T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ STRES ALGILARI, TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI: BİR EĞİTİM PROGRAMININ ETKİSİ

Dr. Havva BÖLÜKBAŞI

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN

ADANA–2015

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ STRES ALGILARI TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI: BİR EĞİTİM PROGRAMININ ETKİSİ

Dr. Havva BÖLÜKBAŞI

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından proje TTU-2014-3109 numarası ile desteklenmiştir.

ADANA–2015

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim başta tez danışmanım ve hocam, Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN'a, Prof. Dr. Esra SAATÇI'ya, Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR'e, Prof. Dr. Ersin AKPINAR'a ve Doç.Dr. Hatice KURDAK'a, yoğun eğitimim ve tez çalışmam boyunca sevgisini, desteğini ve sabrını esirgemeyen başta sevgili eşim Mehmet Cem BÖLÜKBAŞI ve değerli aileme, varlıklarıyla hayatıma anlam katan kızlarım Nehir ve Lara'ya, dostlukları ve yardımları için Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine ve personeline, projemizi destekleyen Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Fonu'na teşekkür ederim.

Dr. Havva BÖLÜKBAŞI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	V
ŞEKİL LİSTESİ	VI
KISALTMA LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Algılanan Stres	2
2.2.Tükenmişlik	6
2.3. Sosyal Sorun Çözme	8
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi	10
2.4.1.Beslenme	11
2.4.2.Fizik Aktivite	13
2.4.3.Tinsellik (Spiritüalizm)	15
2.4.4.Kişiler Arası İlişki	16
2.4.5.Sağlık Sorumluluğu	17
2.4.6.Stres Yönetimi	18
2.5. Stres, Tükenmişlik, Sosyal Sorun Çözme, Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tasarımı	24
3.2. Veri Toplama Araçları	25
3.2.1. Sosyodemografik Anket Formu	26
3.2.2. Perceived Stress Scale (Algılanan Stres Ölçeği)	26
3.2.3. Maslach Burnout Inventory (Maslach Tükenmişlik Envanteri)	27
3.2.4. Healthy Life Style Behavior Scale-II (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II)	28

3.2.5. Social Problem Solving Inventory (Sosyal Sorun Çözme Envanteri) 29
3.2.6. Eğitim Değerlendirme Formu 30
3.3.Verilerin Değerlendirilmesi 30
4. BULGULAR 31
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri 31
4.2. Katılımcıların ASÖ, MTE, SYBD, SSÇE Ölçek Puanları ve Bunların Birbirleri ile İlişkisi 32
4.3. Katılımcıların ASÖ, MTE, SYBD,SSÇE Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi 35
4.4. Katılımcıların Eğitim Öncesi, Sonrası ve İzlem ASÖ, MTE, SYBD ve SSÇE Ölçek Puan Ortalamlarının Karşılaştırılması 39
4.5. Katılımcıların Eğitim Sonrası Geribildirimleri ve Değerlendirmeleri 44
5. TARTIŞMA 48
5.1. Aile Hekimliği Asistanlarının Stres Algıları, Tükenmişlik Düzeyleri, Sağlık Davranışları ve Sosyal Sorun Çözme Becerileri Ne Durumdadır? 48
5.1.1. Stres Algısı 48
5.1.2. Tükenmişlik Düzeyi 48
5.1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 50
5.1.4. Sosyal Sorun Çözme 51
5.2. Aile Hekimliği Asistanlarının ASÖ, MTÖ, SYBD, SSÇE Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi Var mıdır? 51
5.2.1. ASÖ ile Sosyodemografik Özellikler Arasında İlişki Var mıdır? 51
5.2.2. MTE ile Sosyodemografik Özellikler Arasında İlişki Var mıdır? 51
5.2.3. SYBD ile Sosyodemografik Özellikler Arasında İlişki Var mıdır? 54
5.2.4. SSÇE ile Sosyodemografik Özellikler Arasında İlişki Var mıdır? 56
5.3. Aile Hekimliği Asistanlarının ASÖ, MTÖ, SYBD, SSÇE Ölçek Puanlarının Birbirleriyle İlişkisi Ne Durumdadır? 56
5.4. Aile Hekimliği Asistanlarına Stres Yönetimi ve Sorun Çözme ile İlgili Verilen Eğitimin ASÖ, MTÖ, SYBD, SSÇE Ölçek Puanlarına Etkisi Nedir? 57
5.5.Katılımcıların Eğitimle İlgili Geribildirimleri 58
5.6. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları 59

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 61
6.1. Sonuçlar 61
6.2.Öneriler 61
KAYNAKLAR 63
EKLER 68
EK-1: Bilgilendirme, Onam ve Anket Formu 69
EK-2: Etik Kurul Onay Formu 80
ÖZGEÇMİŞ 81

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Bir oturumun yapılandırılması 25

Tablo 2. Oturumlara göre eğitim gündemleri 25

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 31

Tablo 4. Sayısal sosyodemografik özelliklerin ortalama, SS, minimum ve maximum değerleri 32

Tablo 5.Katılımcıların ASÖ, MTE, SYBD, SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının ortalama,SS, minumum ve maksimum değerleri 32

Tablo 6.ASÖ, MTE, SYBD ve SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının korelasyon analizleri 33

Tablo 7.Katılımcıların AS puanlarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi 35

Tablo 8.Katılımcıların MTE alt ölçek puanlarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi 36

Tablo 9.Katılımcıların SYBD toplam ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi 37

Tablo 10. Katılımcıların SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklerle ilişkisi 39

Tablo 11. Eğitim öncesi ASÖ, MTÖ, SYBD ve SSÇE toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının eğitim sonrası ve izlem puan ortalamaları ile karşılaştırılması 42

Tablo 12.Katılımcıların eğitim sonunda kendileri ile ilgili geri bildirimleri 44

Tablo 13. Katılımcıların eğitim sonunda kendileri ile ilgili açık uçlu geribildirimleri 45

Tablo 14. Katılımcıların eğitim programı ile ilgili geribildirimleri 46

Tablo 15. Katılımcıların eğitim programı ile ilgili açık uçlu geribildirimleri 47

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Katılımcıların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem dönemindeki ASÖ puan ortalamalarının grafiği 40

Şekil 2. Katılımcıların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem dönemindeki MTE alt ölçek puan ortalamalarının grafiği 40

Şekil 3. Katılımcıların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem dönemindeki SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının grafiği 41

Şekil 4. Katılımcıların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem dönemindeki SSÇE toplam alt ölçek puan ortalamalarının grafiği 41

SİMGELER VE KISALTMALAR

ÇÜTF : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

SÇT : Sorun Çözme Terapisi

SSRI : Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörü

DKBY : D: Değiştir, K: Kabul Et, B: Boş Ver, Y: Yaşam Tarzını Yönet

SYBD : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBDÖ : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

