar ile 1 ve 3. Sınıflar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Başka bir çalışmada da bizim sonuçlarımızla uyumlu olarak depresyon ortalamasının en yüksek olduğu sınıf 4. Sınıf olarak bulunmuştur. Sivas [143] ve Ankara Tıp'ta [100] yapılan çalışmada sınıflar arasında fark yokken; GATA çalışmasında da sınıf arttıkça depresif belirtilerin arttığı belirtilmiştir [144]. Süleyman Demirel Üniversitesi'nde de depresyon en sık 1. Sınıflarda bulunmuştur [101]. Sonuçlardaki farklılıkların üniversitelerin kendi sistemleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda 4.sınıflarda görülen yüksek oranlarda; klinik stajlara geçilmesi ile birlikte hasta muayenelerinin, pratik derslerin başlamasının ve sözlü sınavlarda görülen sınav kaygısının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda depresif belirtiler ile anne ve babanın eğitim durumu arasında anlamlı fark saptanmamış, çalışma durumu açısından da sadece babanın çalışma durumunun depresyonu etkilediği görülmüştür. Buna göre, babası emekli olanların çalışıyor olanlara göre depresif belirti oranları daha fazladır. Bu sonucun gelir düzeyinin bir yansıması olduğu düşünülmektedir nitekim aylık geliri 1770 TL'den daha düşük olanların 5500 TL ve daha fazla olanlara göre depresif belirti sıklığı anlamlı olarak daha fazladır. Hem ulusal hem de yabancı literatüre bakıldığında düşük sosyoekonomik düzeyin depresyonla ilişkisini kanıtlayan birçok çalışma [145,98] ile birlikte; yüksek gelirli olanlarda daha fazla depresyon olduğunu belirten [119] ya da gelirin depresyon üzerinde fark yaratmadığını belirten çalışmalara [120] rastlanmaktadır. İlgili çalışmalarda düşük sosyoekonomik durumun depresyon üzerinde kesin etkili bir faktör olmayabileceği tartışılırken; çalışmamızda ülkemizdeki açlık sınırı baz alınarak yapılan hesaplamalar, açlık sınırının altındaki bir gelirle yaşamaya çalışan gençlerde depresyon gelişmemesinin mümkün olamayacağını düşündürmektedir.

Çalışmamızın kendinde kronik bir hastalığı olanlarda depresif belirtilerin fazla olması sonucu da kronik fiziksel hastalıklar ile depresyonun sıklıkla komorbid olarak birlikte görülen ve birbirleri ile çift yönlü bir ilişki olan hastalıklar olması durumu ile ilgilidir [146]. Kronik fiziksel hastalığı olan öğrencilerin ruh sağlıklarının korunmasında öncelikle primer

hastalıkları ile ilgili başvurabilecekleri ve düzenli takip ve tedavi imkanlarına sahip olacak şekilde yönlendirilmelerinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin sigara ve alkol kullanımlarının anlamlı olarak daha yüksek depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunurken madde kullanımının anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür ancak madde kullanan öğrenci sayısının az sayıda olması bu konuda yorum yapmayı güçleştirmektedir. Sigara ve alkol kullanımının tıp öğrencilerinde sık görüldüğü ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir [147,148]. Ancak; bağımlılık yapıcı madde kullanımı depresyonun bir bileşeni ya da sonucu olarak ortaya çıkabileceğinden nedensel ilişki kurabilmek için daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Son olarak daha önceden psikiyatriye başvuranlarda ve psikiyatrik ilaç kullananlarda bekleneceği üzere depresif belirtiler daha fazla bulunmuştur.

5.4. Tükenmişlik ve İlişkili Etmenler

Çalışmamızda tükenmişlik ölçeğinin tükenme, duyarsızlaşma ve yetkinlik alt ölçeklerinden alınan ortalama puanlar sırasıyla 15,6, 10,4 ve 11,7 olarak bulunmuştur. Sonuçları tükenmişlik açısından diğer çalışmalarla karşılaştırma ve yorumlamada bazı sınırlılıklar mevcuttur. Bunlardan ilki kullanılan ölçekle ilgilidir. Literatüre bakıldığında tükenmişlikle ilgili birçok ölçek ve bir ölçeğin farklı popülasyonlara özel geliştirilmiş formları mevcuttur. Bizim çalışmamızda öğrenci olmakla ilgili spesifik etkenleri saptamak için MTE- ÖF kullanılmıştır. Bu ölçeğin de farklı toplumların kültürel yapılarına göre uyarlanmış farklı formları ve puanlamaları bulunmaktadır. Diğer yandan bu ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğu çalışmada ölçek puan ortalamaları sonuçlarda belirtilmeden tükenmişliği yordayan özellikler incelenmiş; bazılarında da yine toplumlara özgü geliştirilen formlarla ilişkili olarak gruplandırılarak düşük, orta ve yüksek tükenmişlik gösteren katılımcılar olarak gruplandırmalar yapılmıştır. Bizim çalışmamızda kullanılan ölçeğin kesme noktası bulunmadığından ortalama puanlar üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır. Tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ile yetkinlik alt ölçeğinden alınan düşük puanlar tükenmişliği göstermektedir.

Amerika’da 2012 yılında tıp öğrencilerinde aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada alt ölçek puanları sırasıyla 17, 9 ve 10 olarak bulunmuştur [149]. Aynı yıl Brezilya’da yine aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada ise ölçek puanları 16,3, 7,4 ve 27,9 olarak belirtilmiştir [150]. Bizim çalışmamızdaki tükenme puanları diğer iki çalışma ile benzerken; duyarsızlaşma ve özellikle de yetkinlik açısından çalışmamızdaki öğrencilerin daha fazla tükenmişlik yaşadığı görülmektedir. Ülkemizde yakın zamanlı bir çalışmada hemşirelik öğrencilerinde aynı ölçek kullanılarak bakılan tükenmişlik alt ölçek puanları 15,10 ve 11 olarak belirtilmiştir ve bizim çalışmamızdaki sonuçlarla oldukça benzerdir [151]. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Genel formu kullanılarak Ankara’ da bir tıp fakültesinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin aldığı ortalama puanlar 18, 7 ve 13 olarak saptanmıştır [152]. Akdeniz Üniversitesi’nde yapılan başka bir çalışmada ise 17, 6 ve 19 olarak alt ölçek puanları verilmiştir [153]. 2019 yılında Hacettepe Üniversitesi’nde yapılan bir çalışmada ise 17, 7 ve 12 ortalamaları bildirilmiştir [154]. Son üç çalışmanın sadece 6. Sınıf öğrencilerini kapsaması; internluk gibi ağır şartları olan ancak klinik becerilerin oturmaya başladığı bir dönemde duygusal tükenmişliğin daha kötü, yetkinliğin ise daha iyi olmasını açıklamaktadır.

Sağlık çalışanlarının tükenmişliğe en fazla yatkınlık oluşturan mesleklerden olduğu bilinmektedir. Türkiye’de yapılan, doktor, hemşire, ebe ve acil tıp teknisyenlerinden oluşan sağlık çalışanlarının tükenmişlik açısından incelendiği bir çalışmada tükenme ve duyarsızlaşma alanında en fazla tükenmişlik yaşayan grubun doktorlar olduğu belirtilmiştir [40]. Hekimlerin online olarak yeni gelişmeleri takip edip iletişim kurdukları bir platform olan Medscape tarafından 2018 yılında yapılan ve yaklaşık 15 bin hekimi kapsayan ankete göre hekimlerin %44’ü tükenmişlik yaşamaktadır [155]. Bununla birlikte; esasında tükenmişliğin tıp eğitimi sırasında da mevcut olduğuna dair sayısız kanıt mevcuttur. Amerika’da tıp öğrencilerindeki tükenmişlik prevalansının %45 ile %71 arasında olduğu belirtilmektedir [8]. Bu nedenle; hekimliğin tüm dönemleri boyunca görülebilecek ve toplum sağlığını önemli derecede etkileyebilecek olan tükenmişliğin erken dönemde farkına varılması ve önlenmesi için öncelikle tükenmişlikle ilişkili olabilecek faktörlerin incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonuçları tükenmişlikle ilişkili olabilecek faktörler açısından incelendiğinde cinsiyet açısından tükenme alt ölçeğinde fark yokken; duyarsızlaşma ve yetkinlik alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Erkek öğrenciler duyarsızlaşma alanında daha fazla tükenmişlik gösterirken, yetkinlik alanında kadın

öğrencilerden daha iyi durumdadırlar. Literatürde cinsiyetin tükenmişlik açısından prediktif değeri olduğu belirtilmekle birlikte bildirilen sonuçlar çelişkilidir. Tükenmişliğin erkeklerde daha fazla olduğu, kadınlarda daha fazla olduğu ya da her iki cinsiyet arasında fark olmadığını belirten çalışmalar mevcuttur [156]. Çalışmamızla uyumlu olarak duyarsızlaşma alanında erkeklerin daha fazla tükenmişlik gösterdiğini bildiren birçok çalışma bulunmaktadır [151,157,158]. Erkekler toplumsal cinsiyet rolleri ile ilgili olarak duygusal tepkiler yaşamayı ve bunu başkaları ile paylaşmayı zayıflık göstergesi olarak kabul edebilirler. Dolayısıyla stres verici nedenler karşısında duygusal dışa vurumları görece daha az olabilmektedir [159]. Bu da erkeklerin duyarsızlaşmayı kadınlara oranla daha fazla yaşamalarının bir nedeni olarak düşünülebilir. Yetkinlik açısından da kadın öğrencilerin daha fazla tükenmişlik gösterdiği sonucumuz da literatürle uyumlu görünmektedir [160]. 2011 yılında İspanya’da tıp öğrencileri ile yapılan bir çalışma; tükenmişlik açısından cinsiyetler arasında fark görülmediğini bildirmiş ve bu sonucu öğrencilerinin %70’inin kadın olduğu ve artık kadınların erkek meslektaşları ile eşit haklara sahip olmak için çaba sarf etmelerine gerek duymamaları ile ilişkilendirmiştir [161]. Başka bir çalışmada da kadın tıp öğrencilerinin başka bölümlerde okuyan kadın öğrencilere göre daha fazla tükenmişlik yaşadığı ancak aynı farkın erkek tıp öğrencilerinde olmadığı belirtilmiştir [149]. Bizim çalışmamızda kadın öğrencilerin yetkinlik alanında daha fazla tükenmişlik yaşamaları, ülkemizde toplumsal cinsiyet eşitsizliği açısından ilerlemeler olsa da halen kadın doktor olmanın yetkinlik açısından sorgulanması ile ilişkili olabilir.