ASÖ : Algılanan Stres Ölçeği

MTE : Maslach Tükenmişlik Envanteri

DT : Duygusal Tükenme

DYSZ : Duyarsızlaşma

KB : Kişisel Başarı

SSÇE : Sosyal Sorun Çözme Envanteri

SYÖ : Sorun Yönelimi Ölçeği

SÇBÖ : Sorun Çözme Becerileri Ölçeği

ÖZET

Aile Hekimliği Asistanlarının Stres Algıları, Tükenmişlik Düzeyleri ve Sağlık Davranışları: Bir Eğitim Programının Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, stres yönetimi ve sosyal sorun çözmeyle ilgili yapılandırılmış bir eğitim programının, aile hekimliği asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı asistanlarına (n=26), sekiz hafta boyunca, haftada bir saat stres yönetimi ve sosyal sorun çözmeyle ilgili psikoeğitim verildi. Başlangıçta, eğitimin bitiminde (ikinci ay) ve izlem döneminde (altıncı ay) olmak üzere toplam üç kez 1) Algılanan Stres Ölçeği, 2) Maslach Tükenmişlik Envanteri (duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı), 3) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği- II (beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, tinsellik, sağlık sorumluluğu) ve 4) Sosyal Sorun Çözme Envanteri (yönelim, çözüm, toplam) uygulandı.

Bulgular: Yaş ortalaması 29,81±3,09 olan katılımcıların %65,4'ü kadındı. Eğitim sonrası (ikinci ay) algılanan stres, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ölçek puanları dışındaki tüm ölçek puan ortalamalarının anlamlı değişim gösterdiği bulundu ($p<0,05$). İzlemde (altıncı ay), beslenme, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, tinsellik, yönelim, sağlıklı yaşam davranışları toplam ve sorun çözme toplam puanlarındaki değişimin anlamlı farklılığının devam ettiği saptandı. Katılımcılar eğitim programının genel olarak yararlı olduğunu (4,58±0,57), bu eğitimin asistan eğitim programında yer alması gerektiğini (4,85±0,36) bildirdiler ve eğitimin daha sık, daha uzun süreli, öğle arası yerine daha geniş zaman dilimlerinde yapılmasını önerdiler.

Sonuç: Stres yönetimi ve sosyal sorun çözmeyle ilgili bir psikoeğitim programının, aile hekimliği asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarını kısa ve uzun dönemde olumlu etkilediği gözlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, asistan, stres, sosya problem çözme, sağlık davranışları

ABSTRACT

Perceived Stress, Burnout Levels and Healthy Behaviors of Family Medicine Residents: the Effect of an Educational Program

Aim: The aim of this study was to evaluate the effect of a structured educational program, which is related to social problem solving, and stress management, on perceived stress, burnout levels and healthy behaviours of family medicine residents.

Materials and Method: The family medicine residents of Çukurova University Faculty of Medicine (n=26) were given psychoeducation, related to stress management and social problem solving, one hour per week for eight weeks. They completed the following scales at the beginning (month zero), at the end of the educational program (month two) and the follow-up period (month 6): Perceived Stress Scale, Maslach Burnout Inventory (emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment), Healthy Lifestyle Behaviours Scale - II (nutrition, physical activity, stress management, interpersonal relationships, spirituality, healthy responsibility) and Social Problem Solving Inventory (orientation, resolution, total).

Results: Of the participants 65.4% were female. The mean age was 29.81 ± 3.09 years. There were significant changes in all mean scores ($p<0.05$) after educational program (month two), except for the perceived stress, emotional exhaustion and depersonalization score. At month six, it was observed that the significant differences of changes were continued for nutrition, stress management, interpersonal relationships, spirituality, orientation, healthy lifestyle behaviours total and social problem solving inventory total scores. The participants found the educational programme useful (4.58±0.57 over 5.00), and stated that it should be more frequent and longer and should be in the Specialization Training Curriculum (4.85±0.36).

Conclusions: It was observed that a social problem solving and stress management psychoeducation programme has positive effects on the perceived stress, burnout levels and healthy behaviours of family medicine residents in short and long term.

Key words: Family medicine, resident**,** stress, social problem solving, healthy behaviours

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Asistanlık dönemi, hekimlerin birçok sorunla karşı karşıya kaldıkları zorlu bir süreçtir. Bu süreçte hekimlerin stres ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu bilinmektedir.[1] Çalışmalarda, asistanların tükenmişlik yaşamalarında; iş stresinin, eğitimlerindeki kültürel dinamiklerin, hasta taleplerinin, klinik olarak üsttekilerin davranışlarının, kişisel özelliklerinin, yaşadığı olumsuzlukların, düzensiz ve yetersiz uyku gibi faktörlerin rol oynadığı gösterilmiştir.[1] Bununla birlikte, iş-aile çatışmasının en yoğun yaşandığı dönemlerden birinin asistanlık dönemi olduğu saptanmıştır. Bu dönemde asistanlar yoğun iş yaşamlarının yanı sıra evlilik, çocuk sahibi olma gibi birçok özel yaşam olayını yönetmek ve bunlardan kaynaklanan sorunlarla da baş etmek durumunda kalmaktadırlar.[2,3]

Asistanlardaki stres ve tükenmişlik sadece kendilerinin yaşam kalitelerini değil diğer insanlarla ilişkilerini ve verdikleri sağlık hizmetini de etkilemektedir.[1] Tükenmişlikle mücadele için başarılı stratejiler belirlemek, standardize yöntemler, onaylanmış ölçümler kullanarak asistan hekimlerin ve hastaların refahını arttırmak gerektiği bildirilmiştir.[4]

Tükenmişliğin önlenmesi ve tedavisinde bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak yapılan stres azaltma programlarının önemli olduğu bildirilmiştir.[5] Bilişsel davranışçı yöntemlerden biri olan sosyal sorun çözme terapisi, aynı zamanda aile hekimlerinin birçok psikososyal sorunun yönetiminde kullanabilecekleri etkili bir yöntem olarak önerilmektedir.[6] Sağlıklı yaşam davranışlarının uygulanması stres yönetiminde önerilen bir diğer yöntemdir ve aile hekimlerinin kendilerinin sağlıklı davranışları uygulamaları durumunda, bu konuda hastalarına etkin danışmanlık vermelerinin daha olası olduğu bildirilmiştir.[7]

Sağlık çalışanlarında stres algısı ve tükenmişlik konularında birçok araştırma olmasına karşın ülkemizde asistanlara yönelik bir eğitim programına ve bunun etkilerini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.[8-20]

Bu bilgiler ışığında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarının değerlendirilmesi, stres yönetimi ve sosyal sorun çözmeyle ilgili yapılandırılmış bir

eğitim modelinin algılanan stres, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmadan beklenen yararlar:

1. Aile hekimliği asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarının belirlenmesi ve talep edenlere geri bildirim verilerek farkındalık yaratılması,
2. Aile hekimliği asistanlarına stres yönetimi ve sosyal sorun çözme ile ilgili eğitim verilmesi,
3. Kısa (eğitim bitiminde) ve uzun dönemde (altı ay) eğitimin etkisinin değerlendirilmesi,
4. Aile hekimliği asistanlarının stres yönetimi ve sosyal sorun çözme ile ilgili eğitim gereksinimi olup olmadığının ortaya konulması,
5. Bundan sonra yapılacak çalışmalar ve eğitim programları için yol gösterici olmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Algılanan Stres

"Zararlı uyaran", "zararlı uyarana karşı tepki", "zararlı uyaran ile organizma arasındaki etkileşim" biçiminde tanımlanan stres, Latince "estrictia" ve "stringere" sözcüklerinden evrimleşerek bugünkü şeklini almıştır.[21] Bir başka tanıma göre ise stres, "bireyin fiziki ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir".[22] Kişiye özgü olan bireysel bütünlüğü zorlayıcı ve bozucu birtakım sonuçlar ortaya çıkarabilen stress hem uyarıcı, hem davranım, hem de bu ikisi arasındaki etkileşimi içeren bir kavram olarak da nitelendirilmektedir.[23,24] Stresin temelinde insanın algılaması ve deneyimlerinin değerlendirmesi yatmakta, dolayısıyla bireyin deneyimlerine anlam verişi, değerlendirişi ve yönlendirişi, stresi konusunda temel etken olmaktadır.[23,25] Örneğin aynı fiziksel ve sosyal ortam içinde bazı kimseler son derece gergin ve stresli, bazı kimseler ise daha rahat ve mutlu olabilir. Buna göre stres, bireysel (kişiye özgü) bir durumdur. Bir birey üzerinde stres yaratabilen bir durum, bir başka birey üzerinde stres yaratmayabilir. Bu durumu psikosomatik stres modeli ile açıklamak mümkündür: [26-28]

a) Duyumsal Uyaranlar: Psikosomatik modelde ilk adım duyumsal uyaranlar veya stres tepkisini başlatan çevresel değişimlerdir. Duyumsal uyaranlara stres kaynakları da denilebilir. Bunlar stres tepkisini yaratan içsel ve dışsal uyaranlardır. Örneğin şiddetli bir gürültü , acı bir haber v.b. gibi.

b) Algı: Uyaranların zihin-beden sistemine girişine algı denir. Ancak algı ile değerlendirmeyi karıştırmamak gerekir. Algı; yorumlama, düşünme, yargılama değildir. Bir şeyi algıladığımızda onu etiketlemeye kalkmayız, yalnızca onu işitir, koklar, tadar veya dokunuruz. Örneğin şiddetli bir gürültünün işitilmesi algıdır.

c) Bilişsel Değerlendirme: Bir uyaran algılandığında, sonraki aşama olan bilişsel değerlendirme ile uyaranın stres yaratıcı olup olmadığına karar verilir. Karar verilirken psikosomatik canlanma olur. Bilişsel değerlendirme sırasında bu süreci birçok etmen etkiler. Bunlar kişisel geçmiş, kültürel yetişme ve tutumlar, doğuştan gelen veya öğrenilen korkular, kişisel yapı ve yargılar, değer sistemleri, ahlaki ve dini eğitim ile günlük durumlardır. Bütün bu özellikler insanların aynı olayı farklı yorumlamalarına

neden olmaktadır. Bir birey için çok ciddi bir stres yapıcı olan olay, bir başka kişiyi etkilemeyebilmektedir.

d) Duygusal Canlanma: Eğer bir durum stres yapıcı olarak değerlendirilmişse, sonraki aşamada duygusal canlanma başlayacaktır. Bu durumda zihinsel etkinliklerde bir artma olabilecektir. Örneğin kızgınlık, korku, aşırı sevinç, haz, nefret, kendini aşırı zinde hissetme veya kaygı ortaya çıkabilir.

e) Zihin-Beden Bağlantısı: Bu bağlantı duygusal canlanmayı, fiziksel canlanmaya ulaştıran bir iletme sistemidir.

f) Fiziksel Canlanma: Fiziksel canlanmanın basit anlamı, mesajın bütün fizyolojik yollardan geçerek organlara gönderilmesidir. Modelin bu aşaması henüz içsel organ etkinliklerinde bir değişmeyi içermez.

g) Fiziksel Etkiler: Fiziksel canlanma mesajı organlara ulaştığında, içsel organların etkinliklerinde ölçülebilir değişmeler ve fiziksel etkinliklerin ortaya çıktığı görülür. Bedensel işlevlerini yerine getiren örneğin kalp, ciğer, damarlar, kaslar, bronşlar v.b. organlar fiziksel canlanmanın sonucunda savaş veya kaç tepkisi gösterirler.

h) Hastalık: Psikosomatik modelin son aşaması hastalıktır. Eğer fiziksel canlanma etkileri gereğinden fazla inatçı ise sonuçta organ sisteminin dengesi bozulur, tükenme ve hastalıklar başlar.[27]

Bir olayın stresli olarak algılanması, olayın yapısına, kişinin kaynaklarına, psikolojik savunmalarına ve baş etme mekanizmalarına bağlıdır. Strese verilen tepkilerin farklı olması, kişilerin tutumlarındaki, algılarındaki farklılıktan ve stresli durumlarla başa çıkmada başvurdukları yolların çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır.[29]

Stres, günlük yaşantı içerisinde genellikle olumsuz bir durum olarak algılanmasına karşın, aslında her zaman olumsuz olarak değerlendirilmemelidir.[24] Bazı durumlarda, özellikle iş ortamlarında bireyin becerisine ve iş görme gücüne yardımcı olan bir coşku, bir enerji şeklinde bireye fayda da sağlayabilir.[24] Yararlı aktiviteler ve yeni yöntemlerin kazanılmasında bir miktar stres, psikolojik gelişme için gerekli olabilmektedir.[30] Eğitim döneminde sınavlarda yaşanan stresler, yetişkinlikte iş hayatındaki ilerleme dönemlerinde yaşanan stresler hep kazandırıcı ve vaat edicidir. Bunlar psikososyal yönden bir gelişimi sağlayacaklardır.[31] Bilimsel çalısmalar genellikle stresin yıkıcı yönü ile ilgili olmasına rağmen, motivasyon kaynağı olması sebebiyle az miktarda stresin yararlı ve basarı için gerekli olduğu da belirtilmektedir.[32] Dolayısıyla