Tükenmişlik sınıflar açısından incelendiğinde; tükenme alt ölçeğinde sınıflar arası anlamlı fark olduğu, 1. Sınıftaki düşük puanların özellikle 2 ve 4. Sınıflarda yükseldiği ve 6. Sınıfta en yüksek ortalamanın olduğu görülmektedir. Duyarsızlaşma alanında da benzer bir trend mevcut olup yetkinlik alanında ise ilk sınıflarda görülen yüksek tükenmişliğin 4. Sınıfta klinik stajlara geçilmesi ile birlikte azaldığı ancak 5. Sınıfta tekrar arttığı görülmüştür. Sonuçlarımız ülkemizde [99] ve dünyada yapılan birçok çalışma [161,162] ile uyumlu olup tükenmişliğin üst sınıflara doğru artış göstermesi diğer birçok faktörün yanı sıra hekimlerde sıklıkla görülen tükenmişliğin tıp fakültesinden köken aldığı görüşünü desteklemektedir [163].

Çalışmamızın sonuçlarına göre sigara kullanımı tükenmişliğin her üç boyutu ile anlamlı olarak ilişkili olup sigara içenlerin tükenmişlik ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlar sağlıkla ilgili davranışlar ve özelde sigara içiminin artmış tükenmişlikle ilgili

olduğunu gösteren literatürdeki çalışmalarla uyumludur [164-166]. Alkol kullanımı ile tükenmişliğin tükenme ve duyarsızlaşma boyutları arasında anlamlı fark bulunmuş, yetkinlik boyutu ile fark çıkmamıştır. Alkol kullanımı tükenme ve duyarsızlaşma alanlarında artmış tükenmişlikle ilişkilidir. Alkol kullanımının tıp öğrencilerinde aynı yaştaki genel popülasyona oranla yüksek olduğu [148] ve bunun yüksek stres ve anksiyete seviyeleri ile sınav kaygısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [167]. Stresle baş etmek amacı ile alkol kullanımı genel toplumda sık görülen bir davranış olup üniversite öğrencilerinde de görüldüğü bildirilmiştir [168]. Bizim çalışmamızda da alkol kullanan öğrencilerin daha fazla tükenmişlik göstermeleri böyle bir davranış örüntüsü ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda madde kullanımı ile tükenmişlik arasında ilişki bulunamamıştır ancak madde kullanan kişi sayısının çok az olması nedeni ile bu sonucun genellenebilirliği düşüktür. Bununla birlikte literatürde de hekimlerde madde kullanımı ve tükenmişlik ilişkisinin ele alındığı araştırma sayısı kısıtlı olduğu ve hekimlerde bildirilen madde kullanım oranlarının gerçekte olduğundan çok daha azını yansıttığı belirtilmektedir [169].

Çalışmamızın sonuçlarına göre yalnız yaşamak, aile yanında kalmak ve yurttan kalmaya göre tükenmişlikle daha fazla ilişkilidir. Arkadaşla birlikte yaşamak ise yurttan kalmaya göre daha fazla tükenmişlik göstermektedir. Sonuçlar yalnız yaşamamanın tükenmişlik açısından en riskli yaşam biçimi olduğu, toplu yaşam ve destekleyici bir sosyal çevrenin tükenmişlik açısından koruyucu olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda gelir düzeyi ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde tıp öğrencilerinde aylık gelir ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmadığını gösteren yayınlar olduğu gibi [170]; maddi zorluk yaşadığını belirten ya da bu konuda kaygıları olan öğrencilerde tükenmişliğin daha fazla olduğunu gösteren yayınlar [171] da bulunmaktadır. Buradan hareketle tükenmişlikte aylık gelirden çok, kişinin kendi gelir durumu ile ilgili değerlendirmesinin etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmaya katılan öğrencilerden daha önceden psikiyatri başvurusu olanların ve psikiyatrik ilaç kullanımı olanların anlamlı olarak daha fazla tükenmişlik yaşadığı görülmüştür. Tükenmişliğin depresyon, kaygı bozuklukları, intihar düşüncesi başta olmak üzere birçok psikiyatrik hastalıkla ilişkili olması [44] ve hekimlerde de tükenmişliğin psikiyatrik morbiditeler ve ruhsal sağlığın olumsuz etkilenmesine neden olması açısından sonuçlarımız literatürle uyumludur [172].

5.5. Stres ve İlişkili Etmenler

Çalışmamıza katılan öğrencilerin Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)'den aldıkları puan ortalaması 28,3 olarak bulunmuştur. Ülkemizde asistan hekimlerle yapılan bir çalışmada 29,9 puan bildirilirken [173]; Pakistan'daki tıp öğrencilerinde aynı ölçeğin puan ortalaması 30,8 bulunmuştur [174]. 2015 yılında Erzurum'da çalışan hekimlerle yapılan bir çalışmadaki ölçek puan ortalaması 26,7 [175], Adana'da 27,2 [176] olarak bildirilmiştir. Uluslararası çalışmalara bakıldığında; Fransa'da 26,2 [177], Portekiz'de 24 [178], Avustralya'da 24,6 [179] olarak ASÖ ortalama puanları bildirilmektedir. Hekimlerin çalıştıkları konum ve koşulların etkisi ile stres düzeyleri değişkenlik gösterse de genel olarak sonuçlar karşılaştırıldığında; öğrencilik dönemindeki stres düzeyinin asistanlıkta artış gösterdiği, sonrasında kısmen azaldığı ancak Avrupa'da yaşayan hekimlere göre ülkemizdeki hekimlerin stres düzeylerinin daha yüksek olup Pakistan gibi daha doğuda yer alan bir ülkedeki hekimlere göre ise düşük olduğu söylenebilir.

Stres puanları sınıflar arasında incelendiğinde 4. Sınıfların 1. Sınıflara göre anlamlı oranda daha fazla stres yaşadıkları bulunmuştur. Benzer farkın depresyon ve tükenmişlikte de olması ruh sağlığını koruma müdahaleleri planlarken 4. Sınıfların önemle ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Stres düzeyleri açısından cinsiyetler arasında da anlamlı fark saptanmış olup kadınlarda stres puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Erzurum'da yapılan çalışmada sonuçlarımıza benzer şekilde kadınlarda stres düzeyi yüksek bulunmuştur. Pakistan'daki tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kadın öğrencilerde stres düzeyi, daha yüksek bulunmuşken [174]; Portekiz'de anesteziistlerle yapılan bir çalışmada ise cinsiyetler arasında fark bulunmamıştır [178].

Çalışmamızda aylık geliri çalışma yapılan dönemdeki açlık sınırının (1770 TL) altında olanların yoksulluk sınırının (5500 TL) üzerinde olanlara oranla stres düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ülkemizde hekimlerle yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmaktadır [175, 176].

Tıp öğrencilerinin yaşadıkları stres kaynaklarının bireysel faktörlerden ziyade bizzat tıp eğitiminin kendisi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir [180]. Ders programının içeriği ve

yoğunluğu, yapılan sınavların özellikleri ve devamsızlık kurallarının bu stres faktörlerinden bazıları olduğu belirtilmektedir [181]. Tıp öğrencilerindeki stres düzeyinin ilerleyen 4 yıl içinde tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik sorunlarla ilişkisi olduğunu gösteren bir izlem çalışması, erken dönemde alınacak tedbirlerin ve ruh sağlığını koruyucu uygulamaların önemini göstermektedir [90]. Stresle baş etme teknikleri, sağlıklı beslenme, egzersiz olanaklarının sunulması ile psikososyal danışmanlık merkezlerinin oluşturulması tıp öğrencilerinin stres düzeylerinin azaltılmasında etkili yöntemler olarak önerilmektedir [69].





6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Sonuç olarak; bu çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2018-2019 eğitim yılınca öğrenim gören 1306 öğrenci katılmıştır. Sınıflar açısından katılım oranlarına bakıldığında ise %29,2 ile en yüksek oranda 1. Sınıflar araştırmaya katılmış, bunu sırasıyla 3,2,5,4. Sınıflar izlemiştir; en az oranda 6. Sınıflar katılmıştır. Anketlerin uygulanmasının ilk üç sınıfta amfi derslerini takiben yapılmış olması bu sınıflarda katılım oranının yüksek olmasını açıklamaktadır. 4, 5 ve 6. Sınıflarda ise klinik stajların başlaması ile birlikte tüm öğrencilerin bir arada bulunması zorluğu ankete katılım oranlarını düşürmüştür.