ılımlı ve orta seviyelerde stres, insanların olay ve durumlar karşısında hazır vaziyette ve tetikte durmalarını sağlamaktadır.[31]

Stresör bir durumla karşılaşıldığında kişinin verdiği yanıtları iki düzeyde ele alabiliriz:1. Strese özgül olmayan psikofizyolojik yanıtlar (Hamilton Depresyon Ölçeği'nde puanının yükselmesi, kanda epinefrin düzeyinin yükselmesi gibi); bedenimiz bir tehlike karşısında yoğun fiziksel aktivite için hazırlanan "kaç ya da dövüş" olarak adlandırılabilecek bir dizi fizyolojik refleks geliştirmiştir. Epinefrin, norepinefrin ve kortikosteroid düzeylerinde değişiklikler meydana gelir. 2. Stresör durum karşısında verilen yanıtın diğer kısmı ise bireyin merkezi sinir sisteminin stressör olayı algılama biçimi ve başa çıkma durumudur. Emosyonel çatışma ve bunaltıdan kurtulmak için bilinçdışı ruhsal süreçlere başvururuz. Birey travmatik bir durum karşısında sosyal çevresinden destek arama, bilgi toplama, neler olabileceğini tahmin etme, ne yapacağını planlama ve uyum sağlamaya yönelik bilinçdışı mekanizmaları –ki bunlara savunma düzenekleri adı verilir-kullanmaya yönelir. Birey savunma mekanizmalarını kullanarak hem iç hem de dış gerçekliği algılar, dürtülerini isteklerini bastırır ya da az algılar, ani duygusal yüklenmelere maruz kalmışsa bu tahammülü güç duygulara dayanmayı başarır. Kişi savunmaları yetersiz kaldığında ise "stres altında olduğunu" hisseder.[32,33]

Stresle başa çıkmada, strese verilen yanıtları bilmek önemlidir. Strese, affektif, kognitif, davranışsal, bedensel tepkiler verilir. Affektif tepkilerin arasında, huzursuzluk, öfke, üzüntü, gerginlik, kaygı, ümitsizlik, ağlama; kognitif alanda, yoğunlaşma güçlüğü, bellek sorunları, kararsızlık, obsesyonlar, fobiler ortaya çıkar. Davranışsal tepkiler arasında, kaçınma, saldırganlık, alkol-madde tüketimi, aşırı yeme, bedensel sorunlarla aşırı uğraş vardır.[22,33]

"Genel Uyum Sendromu" göre organizmanın strese tepkisi üç aşamada gelişir: Alarm tepkisi, direnme ve tükenme.[31]

Alarm Aşaması: Birey, öncelikle stresörü algılar. Daha sonra stresörle ya mücadele etmek ya da ondan uzaklaşmak için harekete geçer. Bu durum kalp atışlarının hızlanması, tansiyonun yükselmesi, solunumun hızlanması ve ani adrenalin salgılanması biçiminde gelişir. Bu aşamada stresi yaratan kaynaklar ve bunların yoğunluğu arttığı ölçüde stres eğrisi hızla normal direnç düzeyinin üzerine çıkarak normal davranıştan sapmanın ilk işaretleri verilmeye başlanır.

Direnme Aşaması: Alarm aşamasını, "uyum ya da direnme aşaması" izler. Stres kaynağına uyum sağlanırsa her şey normale döner. Bu aşamada kaybedilen enerji, yeniden kazanılmaya ve bedendeki tahribat giderilmeye çalışılır. Stresle başa çıkıldığında parasempatik sinir sistemi etkin olmaya başlar. Kalp atışı, tansiyon, solunum düzene girer, kas gerilimi azalır. Direnme aşamasında birey, strese karşı koymak için elinden gelen tüm gayreti ortaya koyar ve stresli bir insanın davranışlarını göstermektedir. Belirli bir süre bireyin davranışlarında ve yaşantısında bu durum gözlenebilir.

Tükenme Aşaması: Uyum aşamasındaki gerilim kaynakları ve bunların yoğunluk dereceleri azalmadığı sürece ya da artış gösterdikleri durumlarda bireyin gayreti kırılır ve davranışlarında ciddi derecede sapmalar ve hayal kırıklıklarının yaşandığı bir evreye girilir. Eğer stres kaynağı ile başa çıkılamaz ve uyum sağlanamaz ise, fiziksel kaynaklar kullanılamaz ve tükenme aşamasına geçilir. Bu aşamada uzun süreli stres kaynakları ile mücadele edilemez ve kişi başka stres kaynaklarının etkilerine de açık hale gelir. [22,29]

Bazen bu dönemde yeniden alarm dönemi reaksiyonları ortaya çıkar. Her canlının uyum yeteneği ve enerjisi farklı olmakla beraber sınırlıdır. Uyku ve dinlenme vucudu onarabilir ama devam eden ve başaçıkılmayan stresler karşısında, denge bozulur, uyum enerjisi biter.[31]

Aşırı stres, bedensel ve zihinsel sağlığı ve ilişkileri bozar; fiziksel, duygusal ve davranışsal hastalıklar, uykusuzluk, çeşitli ağrılar, başağrısı gibi bazı rahatsızlıklara yol açabilir; hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynayabilir. Sonuç olarak, bedenin sürekli olarak stresin neden olduğu uyarılmışlık durumunda kalması, biyolojik sistemlerin yıpranmasına neden olmakta, bedenin kendi kendisini onarma ve koruması tehlikeye girmekte ve hastalanma riski ortaya çıkmaktadır.[29] Dolayısı ile stresle başedebilmek, ruhsal ve bedensel sağlığımızı koruyabilmenin önkoşuludur.[33]

2.2. Tükenmişlik

Tükenmişliğin "Mesleki bir tehlike" olarak ilk tanımlamalarından biri, bir sağlık kuruluşunda psikolog olarak çalışan ve sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakmayla karakterize bir durumu tanımlamak üzere Herbert Fredenberger (1974) tarafından yapılmıştır. Freudenberger, tükenmişliği; "Başarısız olma, yıpranma enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç

kaynaklarında tükenme durumu" şeklinde ifade etmiştir.[34] Dünya Sağlık Örgütü, tükenmişliği, fazla çalışma ile ortaya çıkan bir aşırı duygusal yorgunluk ve bunun sonucunda iş ve sorumluluklarını yerine getirememe durumu olarak tanımlamıştır.[35] Günümüzde, tükenmişliğin en çok kullanılan ve kabul gören tanımı Maslach'ın üç boyutlu tükenmişlik tanımıdır. Maslach ve arkadaşları tükenmişliği; "diğer insanlarla yüz yüze çalışanlarda sıklıkla ortaya çıkan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma sedromu" şeklinde tanımlamışlardır.[35,36] Bu tanıma göre:

Duygusal tükenme: Tükenmişliğin bireysel ve stres boyutunu belirtmekte, bireyin duygusal ve fiziksel kaynaklarında azalmayı ifade etmektedir. Tükenmişliğin bu boyutu daha çok insanlarla yoğun ve yüz yüze ilişkinin kaçınılmaz olduğu meslek çalışmalarında görülmektedir. Duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı, merkezi ve en önemli bileşenidir. Tükenmişliği en iyi belirleyen alt boyut duygusal tükenmedir.[35, 37,38]

Duyarsızlaşma (depersonalizasyon): Kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini içermektedir. Duygusal tükenme yaşayan kişi, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanır.[35] Maslach'a göre tükenmişliğin üç bileşeninden duyarsızlaşma alt boyutu en problemli boyut olarak görülmektedir. Maslach tarafından duyarsızlaşma, hizmet verilen kişilere karşı uzaklaşmış, katı hatta insancıl olmayan bir yanıt olarak tanımlanmıştır.

Kişisel başarının azalması: Kişisel başarı, kişinin meslekteki başarı düzeyinin ve yeterliğinin bir ölçüsüdür.Kişisel başarının azalması bireyin kendisi üzerindeki olumsuz değerlendirme eğilimi olarak ifade edilebilir.[37,38]

Tükenmişlik çok çeşitli belirtilerle ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtiler fiziksel (yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrısı, uykusuzluk, solunum güçlüğü, uyuşukluk, kilo kaybı, yüksek kolesterol, koroner kalp rahatsızlığı, sindirim sistemi rahatsızlıkları, hızlı kalp atması vb), davranışsal (çabuk öfkelenme, işe gitmek istememe, birçok konuyu şüphe ve endişe ile karşılama, alınganlık, takdir edilmediğini düşünme, iş doyumsuzluğu, özsaygı ve özgüvende azalma, izolasyon, uzaklaşma, içe kapanma ve sıkıntı, unutkanlık, rol çatışması, başarısızlık hissi) ya da psikolojik-duygusal belirtiler (uyku düzensizliği, depresyon, alınganlık, endişe, ilgisizlik vb) olabilir. [35,39]

Tükenmişlik sadece yaşayan bireyi değil aile ve arkadaş çevresini, hizmet verdiği kişileri, çalıştığı kurumu, içinde yaşadığı toplumu da etkiler. Bu nedenle, tükenmişlikle baş etmede öncelikle tükenmenin potansiyel bir sorun olarak varlığının farkında olunmalı, tükenmenin altında yatan nedenler ortaya çıkarılmalı ve çözülmelidir. Tükenmişlikle mücadele edebilmek için bireysel ve örgütsel düzeyde bazı teknikler kullanılabilir.[40]

Tükenmişliğe ilişkin olarak gerek yurt dışında gerek Türkiye'de yapılan araştırmalar bir bütün olarak değerlendirildiğinde pek çok değişkenin tükenmişlikle ilişkisinin araştırıldığı görülmektedir. Bu araştırmalarda incelenen değişkenlerden özellikle kişisel ve demografik özelliklere ilişkin olarak oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ancak, kurumsal değişkenlere (iş yükü, karara katılım, sosyal destek) ilişkin sonuçların daha tutarlı olduğu göze çarpmaktadır. Bununla birlikte ülkemizde yapılan çalışmalarda bireyi tükenmişlikten koruyabilecek değişkenlere yönelik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir .[41]

2.3. Sosyal Sorun Çözme

Sorun, "Araştırılıp öğrenilmesi, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, sıkıntı veren durum, dert" olarak tanımlanmaktadır.[42] Sorun çözme, gündelik hayatta karşılaşılan spesifik sorun durumları karşısında bireylerin etkili çözümü bulmak üzere kendilerince yönetilen bilişsel-davranışsal bir süreçtir.[43]

Sorun yönelimi, kişinin sorunla karşılaştığı ilk anda gösterdiği bilişsel ve duygusal tepkileri içeren güdüsel bir süreç olarak tanımlanmıştır. Yapılan araştırmalar insanların sorunlu durumla karşılaştıklarında olumlu ve olumsuz yaklaşım gösterebileceklerini varsaymaktadır.[44]

Olumsuz yönelim: Sorunlarla ilgili olumsuz düşünce, inanç ya da tutumları içermektedir. Soruna olumsuz yönelen kişilerin ortak özellikleri: [43,45]

1. Sorunlarını psikolojik, ekonomik ya da sosyal açıdan iyilik hallerini bozacak bir tehdit unsuru olarak algılarlar.
2. Sorunların çözülemez olduğuna inanırlar.
3. Sorunları başarılı bir şekilde çözebilmek için kendi yeteneklerine güvenmezler.

4. Sorunla karşılaştıklarında engellenmiş ve mutsuz hissederler.
5. Sorunun nedenini yanlış olarak- kendilerine ya da başkalarına atfederler.
6. Sorun ortaya çıktığında onu göremez veya görmezden gelirler.

Olumlu yönelim: Sorunlarla ilgili olumlu düşünce, inanç ya da tutumları içermektedir. Soruna olumlu yaklaşım sergileyen kişilerin ortak özellikleri:[43]

1. Sorunu doğal karşılarlar. Hayatın içinde olağan bir süreç olarak değerlendirirler.
2. Sorunların gerçek nedenlerini doğru faktörlere atfedebilirler.
3. Sorunları kazanım sağlayacakları birer fırsat olarak görürler.
4. Sorunların çözülebileceğine dair inançları vardır.
5. Sorun ortaya çıktığında fark edebilecek ve müdahale edebilecek kadar duyarlıdır.
6. Çözüm için çaba sarfetmek gerektiğini bilirler.
7. Çözüm için kararlı ve sabırlı davranırlar.
8. Çözüm için kendi yeteneklerine güvenirler.

Sorunları çözme sürecinde gösterilen tavır ve davranışlar sorun çözme tarzını ortaya koyar. Sorun çözme tarzları üç başlık altında incelenebilir:[46]

1. Akılcı (Rasyonel) sorun çözme tarzı: İşlevsel bir sorun çözme tarzıdır. D'Zurilla ve arkadaşları akılcı sorun çözme sürecinde sırayla izlenmesi gereken dört aşama önermişlerdir.