Çalışmamızda öğrencilerde sigara kullanımı %23,7, alkol kullanımı %68,6, madde kullanımı ise %4,1 olarak bulunmuştur. Türkiye'de madde kullanım prevalansı 2018'de %3,1 olarak bildirilmiştir. Buna göre çalışmamızdaki oranlar ülkemizdeki genel oranlara göre yüksek olmakla birlikte; madde kullanımının ergen ve genç erişkinlerde daha sık görülmesi, tıp öğrencileri ve hekimlerde stresle baş etmek, rahatlama ve keyif elde etmek gibi amaçlar ile maddeye erişimin kolay olması gibi nedenlerle madde kullanımının sık görülmesi sonuçları açıklar niteliktedir [129]. Çalışmada madde kullananlar arasında en sık kullanılan madde %82 ile esrardır. Tıp öğrencilerinin esrar kullanma davranışlarında merak, keyif alma, sosyal kabul ve gevşeme nedenlerinin etkili olduğu belirtilmektedir. Buradan hareketle; maddenin zararları ve bağımlılık riskleri ile ilgili bilgilendirmenin yanı sıra; stresle baş etme, iletişim becerileri, gevşeme teknikleri eğitimleri tıp öğrencilerinin madde kullanım oranlarını azaltmak için yapılacak uygulamalar arasında olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda “kendimde bir psikiyatrik hastalık düşündüğümde nereye başvuracağımı biliyorum” diyen öğrencilerin oranı %83,7 iken; en sık oranda (%63,4) başvuru merkezi olarak kendi eğitim aldıkları yeri tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Özel klinikleri tercih edenlerin oranı %18,2, başka devlet hastanesini tercih edenlerin oranı %15,2 üniversite rektörlüğünde bulunan medikoyu tercih edenlerin oranı ise yalnızca %2,7'dir. Tanıların ve özel bilgilerin sistemde kayıtlı olması, damgalama ve kariyerle ilgili endişeler nedeniyle öğrencilerin kendi üniversitelerindeki psikiyatri merkezlerine başvurmaları aslında psikiyatrik başvuruyu azaltan faktörlerdir. Tıp öğrencilerinin tedavi hizmetlerinin aynı zamanda eğitim de aldıkları öğretim üyeleri tarafından değil, kendi üniversitelerinden

bağımsız hekimlerce yapılması gerektiği dünyadaki tıp eğitimi kuruluşlarınca belirtilmektedir. Bu konu ile ilgili öğrencilere kendilerinde ruhsal bir sorun gördüklerinde başvuracakları yerler ve mediko ile ilgili bilgilendirici bir eğitimin yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin CES- Depresyon Ölçeği puan ortalaması 21,2; ölçeğin kesim noktası olan 16'nın üzerinde alanların oranı ise %64,2 olarak bulunmuştur. Aynı ölçeği kullanarak tıp öğrencilerindeki depresyonu araştıran uluslararası çalışmalardan Kore'de %37,1 ve Amerika'da %59,1 oranları belirtilmiştir. Ülkemizde ise farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda tıp öğrencilerinde depresyon prevalansları %13 ila %41 arasında değişmektedir. Bu çalışmalarla kıyaslandığında yöntem ve örneklem farklılıklarına rağmen bizim çalışmamızdaki depresyon prevalansının oldukça yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Tıp fakültelerindeki kontenjan sayısının kapasitenin çok üzerinde artmasına bağlı olarak teorik ve pratik eğitimin niteliğinin azalması, fakülte ile iletişimin zorlaşması; mecburi hizmet ve pratisyen hekim olarak yetiştirme kaygısının tıp fakültesinin ilk yıllarına kadar inen tıpta uzmanlık sınavı kaygısı ile birleşmesi ve tüm bu nedenlerin öğrencilerin sosyal aktivitelere katılımlarını azaltmasının depresyon oranlarını arttırdığı düşünülmekle birlikte; fakülte yönetimi tarafından bu konuya etkili olabilecek faktörler ile nasıl önlenebileceği ile ilgili detaylı çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Sınıflara göre incelendiğinde en yüksek ortalamanın depresyon ortalamasının 4. Sınıflarda olduğu görülmüştür. Benzer şekilde tükenmişlik ve stres düzeyleri de bu sınıfta oldukça yüksektir. Çalışmamızda 4. sınıflarda görülen yüksek oranlarda; klinik stajlara geçilmesi ile birlikte hasta muayenelerinin, pratik derslerin başlamasının ve sözlü sınavlarda görülen sınav kaygısının etkili olabileceği düşünülmektedir; nitekim öğrencilerin ankette özgün görüşlerini belirttiği serbest paragraflarda sözlü sınavlar ve bu sınavlarda karşılaşılan davranışların birçok öğrenci tarafından dile getirilen ortak bir sorun olduğu görülmektedir.

Depresyon açısından cinsiyetler arasında fark yokken; tükenmişliğin duyarsızlaşma alanında erkek öğrenciler; yetkinlik alanında ise kadın öğrenciler daha fazla tükenmişlik yaşamaktadır. Stres düzeyleri de kadın öğrencilerde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde cinsiyetin tükenmişlik açısından prediktif değeri olduğu belirtilmekle birlikte bildirilen sonuçlar çelişkilidir. Erkekler toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkili olarak stres verici nedenler karşısında duygusal dışı vurumları görece daha az olabilmektedir. Bu da erkeklerin

duyarsızlaşmayı kadınlara oranla daha fazla yaşamalarının bir nedeni olarak düşünülebilir. Yetkinlik açısından da kadın öğrencilerin daha fazla tükenmişlik gösterdiği sonucumuz da literatürle uyumlu görünmektedir. Bunu da yine toplumsal cinsiyet kavramları ile ilişkili olarak kadın hekimlerin “yetkin” görülme ve kabullenilme ile ilişkili konularda halen zorluk yaşamaları ile ilişkili olabilir.

6.2. Öneriler

Bu çalışma ile öncelikle ruhsal sorunlar açısından oldukça riskli bir grup olan tıp öğrencilerinde bu alandaki farkındalığın ve tarama ve önleme çalışmalarının önemi ortaya konmuştur. Çalışma sonuçlarından yola çıkarak oluşturulan öneriler aşağıda özetlenmiştir:

- Tıp fakülteleri öğrencilerin ruh sağlıklarının korunmasına yönelik birinci basamak koruyucu uygulamalarla ilgili planlamalar yapılmalıdır.
- Ruhsal sorunlar açısından en riskli gruplar olan 4. Sınıflarda risk faktörleri ve müdahale yöntemleri ile ilgili detaylı çalışmalar yapılmalıdır.
- Maddi açıdan sorun yaşayan öğrencilerin başvurabilecekleri burs imkanları sağlanması konusundan çalışmalar yapılmalıdır.
- Eğitimler ve sınavlar standardize edilmeli, bu konuda özellikle sözlü sınavlar dikkate alınmalıdır.
- Madde kullanımının zararları, stres yönetimi, iletişim becerileri ve gevşeme vb konularda bilgilendirici eğitimler öğrencilere düzenlenmelidir.
- Tıp fakülteleri öğrencilerin ruh sağlığı sorunlarında tedavi edici değil, rehberlik edici ve yönlendirici konumda olmalıdır.
- Öğrenciler kendilerinde bir ruhsal sorun olduğunu düşündüklerinde nereye başvuracaklarını bilmeli, fakülte yönetimi bu konuda bilgi sağlamaları, rehberlik etmeli, ve yardım almaları konusunda öğrencileri cesaretlendirmelidir.
- Tıp fakülteleri ruhsal sorunların rahatlıkla konuşulabildiği, damgalamanın olmadığı bir ortam yaratmalıdır.
- Öğrenci- öğretim üyesi iletişim ve etkileşimini arttırmaya yönelik sosyal aktiviteler, danışmanlık sistemi vb çalışmalar planlanmalıdır.
- Cinsel yönelim, toplumsal cinsiyet konularında bilgi düzeyinin artırılması ve damgalamanın önlenmesine yönelik eğitimler planlanmalı, öğretim üyelerinin bu alanda farkındalığının ve bilgi düzeyinin artırılması için çalışmalar yapılmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 192-199.
2. Brooks, S. K., Gerada, C., and Chalder, T. (2011). Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed?. *Journal of Mental Health*, 20(2), 146-156.
3. Duffy, J. C., and Litin, E. M. (1964). Psychiatric morbidity of physicians. *The Journal of the American Medical Association*, 189(13), 989-992.
4. Lowry, S. (1988). Dr Kildare let me down. *British Medical Journal (Clinical Research ed.)*, 296(6638), 1686.
5. Brunner, S., and Bachmann, N. (1999). Psychische und physische Gesundheit im Verlauf des Studiums. *Macht Studieren Krank*, 77-92.
6. Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., Ephgrave, K., Kent, A., Kunkel, M., Schechter, J., and Tate, J. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic Medicine*, 84(2), 236-241.
7. Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., Durning, S., Moutier, C., Szydlo, D. W., Novotny, P. J., Sloan, J. A., and Shanafelt, T. D. (2008). Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149(5), 334-341.
8. Ishak, W., Nikraves, R., Lederer, S., Perry, R., Ogunyemi, D., and Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher*, 10(4), 242-245.
9. Brimstone, R., Thistlethwaite, J. E., and Quirk, F. (2007). Behaviour of medical students in seeking mental and physical health care: exploration and comparison with psychology students. *Medical Education*, 41(1), 74-83.
10. Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
11. Okutan, M., ve Tengilimoğlu, D. (2002). İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri: bir alan uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(3), 15-42.
12. Aydın-Pehlivan, İ. (2002). *İş yaşamında stres*. (2. Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık, 4.
13. Cüceloğlu, D. (1996). *İnsan ve davranışı psikolojinin temel kavramları*. (36. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi, 319-322.
14. Schneiderman, N., Ironson, G., and Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628.