- Sorunun tanımlanması ve formüle edilmesi
- Alternatif çözümlerin oluşturulması
- Karar verme-en iyi seçeneği seçme
- Çözümün uygulanması ve doğrulanması

2. Dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı: Dürtüsellik, basitçe "düşünmeden hareket etme" olarak tanımlanabilir. Dikkatsiz-dürtüsel tarz, işlevsel olmayan sorun çözme tarzlarından biridir. Bu tarza sahip kişiler sorun çözme sürecinde dürtüsel davranma, dikkatsizlik, acelecilik, bir işi tamamlamadan yarıda bırakma gibi davranışlarda bulunurlar. Genellikle çok az sayıda alternatif çözüm yolları bulurlar.

Akıllarına gelen ilk iyi fikre göre hareket ettikleri için alternatif çözüm yollarını ve sonuçlarını derinlemesine değil de hızlı bir biçimde gözden geçirirler. Sonuçta, genellikle dikkatsizce ve sistematik olmayan bir biçimde davrandıklarından, uyguladıkları çözümün sonuçlarını değerlendirme konusunda da dikkatsizce davranırlar ve yetersizlik gösterirler.[43,44,46]

3. Kaçınan sorun çözme tarzı: İşlevsel olmayan sorun çözme tarzlarından biridir. Genellikle sorun yokmuş gibi ilgisiz, pasif davranırlar. Sorunla karşılaştıklarında yüzleşmek yerine erteleme, hareketsizlik, bağımlılık gibi tavır sergilerler. Bu tarzı benimsemiş olan kişilerde sıklıkla görülen davranışlar ise şöyledir:[43,46]

Karşılaşılan bir sorunu çözmek için hemen bir girişimde bulunmadan sorunla uğraşmayı ertelerler. Çözüm için çaba harcamak yerine hareketsiz olmayı ya da pasif davranmayı seçerler. Sorunu çözmeyi üstelenecek birileri bulma arayışı "bağımlılık" geliştirir. Sorun çözme sorumluluğunu hissetmediklerinden bu sorumluluğu başkalarına yüklerler. Sorunla yüzleşmek (karşı karşıya kalmak) yerine onlardan kaçınmayı seçerler ve artık sorunla ilgili hiçbir şey yapılamayacak hale gelinceye dek uğraşmayı ertelerler. Sorunların kendi kendine çözülmesini beklerler.

Sorun çözme, bilinçli, akılcı, çaba gerektiren ve amaç yönelimli bir etkinlikdir.[45] Bir sorunun çözümlenebilmesinde sorun çözme becerilerinin yüksek olması kadar bireyin karşılaştığı sorunu kendi sorumluluk alanı içinde görmesi de önemlidir. Bireyin karşılaştığı sorunların kaynağını nelere ve kimlere atfettiği nasıl baş edeceğine karar vermesinde etkilidir. Eğer birey sorunu değerlendirirken sorunun oluşumunda ve çözümünde kendi katkısı olmadığını düşünmüyorsa sorunu çözmeye de kalkışmamaktadır.[45,47]

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır.[48] Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirebilir.[49] Beslenme, egzersiz, tinsellik, kişiler arası ilişki, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır.[50]

2.4.1. Beslenme

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir.[51]Beslenme, yalnız fizyolojik gereksinimlerin değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyolojik gereksinimlerin de karşılanmasını sağlayan, karşılanmadığında bedeni fizik ve ruh sağlığını doğrudan etkileyen bir süreç olarak yirmi birinci yüzyıla damgasını vuran bilimsel çalışmalara temel teşkil etmektedir.[52]

Beslenme biliminde besin öğeleri; makro ve mikro besin öğeleri olarak iki gruba ayrılmıştır. Makro besin öğeleri proteinler, yağlar, karbonhidratlar ve sudur. Mikro besin öğeleri, vitaminler, mineraller ve iz elementler (demir, flor vb.) gibi diyette küçük miktarlarda bulunan öğelerdir.Toplum ve bireylerin sağlıklı yaşamasında, ekonomik ve sosyal yönden gelişmesinde beslenme temel şarttır.[50]
Sağlıklı ve doğru beslenme dört ana kavramla açıklanabilir:[52]

1. Dengeli beslenme
2. Yeterli beslenme
3. Çeşitli gıdaları tüketme
4. Sağlığa zararlı gıdalardan kaçınma

Bireyin yaşı, cinsiyeti ve içinde bulunduğu fizyolojik ortama göre, vücudun büyümesi, dokuların yenilenmesi ve işlevselliğinin devamı için gerekli olan besin öğelerinin yeterince alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılması durumu “yeterli ve dengeli besleme” olarak açıklanabilir. Günlük beslenmede, her gruptan besin bulunur ve bunların miktarları o kişinin gereksinimine uygun olursa, yeterli ve dengeli beslenilmiş olur.[50]

Dört temel besin grubu şunlardır:[51]

1. Süt ve süt ürünleri
2. Et - yumurta - kurubaklagil grubu
3. Sebze ve meyve grubu
4. Ekmek ve tahıl grubu

Süt ve süt ürünleri: Süt ve yerine geçen besinler; yoğurt, peynir ve süttozu gibi sütten yapılan besinlerdir. Bu besinler protein, kalsiyum, fosfor, B_2 vitamini (riboflavin) ve vitamin B_{12} olmak üzere birçok besin ögesinin önemli kaynağıdır. Başta yetişkin kadınlar, çocuklar ve gençler olmak üzere tüm yaş gruplarının bu grubu her gün tüketmesi gerekir. Tüketilmesi önerilen miktar; yaş, cinsiyet ve fizyolojik duruma (büyüme ve gelişme dönemi, gebelik ve emziklilik, yaşlılık) göre değişiklik göstermektedir. Her gün yetişkin bireylerin iki porsiyon, çocukların, adolesan dönemi gençlerin, gebe ve emziren kadınlarla menopoz sonrası kadınların 3-4 porsiyon süt ve yerine geçen besinleri tüketmeleri gerekir. Bir orta boy su bardağı (200 cc) süt veya yoğurt ile iki kibrit kutusu büyüklüğünde peynir bir porsiyondur.

Et - yumurta - kurubaklagil grubu: Bu grupta et, tavuk, balık, yumurta, kurufasulye nohut, mercimek gibi besinler bulunur.Ceviz, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar da bu grupta yer alır. Yağlı tohumlar diğer besinlere göre fazla yağ içerdiklerinden tüketim miktarlarına dikkat etmek gerekir. Bu grup; protein, demir, çinko, fosfor, magnezyum, B_6, B_{12}, B_1 ve A vitamini, posa (kurubaklagiller) içerir. Et yumurta-kurubaklagil grubundan günde iki porsiyon alınmalıdır. Porsiyon ölçüleri:

Et, tavuk, balık vb : 50-60 g (iki adet ızgara köfte kadar)
Kurubaklagiller : 90 g (bir çay bardağı)
Yağlı tohumlar : 30 g
Yumurta : Haftada 3-4 adet tüketilmelidir. İki yumurta 2-3 köfteye eş değerdir.