15. Gunnar, M., and Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Clinical Psychology*, 58, 145-173.
16. Bozkurt, T., Uluğ, M., Çelik, A. T., Okyug, Z., İçellioğlu, S., Özden, M. S. ve Soysal, Ö. (2010). *Stres*. İstanbul: Kültür Üniversitesi Yayınları, 20-27.
17. Braham, B. J., and Yönetimi, S. (1998). *Ateş altında sakin kalabilmek*. (Çev. V. G. Diker). İstanbul: Hayat Yayınları, 53-57.
18. Ertekin, Y. (1993). *Stres ve yönetim*. Ankara: Türkiye Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, 7-10.
19. Cam, E. (2004). Çalışma yaşamında stres ve kamu kesiminde kadın çalışanlar. *Journal of Human Sciences*, 1(1), 1-10.
20. Meydanlıoğlu, A. (2013). Sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 192-199.
21. İnternet: Fişek, G. (2019). *Sağlık personeli sağlığı*. Web: <http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=116>, adresinden 10 Aralık 2019'da alınmıştır.
22. Caruso, C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nursing*, 39(1), 16-25.
23. Önder, Ö. R., Ağırbaş, İ., Yaşar, G. Y., ve Aksoy, A. (2011). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin geçirdikleri iş kazaları ve meslek hastalıkları yönünden değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 10(1), 31-44.
24. Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: a review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 9(2), 101-106.
25. Nur, D. (2011). Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinde iş doyumu ve stres ilişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 230-240.
26. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., and Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
27. Düç, A. G. (2015). *Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromunun Kişilik Özellikleri ile Olan İlişkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 45-61.
28. Maslach, C., and Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
29. Türkçapar, Ü. (2011). Beden eğitimi öğretmenlerinin farklı değişkenlere göre tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15(3), 135-146.
30. Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 21.

31. Wiskow, C., Albrecht, T., and De Pietro, C. (2010). *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals*. Geneva: World Health Organization, 1-4.
32. Maslach, C., Schaufeli, W. B., and Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
33. Çavuş, M. F., and Demir, Y. (2010). The impacts of structural and psychological empowerment on burnout: a research on staff nurses in Turkish state hospitals. *Canadian Social Science*, 6(4), 63-72.
34. Greenglass, E. R., and Burke, R. J. (1988). Work and family precursors of burnout in teachers: Sex differences. *Sex Roles*, 18(3-4), 215-229.
35. Maslach, C., and Zimbardo, P. G. (2003). *Burnout: the cost of caring*. Cambridge, MA: Malor Books, 103-124.
36. Unger, D. E. (1980). *Superintendent Burn-out: Myth or Reality*. Doctoral Dissertation, The Ohio State University, Ohio, 46-48.
37. Şahinoğlu, N., ve Arkar, H. (2011). Tükenmişlik sendromu ile kişilik arasındaki ilişki: maslach tükenmişlik envanteri ile mizaç ve karakter envanterinin karşılaştırılması. *Yeni Symposium*, 49(3), 159-164.
38. Şeşen, H. (2010). Adalet algısının tükenmişliğe etkisi: iş tatmininin aracı değişken rolünün yapısal eşitlik modeli ile testi. *Savunma Bilimleri Dergisi*, 9(2), 67-90.
39. Cullen, J. C., Silverstein, B. A., and Foley, M. P. (2008). Linking biomechanical workload and organizational practices to burnout and satisfaction. *Journal of Business and Psychology*, 23(1-2), 63-71.
40. Helvacı, I. ve Turhan, M. (2013). Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke’de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 1(4), 58-68.
41. Ardiç, K. ve Polatçı, S. (2008). Tükenmişlik sendromu akademisyenler üzerinde bir uygulama (GOÜ Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 69-96.
42. Karacaoğlu, BZ. (2010) *Anesteziyologlar ve Cerrahların İş Stresi ve Tükenmişlik Sendromu Açısından Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 23-24.
43. Özler, D. E. (2010). *Örgütsel davranışta güncel konular*. İstanbul: Ekin Basım Yayın Dağıtım, 293.
44. Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Dyrbye, L., Bechamps, G., Russell, T., Satele, D., Rummans, T., Swartz, K., Novotny, P. J., Sloan, J., and Oreskovich, M. R. (2011). Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives of Surgery*, 146(1), 54-62.

45. Gabbard, G. O., Menninger, R. W., and Coyne, L. (1987). Sources of conflict in the medical marriage. *The American Journal of Psychiatry*, 144(5), 567-572.
46. Firth-Cozens, J., and Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science and Medicine*, 44(7), 1017-1022.
47. Halbesleben, J. R., and Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Management Review*, 33(1), 29-39.
48. Balch, C. M., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Colaiano, J. M., Satele, D. V., Sloan, J. A., and Shanafelt, T. D. (2011). Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *Journal of the American College of Surgeons*, 213(5), 657-667.
49. DSM-5 American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 155.
50. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L., and Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
51. Murray, C. J., Abraham, J., Ali, M. K., Alvarado, M., Atkinson, C., Baddour, L. M., and Bolliger, I. (2013). The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. *The Journal of the American Medical Association*, 310(6), 591-606.
52. Ferrari, A. J., Norman, R. E., Freedman, G., Baxter, A. J., Pirkis, J. E., Harris, M. G., Page, A., Carnahan, E., Degenhardt, L., Vos, T., and Whiteford, H. A. (2014). The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PloS One*, 9(4), e91936.
53. Camkurt, M. A. (2015). Majör depresyonun tedavisinde ve etyolojisinde yeni umutlar, yeni ufuklar: mikroRNA'lar. *Journal of Mood Disorders*, 5(1), 23-30.
54. Çelik, F. H., ve Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
55. World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates (No. WHO/MSD/MER/2017.2)*. Geneva: World Health Organization, 8.
56. Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T., and Whiteford, H. A. (2014). Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and Anxiety*, 31(6), 506-516.
57. Kılıc, C. (1998). *Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiştirimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 77-98.

58. Lindgren, S., and Gordon, D. (2015). Chapter 2: The role of the doctor and the competencies expected from the doctor of the future. K. A. Abdulrahman, S. Mennin, R. Harden, and C. Kennedy (Eds.), In *Routledge International Handbook Of Medical Education*. London: Routledge, 58-66.
59. Özvarış, Ş. B. ve Sayek, İ. (2008). Tıp eğitiminde değişim. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36, 65-74.
60. İnternet: World Federation for Medical Education. (1988). *The Edinburgh Declaration*. Web: <http://wfme.org/projects/wfme-publications/99-the-edinburgh-declaration/file>, adresinden 19 Aralık 2019'da alınmıştır.
61. İnternet: Türk Tabipler Birliği. (2010). *Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitim Raporu – 2010*. İ. Sayek, O. Odabaşı ve N. Kiper (Eds). Web: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/mote_2010.pdf, adresinden 19 Aralık 2019'da alınmıştır.
62. İnternet: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. (2001). Web: <http://tipnew.maltepe.edu.tr/files/u11/ULUSAL-%C3%87EP.pdf>, adresinden 18 Aralık 2019'da alınmıştır.
63. İnternet: Tıp Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği. (2019). *Çalışma Yönetmeliği*. Web: https://uteak.org.tr/uteak_tepdad/32010, adresinden 18 Aralık 2019'da alınmıştır.
64. Leinster, S. (2003). Standards in medical education in the European Union. *Medical Teacher*, 25(5), 507-509.
65. Niemi, P. M., and Vainiomäki, P. T. (2006). Medical students' distress–quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme. *Medical Teacher*, 28(2), 136-141.
66. Slavin, S. J., Schindler, D. L., and Chibnall, J. T. (2014). Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Academic Medicine*, 89(4), 573.
67. Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Eacker, A., Harper, W., Massie, F. S., Power, D. V., Huschka, M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., and Shanafelt, T. D. (2007). Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States. *Archives of Internal Medicine*, 167(19), 2103-2109.
68. Goebert, D., Thompson, D., Takeshita, J., Beach, C., Bryson, P., Ephgrave, K., Kent, A., Kunkel, M., Schechter, J., and Tate, J. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Academic Medicine*, 84(2), 236-241.
69. Kötter, T., Pohontsch, N. J., and Voltmer, E. (2015). Stressors and starting points for health-promoting interventions in medical school from the students' perspective: a qualitative study. *Perspectives on Medical Education*, 4(3), 128-135.
70. Midtgaard, M., Ekeberg, Ø., Vaglum, P., and Tyssen, R. (2008). Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *European Psychiatry*, 23(7), 505-511.

71. Püschel, K., and Schalinski, S. (2006). Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide. *Archiv fur Kriminologie*, 218(3-4), 89-99.
72. Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hendin, H., Laszlo, J., Litts, D. A., Mann, J., Mansky, P. A., Michels, R., Miles, S. H., Proujansky, R., Reynolds, C. F., and Silverman, M. M. (2003). Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *The Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3161-3166.
73. Schernhammer, E. S., and Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295-2302.
74. Rogers, T. (1998). Barriers to the doctor as patient role. A cultural construct. *Australian Family Physician*, 27(11), 1009-1013.
75. Forsythe, M., Calnan, M., and Wall, B. (1999). Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *British Medicine Journal*, 319(7210), 605-608.
76. Chambers, R. M. (1993). What should doctors do if they become sick?. *Family Practice*, 10(4), 416-423.
77. Chambers, R., and Belcher, J. (1992). Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *British Journal of General Practice*, 42(357), 153-156.
78. British Medical Association. (1995). *Ethical responsibilities involved in treating doctor-patients*. London: BMA Publications, 4.
79. General Medical Council. (1998). *Doctors should not treat themselves or their families*. London: GMC, 5.
80. Baldwin, P. J., Dodd, M., and Wrate, R. M. (1997). Young doctors' health – II. Health and health behaviour. *Social Science and Medicine*, 45(1), 41-44.
81. Roberts, L. W., Warner, T. D., Carter, D., Frank, E., Ganzini, L., and Lyketsos, C. (2000). Caring for medical students as patients: access to services and care-seeking practices of 1,027 students at nine medical schools. *Academic Medicine*, 75(3), 272-277.
82. Murphy, R. J., Gray, S. A., Sterling, G., Reeves, K., and DuCette, J. (2009). A comparative study of professional student stress. *Journal of Dental Education*, 73(3), 328-337.
83. Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Harper, W., Massie Jr, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Szydlo, D. W., Novotny, P. J., Sloan, J. A., and Shanafelt, T. D. (2009). The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. *Medical Education*, 43(3), 274-282.
84. Dyrbye, L., and Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical Education*, 50(1), 132-149.

85. Dyrbye, L. N., Power, D. V., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Thomas, M. R., Szydlo, D. W., Sloan, J. A., and Shanafelt, T. D. (2010). Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Medical Education*, 44(10), 1016-1026.
86. Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., and Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009.
87. Schrauth, M., Kowalski, A., Weyrich, P., Begenau, J., Werner, A., Zipfel, S., and Nikendei, C. (2009). Self-image, real physician's and ideal physician's image: a comparison of medical students 1981 and 2006. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 59(12), 446-453.
88. Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T., and Ekeberg, Ø. (2000). The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical Education*, 34(5), 374-384.
89. Liu, X. C., Oda, S., Peng, X., and Asai, K. (1997). Life events and anxiety in Chinese medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2), 63-67.
90. Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T., and Ekeberg, Ø. (2001). Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Medical Education*, 35(2), 110-120.
91. Güleç, M., Bakır, B., Özer, M., Uçar, M., Kılıç, S., and Hasde, M. (2005). Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. *Psychiatry Research*, 134(3), 281-286.
92. Yeniçeri, N., Mevsim, V., Özçakar, N., Özcan, S., Güldal, D., ve Başak, O. (2007). Tıp eğitimi son sınıf öğrencilerinin gelecek meslek yaşamları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile sürekli anksiyetelerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(1), 19-24.
93. Canbaz, S., Sünter, A. T., Aker, S., ve Pekşen, Y. (2007). Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 17(1), 15-19.
94. Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., ve Pehlivan, E. (2007). Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 137-146.
95. Bayram, N., ve Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 667-672.
96. Kutlu, R., Çivi, S., ve Şahinli, A. S. (2009). Tıp fakültesi öğrencilerinde depresif belirti ve sigara içme sıklığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6), 489-496.

97. Mayda, A. S., Gerçek, Ç. G., Güneş, C., Hüseyinoğlu, A., Güler, M. B., ve Yildirim, A. (2009). Tıp fakültesi öğrencilerinde depresif belirti sıklığının demografik özellikler, sigara, alkol, madde kullanımı, baskın el ve şiddete meruz kalma ile ilişkisi. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 2(4), 476-483.
98. Karaoglu, N., and Şeker, M. (2010). Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical career. *West Indian Medical Journal*, 59(2), 196-202.
99. Naçar, M., Baykan, Z. ve Çetinkaya, F. (2012). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde tükenmişlik durumu ve eğitimin etkisi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 35(35), 9-20.
100. Öncü B., Şahin, T., Özdemir, S., Şahin, C., Çakır, K., ve Ezgi, Ö. (2013). Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ve ilişkili etmenler. *Kriz Dergisi*, 21(1), 1-10.
101. Güler, M., Demirci, K., Karakuş, K., Kişioğlu, A. N., Zengin, E., Yozgat, Z., Ören, Ö., Saydam, G. ve Yılmaz, H. R. (2014). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde umutsuzluk-depresyon sıklığı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 2(1), 32-37.
102. Topak, O. Z., Karan, C. B., Toktaş, S. N., Gündoğmuş, S. Z. ve Özdel, O. (2015). Bir grup tıp fakültesi öğrencisinde öğrenim sürecinde tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması: tıp eğitim süreci tükenmişlik düzeylerini değiştiriyor mu?. *Klinik Psikiyatri*, 18, 90-96.
103. Çelik, Ö. (2016). *Tıp Öğrencilerinde Tükenmişlik ve Etkileyen Faktörler*. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 62.
104. Thompson, D., Goebert, D., and Takeshita, J. (2010). A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Academic Medicine*, 85(10), 1635-1639.
105. Moutier, C., Norcross, W., Jong, P., Norman, M., Kirby, B., McGuire, T., and Zisook, S. (2012). The suicide prevention and depression awareness program at the University of California, San Diego School of Medicine. *Academic Medicine*, 87(3), 320-326.
106. Drolet, B. C., and Rodgers, S. (2010). A comprehensive medical student wellness program-design and implementation at Vanderbilt School of Medicine. *Academic Medicine*, 85(1), 103-110.
107. Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., and Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284-1293.
108. Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., and Hojat, M. (2003). Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 15(2), 88-92.

109. Moore-West, M., Harrington, D. L., Mennin, S. P., Kaufman, A., and Skipper, B. J. (1989). Distress and attitudes toward the learning environment: effects of a curriculum innovation. *Teaching and Learning in Medicine: An International Journal*, 1(3), 151-157.
110. Camp, D. L., Hollingsworth, M. A., Zaccaro, D. J., Cariaga-Lo, L. D., and Richards, B. F. (1994). Does a problem-based learning curriculum affect depression in medical students?. *Academic Medicine*. 69(10), 25-27.
111. General Medical Council. (2013). *Supporting medical students with mental health conditions*. London: GMC, 30-57.
112. Tatar, A., ve Saltukoglu, G. (2010). The adaptation of the CES-depression scale into Turkish through the use of confirmatory factor analysis and item response theory and the examination of psychometric characteristics. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(3), 213-227.
113. Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., ve Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal*, 51(3), 132-140.
114. Çapri, B., Gündüz, B., ve Gökçakan, Z. (2011). Maslach tükenmişlik envanteri-öğrenci formu'nun (MTE-ÖF) Türkçe'ye uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 40(1), 134-147.
115. İnternet: Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (2018). *Türk-İş Haber Bülteni*. Web: <http://www.turkis.org.tr/dosya/dwtP9K1Iryx0.pdf>, adresinden 12 Haziran 2019'da alınmıştır.
116. Bayhan, V. (2003). *Genç kimliği: üniversite gençliğinin sosyolojik profili. İnönü Üniversitesi Uygulaması*. Malatya: İnönü Üniversitesi Yayınları.
117. Gümüş, A. (2018). *Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığı Ve Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Van, 25.
118. Mayda, A. S., Gerçek, Ç. G., Güneş, C., Hüseyinoğlu, A., Güler, M. B., ve Yildirim, A. (2009). Tıp fakültesi öğrencilerinde depresif belirti sıklığının demografik özellikler, sigara, alkol, madde kullanımı, baskın el ve şiddete meruz kalma ile ilişkisi. *Türk Bilim Araştırma Vakfı Bilim Dergisi*, 2(4), 476-483.
119. Mendelson, T., Kubzansky, L. D., Datta, G. D., and Buka, S. L. (2008). Relation of female gender and low socioeconomic status to internalizing symptoms among adolescents: A case of double jeopardy?. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1284-1296.
120. Bostanci, M., Ozdel, O., Oguzhanoglu, N. K., Ozdel, L., Ergin, A., Ergin, N., Atesci, F., ve Karadag, F. (2005). Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. *Croatian Medical Journal*, 46(1), 96-100.

121. İnternet: World Health Organization. (2012). *Global Adult Tobacco Survey. Comparison Fact Sheet 2012; Turkey 2008&2012*. Web: http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats_turkey_2008v2012_comparison_fact_sheet.pdf, adresinden 20 Ocak 2020’de alınmıştır.
122. Özer, N., Kılıçkap, M., Tokgözoğlu, L., Göksülük, H., Karaaslan, D., Kayıkçıoğlu, M., Yılmaz, M. B., Barçın, C., Abacı, A., ve Şahin, M. (2018). Türkiye’de sigara tüketimi verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 46(7), 602-612.
123. Bayhan, V. (2013) Gençlik ve postmodern kimlik örüntüleri- üniversite gençliğinin sosyolojik profili (İnönü Üniversitesi uygulaması). *Journal of Youth Research*, 1(1), 134-157
124. Akvardar, Y., Demiral, Y., Ergör, G., Ergör, A., Bilici, M., and Özer, Ö. A. (2003). Substance use in a sample of Turkish medical students. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(2), 117-121.
125. Weir, E. (2000). Public health: substance abuse among physicians. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 162(12), 1730.
126. Maddux, J. F., Hoppe, S. K., and Costello, R. M. (1986). Psychoactive substance use among medical students. *The American Journal of Psychiatry*. 143(2), 187–191.
127. Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Egido, A., Barral, C., Pérez-Pazos, J., Collazos, F., and Casas, M. (2014). The influence of medical student gender and drug use on the detection of addiction in patients. *Journal of Addictive Diseases*, 33(4), 277-288.
128. İnternet: Crime UNOoDa. (2016). *World Drug Report 2016*. Web: <http://www.unodc.org/wdr2016/i>, adresinden 27 Aralık 2019’da alınmıştır.
129. Pérez-Pazos, J., Collazos, F., and Casas, M. (2015). Substance use among medical students: a literature review 1988-2013. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 43(3), 109-121.
130. Papazisis, G., Tsakiridis, I., Koulas, I., Siafis, S., Dagklis, T., and Kouvelas, D. (2017). Prevalence of illicit drug use among medical students in Northern Greece and association with smoking and alcohol use. *Hippokratia*, 21(1), 13.
131. Demirpençe, N. (2016) *Bir Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinde Yıldrının Depresyon Belirti Sıklığına Etkisi*. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 33
132. O’Neil, M. K., Lancee, W. J., and Freeman, S. J. (1984). Help-seeking behaviour of depressed students. *Social Science and Medicine*, 18(6), 511-514.
133. Givens, J. L., and Tjia, J. (2002). Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine*, 77(9), 918-921.
134. Tjia, J., Givens, J. L., and Shea, J. A. (2005). Factors associated with undertreatment of medical student depression. *Journal of American College Health*, 53(5), 219-224.