Sebze ve meyve grubu: Bitkilerin her türlü yenebilen kısmı sebze ve meyve grubu altında toplanır. Bileşimlerinin önemli kısmı sudur. Bu nedenle günlük enerji, yağ ve protein gereksinmesine çok az katkıda bulunurlar. Bunun yanında mineraller ve vitaminler bakımından zengindirler. Folik asit, A vitaminin ön öğesi olan beta-karoten, E, C, B_2 vitamini, kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, posa ve diğer antioksidan özelliğe sahip bileşiklerden zengindirler.Sebze ve meyveler, içerdikleri besin ögeleri ve miktarı bakımından farklıdır. Bu nedenle tüketimlerinde çeşitlilik sağlanmalıdır. Tüm sebze ve meyveler besin değeri içeriği ve ekonomik olması açısından mevsiminde, bol ve ucuz bulunduğu dönemlerde tüketilmelidir.Günde en az beş porsiyon sebze ya da meyve

tüketilmelidir. Bunun en az iki porsiyonu yeşil yapraklı sebzeler veya portakal, limon gibi turunçgiller veya domates olmalıdır.[51]

Ekmek ve tahıl grubu: Tahıllar, Türk toplumunun temel besin grubudur. Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ve bunlardan yapılan un, bulgur, yarma, gevrek ve benzeri ürünler bu grup içinde yer alır. Tahıl ve tahıl ürünleri vitaminler, mineraller, karbonhidratlar (nişasta, lif) ve diğer besin öğelerini içermeleri nedeniyle sağlık açısından önemli besinlerdir. Tahıllar, protein de içerir. Bu proteinin kalitesi düşük olmakla birlikte kurubaklagiller ya da et, süt, yumurta gibi besinlerle bir arada tüketildiklerinde protein kalitesi arttırılabilir. Tahıllar, ayrıca bir miktar yağ da içerirler. Tahıl tanelerinin yağ ve vitamin E açısından zengindir. Tam tahıl ürünleri günde altı porsiyon (altı dilim ekmek veya üç dilim ekmek, bir kepçe unlu çorba, dört yemek kaşığı pilav gibi) tüketilebilir. Ağır işte çalışan ve enerji gereksinimi fazla olanlar bu gruptan daha fazla tüketebilirler.[51]

Metabolizmanın düzenli çalışması için, günlük yaşam koşulları da dikkate alınarak, yiyeceklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi ve öğünler arasında geçen sürenin 4-5 saat olması önerilmektedir.Doğru beslenme metabolik hastalıklardan korunmanın ve sağlıklı yaşamın önkoşullarından biridir.

2.4.2. Fizik Aktivite

Fiziksel aktivite en basit tanımı ile enerjiyi harcamak için vücudun hareket etmesi olarak tanımlanabilir. Her yaşta sağlığa yararlı olan düzenli fiziksel aktivite, çocukların ve gençlerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesinde, istenmeyen kötü alışkanlıklardan kurtulmada, sosyalleşmede, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan korunmasında veya bu hastalıkların tedavisinde veya tedavinin desteklenmesinde, yaşlıların aktif bir yaşlılık dönemi geçirmelerinin sağlanmasında bir başka deyişle tüm hayat boyunca yaşam kalitesinin artırılmasında önemli farklar yaratabilmektedir.[53]

Egzersiz, zindeliği ve sağlığı geliştirmek için özel olarak tasarlanmış planlı ve yapısal tekrarlayıcı belirli bir süre devam eden hareketlerdir, fiziksel aktivitenin alt sınıfı olarak kabul edilmektedir. Fiziksel aktivite, bireysel olarak kronik hastalıkları önlemede, toplumsal olarak halk sağlığının iyileştirilmesinde etkilidir ve kadın, erkek, her yaştaki bireye fiziksel, sosyal, zihinsel ve ruhsal yararlar sağlamaktadır. Fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımının

azaltılması, iş kapasitesinin artırılması, sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi gibi durumları olumlu olarak etkilemektedir. Fiziksel aktivite birçok hastalık için hem önleyici, hem de iyileştirici etkilere sahiptir.[54]

Fiziksel aktivitenin sağlığımız üzerine etkileri

1. Bedensel sağlığımız üzerine etkileri: Kas gücü ve vücut esnekliğini geliştirir. Glukoz metabolizmasını düzenlemekte, vücut yağ yüzdesini azaltmakta ve kan basıncını düşürmektedir. Kardiyovasküler hastalık ve diyabet riskini azaltan en önemli etkenlerdir. Bağırsak geçiş zamanını azaltarak kolon kanseri riskini de azaltabilmektedir. Hormonal metabolizma üzerinde etkileri sonucu meme kanseri riskini de azalttığı bilinmektedir. Fiziksel aktivitelere katılmak, iskelet-kas sisteminin, sırt ağrılarının, kemik erimesinin iyileştirilmesinde, vücut ağırlığını korumada etkilidir.
2. Ruhsal ve sosyal sağlığımız üzerine etkileri: Olumlu düşünebilme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirir. Fiziksel aktivite, vücut ağırlığının korunması nedeniyle vücut düzgünlüğü ve farkındalığını geliştirerek bedeni ile barışık, özgüvenli bireyler yaratır. İletişim becerilerini geliştirir. Akıl ve ruh sağlığı açısından da faydalıdır. Olumlu düşünebilme ve stresle başa çıkabilme yeteneğini geliştirir. Düzenli egzersizle kişi gerilimini azaltabilir, günlük baskılardan uzaklaşabilir ve zihnini zinde tutabilir. Depresyon, anksiyete ile başa çıkma gücünü arttırır.[50,54]

Egzersiz planlanmasında beş temel özellik önemlidir.

1- Egzersizin türü:

- Yürüyüş, koşma, yüzme, bisiklet, dans, merdiven çıkma gibi büyük kas gruplarının kullanıldığı, ritmik ve aerobik karakterli aktiviteler.
- Günlük yaşam aktivitelerinde artış: Asansör yerine merdivenin kullanılması, arabanın bir kaç blok geriye park edilip oradan işe yürünmesi gibi.
- Mesleki ve rekreasyonel aktiviteler

- Direnç egzersizleri: Büyük kas grupları, haftada en az iki gün çalıştırmalıdır. 10-12 tip egzersiz, 8-12 tekrarla yapılmalıdır.

2- Egzersizin sıklığı: Haftanın en az 3-5 günü yapılmalıdır.