135. Tuttle, J. P., Scheurich, N. E., and Ranseen, J. (2010). Prevalence of ADHD diagnosis and nonmedical prescription stimulant use in medical students. *Academic Psychiatry*, 34(3), 220-223.
136. Teter, C. J., McCabe, S. E., Cranford, J. A., Boyd, C. J., and Guthrie, S. K. (2005). Prevalence and motives for illicit use of prescription stimulants in an undergraduate student sample. *Journal of American College Health*, 53(6), 253-262.
137. Allgöwer, A., Wardle, J., and Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20(3), 223.
138. Steptoe, A., and Wardle, J. (2001). Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science and Medicine*, 53(12), 1621-1630.
139. Öy, B. (1995). Çocuk ve ergenlerde depresyon epidemiyolojisi ve risk etkenleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2(1), 40-42.
140. Eller, T., Aluoja, A., Vasar, V., and Veldi, M. (2006). Symptoms of anxiety and depression in Estonian medical students with sleep problems. *Depression and Anxiety*, 23(4), 250-256.
141. Jeong, Y., Kim, J. Y., Ryu, J. S., eun Lee, K., Ha, E. H., and Park, H. (2010). The associations between social support, health-related behaviors, socioeconomic status and depression in medical students. *Epidemiology and Health*, 32, e2010009.
142. Salk, R. H., Hyde, J. S., and Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783.
143. Doğan, O., Doğan, S., Çorapçıoğlu, A., ve Çelik, G. (1994). Üniversite öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 148-151.
144. Bakır, B., Yılmaz, R., Yavaş, İ., Toraman, R., ve Güleç, N. (1997). Tıp fakültesi öğrencilerinde sorun alanları ve sosyodemografik özelliklerle depresif belirtilerin karşılaştırılması. *Düşünen Adam*, 10(1), 5-12.
145. Li, Y., and Sato, Y. (2008). Relationship between socioeconomic factors, health behaviors, and mental health among university students of Heilongjiang province in China. *School Health*, 4, 9-15.
146. Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., and Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858.
147. Tamaki, T., Kaneita, Y., Ohida, T., Yokoyama, E., Osaki, Y., Kanda, H., Takemura, S., and Hayashi, K. (2010). Prevalence of and factors associated with smoking among Japanese medical students. *Journal of Epidemiology*, 20(4), 239.

148. Newbury-Birch, D., White, M., and Kamali, F. (2000). Factors influencing alcohol and illicit drug use amongst medical students. *Drug and Alcohol Dependence*, 59(2), 125-130.
149. Fang, D. Z., Young, C. B., Golshan, S., Moutier, C., and Zisook, S. (2012). Burnout in premedical undergraduate students. *Academic Psychiatry*, 36(1), 11-16.
150. Costa, E. F. D. O., Santos, S. A., Santos, A. T. R. D. A., Melo, E. V. D., and Andrade, T. M. D. (2012). Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics*, 67(6), 573-580.
151. Denat, Y., Dikmen, Y., Yılmaz, G., ve Karalar, D. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 218-223.
152. Güdük, M., Erol, Ş., Yağcıbulut, Ö., Uğur, Z., Özvarış, Ş. B., ve Aslan, D. (2005). Ankara'da bir tıp fakültesinde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(8), 169-173.
153. Şenol, Y., Çete, Y., ve Gürpınar, E. (2007). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem VI öğrencilerinde tükenmişlik sendromu ve etkileyen etmenler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 25(25), 10-16.
154. Özışık L. (2019). *Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Tükenmişlik Sendromu ie Öğrenme Yaklaşımları, Eğitim Ortamı ve Akademik Başarı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 56.
155. İnternet: Kane, L. (2019). *Medscape National Physician Burnout, Depression and Suicide Report 2019*. Web: https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression6011056?src=ban_burnout2019_desk_mscpmrk_hp, adresinden 22 Ocak 2020'de alınmıştır.
156. Adriaenssens, J., De Gucht, V., and Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649-661.
157. Gündüz, B., Çapri, B., ve Gökçakan, Z. (2012). Üniversite öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19, 38-55.
158. Kaya, N., Kaya, H., Ayık, S. E., ve Uygur, E. (2010). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), 401-419.
159. Vefikuluçay-Yılmaz, D., Zeyneloğlu, S., Kocaöz, S., Kısa, S., Taşkın, L. ve Eroğlu, K. (2009). Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 775-792.
160. Seçer, İ. (2015). Üniversite öğrencilerinde okul tükenmişliği ile psikolojik uyumsuzluk arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19(1), 81-99.

161. Galán, F., Sanmartín, A., Polo, J., and Giner, L. (2011). Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(4), 453-459.
162. Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., and Shanafelt, T. D. (2006). Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Academic Medicine*, 81(4), 374-384.
163. Wolf, T. M. (1994). Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. *Medical Education*, 28(1), 8-17.
164. Cecil, J., McHale, C., Hart, J., and Laidlaw, A. (2014). Behaviour and burnout in medical students. *Medical Education Online*, 19(1), 25209.
165. Mikalauskas, A., Širvinskas, E., Marchertienė, I., Macas, A., Samalavičius, R., Kinduris, Š., and Benetis, R. (2012). Burnout among Lithuanian cardiac surgeons and cardiac anesthesiologists. *Medicina*, 48(9), 71.
166. Kurçer, M. A. (2005). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(3), 10-15
167. Newbury-Birch, D., Walshaw, D., and Kamali, F. (2001). Drink and drugs: from medical students to doctors. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(3), 265-270.
168. Williams, A., and Clark, D. (1998). Alcohol consumption in university students: the role of reasons for drinking, coping strategies, expectancies, and personality traits. *Addictive Behaviors*, 23(3), 371-378.
169. Hyman, S. A., Shotwell, M. S., Michaels, D. R., Han, X., Card, E. B., Morse, J. L., and Weinger, M. B. (2017). A survey evaluating burnout, health status, depression, reported alcohol and substance use, and social support of anesthesiologists. *Anesthesia and Analgesia*, 125(6), 2009-2018.
170. Elmas, Ü. (2012). 5. ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, 57.
171. Yılmaz, T. D. (2009) *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeyi ve İlişkili Etmenler*. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 31.
172. Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Fujimori, M., Akizuki, N., Nakano, T., and Uchitomi, Y. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psycho-Oncology*, 16(5), 421-428.
173. İskender, S. (2017). *Düzce Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Uzmanlık tezi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dalı, Bolu, 46.
174. Shah, M., Hasan, S., Malik, S., and Sreeramareddy, C. T. (2010). Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani medical school. *BMC Medical Education*, 10(1), 2.

175. Özyıldırım, E. (2015) *Erzurum İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Yaşam Kalitesi, Algılanan Stres Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum, 39.
176. Gündoğdu, P. (2012). *Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Stres Algısı ve Bu Algının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 20.
177. Lesage, F. X., Berjot, S., Altintas, E., and Paty, B. (2013). Burnout among occupational physicians: a threat to occupational health systems? – a nationwide cross-sectional survey. *Annals of Occupational Hygiene*, 57(7), 913-919.
178. Morais, A., Maia, P., Azevedo, A., Amaral, C., and Tavares, J. (2006). Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *European Journal of Anaesthesiology*, 23(5), 433-439.
179. Taylor, D. M., Pallant, J. F., Crook, H. D., and Cameron, P. A. (2004). The psychological health of emergency physicians in Australasia. *Emergency Medicine*, 16(1), 21-27.
180. Firth, J. (1986). Levels and sources of stress in medical students. *British Medicine Journal*, 292(6529), 1177-1180.
181. Guthrie, E., Black, D., Bagalkote, H., Shaw, C., Campbell, M., and Creed, F. (1998). Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91(5), 237-243.



EK-1. Etik Kurul Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU									
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu							
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara							
	TELEFON	0312 202 69 58							
	FAKS	0312 202 46 73							
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr							
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Tıp Fakültesinde psikososyal destek programı ile öğrencilerin ruh sağlıklarının korunmasına yönelik müdahale çalışması							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Seçil ÖZKAN							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Halk Sağlığı AD / G.Ü.T.F.							
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)								
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları – Doktora tezi							
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐				
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili				
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		02.01.2019	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐			
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU		02.01.2019	1	Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒							
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	28		Toplantı tarihi: 14.01.2019					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Canan ULUOĞLU							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza	
Prof. Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Birol DEMİREL BAŞKAN YARD.	Adli Tıp AD.	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji AD.	G.Ü.T.F.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			
Prof. Dr. Bülent BOYACI ÜYE	Kardiyoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐			

EK-1. (devam) Etik Kurul Formu

Prof. Dr. Öznur L. BOYUNAGA ÜYE	Radyoloji AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya A.D.	G.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Aslı KURUOĞLU ÜYE	Psikiyatri AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji	COMMAT Ltd.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Mutlu DOĞAN ÜYE	İç Hast. AD. Tıbbi Onkoloji BD.	Ank. Numune Eğt. ve Araşt. Hast.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç. Dr. N. Arda DEMİRKAN ÜYE	Genel Cerrahi AD.	A.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç. Dr. Anıl TAPISIZ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast. AD. Ç. Nor. BD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Pınar ÖZDEMİR ÜYE	Biyoistatistik AD.	H.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doktor Öğr. Üyesi Mustafa GÖKSU ÜYE	Hukukçu	A.H.B.V.Ü Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Aysel ÖZER ÜYE	Sivil Temsilci	Emekli Öğr. Üyesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK-2. Onam Formu



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”
İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Bir Tıp Fakültesinde psikosozal destek programı ile öğrencilerin ruh sağlıklarının korunmasına yönelik müdahale çalışması

Sorumlu Araştırmacının Adı: Seçil Özkan

Diğer Araştırmacıların Adı: Selçuk Candansayar, İrem Ekmekci Ertek

Destekleyici (varsa):

“Bir Tıp Fakültesinde psikosozal destek programı ile öğrencilerin ruh sağlıklarının korunmasına yönelik müdahale çalışması” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Halk Sağlığı Anabilim Dalında, Dr.Seçil Özkan’ın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- Bu çalışma tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve tükenmişlik oranları ile stres düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır.
- Fakülteadaki tüm sınıflar ile ulaşabilecek maksimum sayıda öğrenciye ulaşılması hedeflenmiştir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Bu çalışma size verilen üç adet ölçek uygulanarak yapılacaktır
- Ölçeklerin tamamlanması ortalama 10 dk sürmektedir.
- Ek olarak GÜTF Psikiyatri ABD’den Öğr. Gör. Dr. İrem Ekmekci Ertek ve Psikologlar Çisem Utku ile Tuba Uyar Suiçmez tarafından sık görülen psikiyatrik hastalık belirtileri ve bunların görülmesi halinde yapılması gerekenlerle ilgili bir eğitim verilecektir. Bu eğitimlere katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır ancak ruh sağlığının korunmasına yönelik temel bir psikoeğitim sağlayacağı düşünüldükten katılımı tavsiye edilmektedir.
- Tüm eğitim programları 1 yıl süresince uygulandıktan sonra çalışmanın başında uygulanan anketler tekrarlanarak eğitim sonrası depresyon ve tükenmişlik oranları incelenecek ve programın etkinliği değerlendirilecektir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmanın hiçbir riski bulunmamaktadır.

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	29.05.2013/01	1/3

EK-2. (devam) Onam Formu



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Çalışmada yer almanın yararları nelerdir?

Bu çalışma ile tıp fakültesi öğrencilerinde görülen ruhsal sorunların yaygınlıkları belirlenecek ve bunlara yönelik strateji ve planlar oluşturulacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarımızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : İrem Ekmekci Ertek
GÖREVİ : Doktor
TELEFON : 03122025450

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜTF Halk Sağlığı Anabilim dalında, Dr. İrem Ekmekci Ertek tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal yük altına girmeyeceğim).

BGOF-Girişimsel olmayan-Erşkin	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	29.05.2013/01	2/3

EK-2. (devam) Onam Formu



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. İrem Ekmekci Ertek'i, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD 03122025450 'ten arayabileceğimi biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tamğı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-3. Anket Formu



GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE RUHSAL
DURUM VE ETKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Anket Numarası:

Tarih.....

1.BÖLÜM (Katılımcıların Demografik Özellikleri)

- 1.Doğum yılınız?
- 2.Cinsiyetiniz nedir? 1. Erkek 2.Kadın
- 3.Cinsel yöneliminiz nedir? 1. Homoseksüel 2. Heteroseksüel 3. Biseksüel
- 4.Sınıfınız
 - 1.Dönem 1 4.Dönem 4
 - 2.Dönem 2 5.Dönem 5
 - 3.Dönem 3 6.Dönem 6
- 5.Annenizin öğrenim durumu nedir?
 - 1.Okuryazar değil 4.Ortaokul mezunu
 - 2.Okuryazar 5.Lise mezunu
 - 3.İlkokul mezunu 6.Yüksekokul-Üniversite mezunu
- 6.Babanızın öğrenim durumu nedir?
 - 1.Okuryazar değil 4.Ortaokul mezunu
 - 2.Okuryazar 5.Lise mezunu
 - 3.İlkokul mezunu 6.Yüksekokul-Üniversite mezunu
7. Annenizin çalışma durumu nedir?
 - 1.Öğrenci 4.Çalışan (İşçi, Memur, Serbest meslek vs)
 - 2.Ev Hanımı 5.Emekli
 - 3.İşsiz
8. Babanızın çalışma durumu nedir?
 - 1.Öğrenci 2.Çalışan (İşçi, Memur, Serbest meslek vs)
 - 3.İşsiz 4.Emekli
- 9.Aylık toplam hane halkı geliriniz ne kadardır?
 1. 1700 TL ve daha az 2. 1700-5500 TL arası 3.
 3. 5500 TL ve üzeri
10. Annenin tanı koyulmuş kronik bir hastalığı var mı? Varsa nedir?
 - 1.Hayır 2.Evet (.....)
- 11.Babanın tanı koyulmuş kronik bir hastalığı var mı? Varsa nedir?
 - 1.Hayır 2.Evet (.....)
- 12.Sizin tanı koyulmuş kronik bir hastalığınız var mı? Varsa nedir?
 - 1.Hayır 2.Evet (.....)
- 13.Nerede kalıyorsunuz?
 - 1.Ailemle/ yakın akrabamla aynı evde 3.Arkadaşımla aynı evde
 - 2.Yurtta 4.Diğer (belirtiniz.....)
- 14.Yaşadığınız konut tipi nasıldır?
 1. Gecekondu 3. Müstakil ev
 2. 5 ve daha az katlı apartman 4. 5 ve daha çok katlı apartman
- 15.Sigara içiyor musunuz?
 - 1.Evet, her gün içerim 3.Hayır, bıraktım

EK-3. (devam) Anket Formu

2. Her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim 4. Hayır, daha önce de içmedim
16. Alkollü içki kullanır musunuz? 3. Hayır, bıraktım
1. Evet, her gün içerim 4. Hayır, daha önce de içmedim
2. Her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim
17. Madde kullanımınız var mı? 3. Daha önce hiç denemedim
1. Evet, kullanıyorum
2. Bir kaç kez denedim
18. Evetse kullandığınız maddenin adı
19. Daha önce psikiyatri başvurunuz oldu mu? Evetse konulan tanı nedir?
1. Hayır 2. Evet (.....)
20. Düzenli kullandığınız psikiyatri ilacı var mı? Evetse adı nedir?
1. Hayır 2. Evet (.....)
21. Ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?
1. Yok 3. Yeterli
2. Yetersiz
22. Kendinizde bir ruhsal hastalık belirtisi gördüğünüzde nereye başvuracağınızı biliyor musunuz?
1. Evet
2. Hayır
23. Kendinizde bir ruhsal hastalık belirtisi olduğunu düşündüğünüzde başvuracağınız yer neresi olur
1. Kendi üniversitemin polikliniği
2. Kendi üniversitemin öğretim üyeleri
3. Rektörlük mediko polikliniği
4. başka bir devlet hastanesi
5. Özel klinikler
24. Programla ilgili görüş ve önerileriniz.....
25. Ruh Sağlığı destek biriminin size ulaşmasını istiyorsanız isminiz ve iletişim bilgileriniz.....
-
-

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ...

EK-3. (devam) Anket Formu

A. Tatar, G. Saltukoglu

Appendix.

Center for Epidemiological Studies Depression Scale
(Turkish Form)

Aşağıda duygu ve davranışlarımızla ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen geçen hafta boyunca aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiğinizi veya yaşadığınızı belirtin.

	Hiçbir Zaman - Nadiren (1 günden daha az)	Birazcık - Birkaç Kez (1-2 gün)	Arada Sırada - Bazen (3-4 gün)	Çokça - Çoğu Zaman (5-7 gün)
1. Genellikle canımı sıkmayan şeyler canımı sıkı.	☐	☐	☐	☐
2. Açlık hissetmedim, iştahım yerinde değildi.	☐	☐	☐	☐
3. Arkadaşlarım veya ailemin yardımına rağmen kötü ruh halinden kurtulamadım.	☐	☐	☐	☐
4. Ruh halimin diğer insanlar kadar iyi olduğunu hissettim.	☐	☐	☐	☐
5. Yaptığım işe odaklanmakta zorlandım.	☐	☐	☐	☐
6. Kendimi depresyonda hissettim.	☐	☐	☐	☐
7. Her şeye çaba harcamam gerektiğini hissettim.	☐	☐	☐	☐
8. Gelecek için umutlu hissettim.	☐	☐	☐	☐
9. Hayatımın bir başarısızlık olduğunu düşündüm.	☐	☐	☐	☐
10. Korktuğumu hissettim.	☐	☐	☐	☐
11. Huzursuz uyudum.	☐	☐	☐	☐
12. Mutluydum.	☐	☐	☐	☐
13. Her zamankinden az konuştum.	☐	☐	☐	☐
14. Kendimi yalnız hissettim.	☐	☐	☐	☐
15. İnsanlar arkadaş canlısı değildi.	☐	☐	☐	☐
16. Yaşamdan zevk aldım.	☐	☐	☐	☐
17. Ağlama nöbetleri geçirdim.	☐	☐	☐	☐
18. Kendimi üzgün hissettim.	☐	☐	☐	☐
19. İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.	☐	☐	☐	☐
20. İşler yolunda gitmedi.	☐	☐	☐	☐

PUANLAMA: "Hiçbir Zaman-Nadiren (1 günden daha az)" cevabı 0, "Birazcık-Birkaç Kez (1-2 gün)" cevabı 1, "Arada Sırada-Bazen (3-4 gün)" cevabı 2 ve "Çokça-Çoğu Zaman (5-7 gün)" cevabı 3 olarak puanlanmaktadır. 4, 8, 12 ve 16 numaralı maddeler ters yönlü olarak puanlanmaktadır. Toplam puan aralığı 0 ile 60 arasındadır.

EK-3. (devam) Anket Formu

MTE-ÖF

Aşağıda eğitim sürecinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her cümle başında o cümlede belirtilen durumun hangi sıklıkla hissedildiğinin işaretleneceği bir boşluk bırakılmıştır. Sizden istenen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okumanız ve bu ana kadar eğitim sürecinde derslerinizle ilgili bu ifadeleri hissedip hissetmediğinizi aşağıda yer alan örnekteki gibi belirlemenizdir. Eğer bu duyguları bir kere bile hissettiyseniz, bu durumu hangi sıklıkla hissettiğinizi tanımlayan 1'den 5'e kadar numaralanan sayılardan sizin için en uygun olanını boşluğa yazın. Çalışmanın amacına ulaşabilmesi için lütfen tüm sorulara içtenlikle ve samimiyetle cevap veriniz. **ÖRNEK:** 9. 3 Bana göre iyi bir öğrenciyim.