3- Egzersizin süresi: Temel ilke olarak günlük 30 dakikanın altında olmaması gerekmektedir. On dakika (dk) ısınma ve soğuma (germe ve esneklik egzersizleri) ardından 20-60 dk aerobik egzersiz, devamlı veya kesikli yapılabilir. Aktivitenin süresi şiddetine bağlıdır. Yüksek şiddetli aktiviteler, potansiyel tehlikelere ve sorunlara neden olmaktadır, düşük şiddetli ve uzun süreli aktiviteler spor yapmayan erişkinler için önerilmektedir.

4- Egzersizin yoğunluğu: Orta şiddette fiziksel aktivite için kişi maksimum kalp hızının % 50-70'inde egzersiz yapmalıdır. Maksimum kalp hızı kişinin yaşına bağlıdır. Yaşa bağlı maksimum hızı, kişinin yaşının 220'den çıkarılması ile bulunur.

5- Egzersizin ilerletilmesi: Yavaş başlayıp, dereceli ilerleme özellikle egzersiz süresi ve şiddeti arttırılarak yapılmalıdır.[50]

2.4.3.Tinsellik (Spiritüalizm)

Spiritüalite, Latince "spiritus"tan gelmektedir. Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre spiritüalite; bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır. Aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur ve yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir.[55,56] Spiritualite çok çeşitli anlamlarda kullanılabilen subjektif bir kavram olmasından dolayı kompleks, anlaşılması zor ve belirsiz bir kavramdır.Kavrama ilişkin tanımların ortak olan yönü, yaşamı bir "anlam" ve "amaç" ile algılamaktır.

Maneviyat, bireyin yaşamdaki amaçları ve yaşamın anlamına yönelik bilgileri içerir ve bu bilgilerin her zaman dini inançlarla ilgili olması gerekmemektedir.[58] Yapılan çalışmalarda manevi boyutun sağlık, iyilik ve yaşam kalitesi üzerine açık etkisi olduğu ortaya konulmuştur.[59] İnsanın spiritüel yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir. Spiritüel değerler ve inançlar bir varlık ya da güce inancın çok ötesinde bir olgudur ve sağlık, hastalık, ölüm, günah, ölüm sonrası yaşam ve başkalarına karşı sorumluluk konularındaki inançları içerir. Böyle olmasına karşın sağlık elemanlarının çoğunluğu, bireyin bu yönünü göz ardı etme eğilimi gösterirler ya da bu boyut hemşireler, psikologlar ve din adamlarının sorumluluğu olarak görülür. Oysa

yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan bireylerin varoluş mücadelesi, onların kendilerini iyi hissetmelerinin temelini oluşturur. Manevi bakıma yönelik uygulamaların hastaların iyileşme süreci üzerine olumlu etkileri bilinmektedir. [60]

Fiziksel hastalıklar, emosyonel stres ya da ölüm gibi akıl, beden ve ruh arasında uyumsuzluk yaşandığında bireyin spiritual baş etme stratejileri önem taşır.[57] Spiritüel değerler bireylerin kendilerini iyi hissetmelerinin temelini oluşturmaktadır.[62] Spiritüel stres/sıkıntı ise, yaşama anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşayan ya da bu riski tasıyan bir grup ya da bireydeki durumdur.[55] Spiritüel sıkıntı yaşayan hastalara yaklaşımdaki amaç, inanç ve değerlerle sağlık arasındaki çatışmayı azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır.[55]

Sağlık çalışanlarının, hastalık sürecinin özellikle ruhsal ve duygusal etkileriyle başeden hastaları, yalnızca psikososyal yönden değil, yaşama ilişkin anlam ve amaç oluşturmalarında destekleyerek aynı zamanda tinsel yönden de güçlendirmelerinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.[62] Hastayı dinlemek için zaman ayrılması ve terapötik iletişim teknikleri kullanılarak; aktif dinleme, gülümseme, dokunma, tokalaşma, sorularını yanıtlama, nezaket gösterme, endişe alanlarını keşfetme gibi uygulamalar spiritüel bakımı diğer temel bakım alanlarına entegre etme yolları olarak kullanılabilir.[63]

2.4.4. Kişiler Arası İlişki

İlişki üzerinde çeşitli tanımlar yapılmıştır ve kişilerarası ilişki birçok farklı kuram tarafından açıklanmaya çalışılmıştır. Plutchik'e göre kişilerarası ilişki; bireyin diğerleriyle yaşadığı duygu, düşünme ve davranış stilleridir. İnsanın doğumundan itibaren önce annesiyle, babasıyla, ailesiyle, arkadaşlarıyla, öğretmenleriyle, meslektaşlarıyla ve toplumdaki diğer insanlarla kurduğu ilişkilerin yanısıra bilgi çağında iletişim ve ilişki kurduğu insanların sayısı, ilişkilerin niteliği, amacı, türü, süresi gibi değişkenlerin çeşitliliğiyle insan ilişkileri ve iletişim interdisipliner ve farklı şekillerde araştırılması ve anlaşılması gerekli bir konu halini almıştır.[64]

Johnson kişilerarası ilişkileri ve niteliklerini üç grupta ele alır:

1. Başkalarını tanımak ve güvenmek: Kendini açma, kendinin farkında olma, kendini kabul ve kendine güven özelliklerini içerir.

2. Diğerlerini tanımada kesin, somut, açık olmak: Düşünce ve duygularını kendi olarak ifade etmek, sıcaklık ve insanlardan hoşlanmak.
3. Diğerlerini etkilemek ve onlara yardım etmek: Karşılıklı olarak ilişkide bulunanların birbirlerini etkilemeleri ve destek vermeleri.[64]

Terapötik (tedavi edici) ilişki, kişinin hasta ise iyileşmesinde, değilse sağlığının devamı ve gelişiminde amaçlı, etkin, doyumlu, yararlı ve yapıcı eylemler dizisidir.[65] Sağlıklı insan ilişkilerinin oluşturulabilmesi için ilişki ortamında bazı ögelerin olması, iletişime giren kişilerin bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Aksi takdirde bazı sorunlarla karşılaşmak kaçınılmaz görünmektedir. Bu ögelerden başlıcaları; saygı, saydamlık, hoşgörü, sorun çözme becerisi ve iletişim dilidir. [66]

2.4.5. Sağlık Sorumluluğu

Sorumluluk, Türk Dil Kurumu sözlüğünde kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde sorumluluk, devlet/idare, hekim/sağlık çalışanı ve toplum/hasta tarafından paylaşılır.

Sağlık için kişisel sorumluluk kavramı insanlık tarihi boyunca var olmuştur. Yaşam tarzının sağlık üzerindeki etkileri Eski