SIKLIK DERECESİ İÇİN PUANLAMA REHBERİ

HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	GENELLİKLE	ÇOĞU ZAMAN	HER ZAMAN
1	2	3	4	5

Ne Sıklıkta
1 - 5

Maddeler

- _____ Derslerimden duygusal olarak yıldıgımı hissediyorum.
- _____ Eğitime başladığımdan beri derslere olan ilğim azaldı.
- _____ Derslerimde karşılaştığım problemleri etkili bir şekilde çözebilirim.
- _____ Okuldaki bir günün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.
- _____ Derslerime ilişkin isteğim azaldı.
- _____ Katıldığım derslere etkili bir katkı sağladığıma inanıyorum.
- _____ Sabah kalkıp yeni bir eğitim gününe başlamak zorunda olduğumu düşündüğümde kendimi yorgun hissediyorum.
- _____ Derslerimin potansiyel yararlılığı konusunda kuşku duyuyorum.
- _____ Bana göre iyi bir öğrenciyim.
- _____ Ders çalışmak veya bir derse girmek benim için gerçekten bir yüküdür.
- _____ Derslerimin öneminden kuşkuluyum.
- _____ Ders amaçlarımı başardığımda kendimi güdülenmiş hissediyorum.
- _____ Derslerden tükendiğimi hissediyorum.
- _____ Ders aldığım süre boyunca birçok ilginç şey öğrendim.
- _____ Yalnızca dersimi çalışmak ve rahatsız edilmemek istiyorum.
- _____ Ders esnasında, yapılan şeylerde etkin olduğumdan eminim.

NOT: 6, 12 ve 15. maddeler çıkarıldığında (Bu maddeler uyarlamada atılan maddelerdir. Araştırmacıların tüm maddeleri görmesi için ölçme aracında gösterilmiştir);

Tükenme (T): 1, 4, 7, 10 ve 13. maddeler

Duyarsızlaşma (DY): 2, 5, 8 ve 11. maddeler

Yetkinlik (Y): 3, 9, 14 ve 16. maddeler

Yorumlanması: Tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puan, yetkinlik (ters puanlanmaktadır) alt ölçeğindeki düşük puan tükenmişliği göstermektedir. Puanlamada, her bir kişi için üç ayrı tükenmişlik puanı hesaplanmaktadır.

EK-3. (devam) Anket Formu

PSS-14 (Turkish), by E. Ercüment Yerlikaya [e-mail: yerlikaya@cu.edu.tr], December 2006

Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşüncüyü ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi hesaplamaya çalışmak yerine soruyu okuduktan sonra seçenekler arasında en uygun gördüğünüz tahmini işaretlemeniz daha uygun olacaktır.

	HIÇ	NEREDEYSE HIÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?					
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkeleniniz?					
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?					
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, Adı : EKMEKÇİ ERTEK, İrem
 Uyruğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 15.06.1984/ ANKARA
 Medeni hali : Evli
 Telefon : +90 5354530585
 e-mail : iremekmekci@gazi.edu.tr



Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi / Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Tıpta Uzmanlık	Gazi Üniversitesi/ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	2015
Lisans	Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi	2008
Lise	Ankara Gazi Anadolu Lisesi	2002

İş Deneyimi, Yıl	Yer	Görev
2020-devam ediyor	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD	Dr. Öğretim Üyesi
2017-2020	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD	Öğr. Görevlisi
2016-2017	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği	Uzman Doktor
2015-2016	Ağrı Devlet Hastanesi	Uzman Doktor
2009-2015	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD	Araştırma Görevlisi
2008	Kastamonu Daday Devlet Hastanesi	Pratisyen Doktor

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

- Çınar, M., Kutlutürk, P., Ertek, İ. E., and Coşar, B. (2019). Aripiprazole as a treatment option for delusional parasitosis: case series of 8 patients. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 794-797.
- Ekmekci Ertek, I. ve Öztürk, H. M. (2019) Bir eğitim-araştırma hastanesinde istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi ve psikiyatrik hastalıkların doğru tanıma oranları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, 338-346.
- Ekmekci Ertek, I., Taner, M. E., Nazik Yüksel, R., Kotan, V. O., and Göka, E. (2019). Quality of life and pain perception in alcohol dependence: A comparative examination of patients, their relatives, and healthy controls. *Journal of Substance Use*, 24(5), 514-519.
- Ertek, İ. E., and Candansayar, S. (2020). Affective Symptoms in a Patient with Parkinson's Disease and Alkaptonuria. *Psychiatric Annals*, 50(2), 81-83.
- Koparal, B., Kucukkarapinar, M., and Ertek, I. E. (2019). Rechallenge of clozapine in a patient with a history of clozapine-induced myocarditis. *Dusunen Adam*, 32(3), 275-278.
- Yüksel, R. N., Ertek, I. E., Dikmen, A. U., and Göka, E. (2018). High neutrophil-lymphocyte ratio in schizophrenia independent of infectious and metabolic parameters. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(5), 336-340. DOI: 10.1080/08039488.2018.1458899

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler :

Yazılan ulusal kitaplar veya kitaplarda bölümler:

- Ekmekci Ertek, İ. ve Coşar, B. (2020). Psikosomatik bozukluklar ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi. (5. Baskı). N. Yüksel (Edt), İçinde: *Ruhsal Hastalıklar*, ss. 457-475. Ankara: Hatiboğlu Yayıncılık.
- Ekmekci Ertek, İ. (2020). COVID-19 pandemisi ve toplum ruh sağlığı. (1. Baskı). Coşar B (Edt), İçinde: *Psikiyatri ve COVID-19*. Ss: 12-17 Ankara: Türkiye Klinikleri.

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

- Ekmekci Ertek, I. ve Yüksel, N. (2018) Farmakokinetik Faz II etkileşimler ve klinik sonuçları. *Psikiyatride Güncel*, 8(2), 121-129.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

- Akıncı, Ş., Arıkan, Z., Coşar, B. ve Ekmekci Ertek, İ. (2019). *Kokain yoksunluğu ve feokromasitoma birlikteliği*. 4. Psikiyatri Zirvesi PS-035, Antalya.
- Atalay, A. M., Ekmekci Ertek, İ., Utku, Ç. ve Karadağ, R. F. (2019). *Maluliyet istemi ile başvuran psikotik bozukluğu olan hastalarda temaruz eğilimi ve ilgili değişkenlerin araştırılması*. 55. Ulusal Psikiyatri Kongresi, ÖSS-06, Ödül Aday Bildiri 3.lük Ödülü, İstanbul.

- Çınar, M., Kutlutürk, P., Ekmekci Ertek, İ. ve Cosar, B. (2019). *Delüzyonel bozuklukta tedavi seçeneği olarak aripiprazol: Yedi hastanın olgu serisi*. 4. Psikiyatri Zirvesi PS-041 En İyi Poster 3.lük Ödülü, Antalya.
- Duman, Y., Menkü, B. E., Şentürk, E., Geniş, B., Aksu, M. H., Ekmekci Ertek, İ. ve Coşar, B. (2018). *Paliperidona yanıt veren delüzyonel parazitoz olgusu*. 3. Psikiyatri Zirvesi PS-011, Antalya.
- Ekmekci Ertek, İ. (2018). *Sosyal medya bağımlılığı ve kişilik özellikleri arasındaki ilişki*. 3. Psikiyatri Zirvesi Davetli Konuşmacı, Antalya.
- Ekmekci Ertek, İ. (2019). *Gazi Üniversitesi Psikiyatri Kliniğinden Gamma Knife deneyimleri*. 4. Psikiyatri Zirvesi Davetli Konuşmacı, Antalya.
- Günay, A. A., Ekmekci Ertek, İ., Karadağ, R. F. (2019). *Depresif bozukluk tanılı hastalarda bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının zihin kuramı becerileri ve hastalık seyri üzerine etkileri*. 55. Ulusal Psikiyatri Kongresi ÖSS-01, İstanbul.
- Kutlutürk, P., Karadağ, F., Ekmekci Ertek, İ. ve Cosar, B. (2019). *Olanzapin ile Meige Sendromu geliştiği düşünülen bir hasta: Olgu sunumu*. 4. Psikiyatri Zirvesi PS-048, Antalya.
- Menkü, B. E., Duman, Y., Şentürk, E., Ekmekci Ertek, İ., Geniş, B., Aksu, M. H. ve Coşar, B. (2018). *Bir olgu nedeni ile Alice Harikalar Diyarında (Todd Sendromu)*. 3. Psikiyatri Zirvesi PS-017, Antalya.
- Menkü, B. E., Duman, Y., Şentürk, E., Ekmekci Ertek, İ., Geniş, B., Aksu, M. H. ve Coşar, B. (2018). *Othello ve Capgras Sendromu birlikteliği olan bir olgu*. 3. Psikiyatri Zirvesi PS-018, Antalya.
- Tandemir, E. S., Ünlüer, M., Ekmekci Ertek, İ. ve Arıkan, Z. (2019). *Klozapine bağlı obsesif kompulsif belirtiler gelişen 2 olguda klonazepam kullanımının etkililiği ve güvenilirliği*. 4. Psikiyatri Zirvesi PS-105, Antalya.
- Uçar, S. Ö., Ünlüer, M., Ekmekci Ertek, İ., Coşar, B. ve Arıkan, Z. (2019). *Olgu serisi: Gamma Knife Ventral Kapsülotomi (GKVK) yapılan 4 dirençli obsesif kompulsif bozukluk hastasının izlemi*. 4. Psikiyatri Zirvesi SS-029, Antalya.

Hobileri

Ud çalmak



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

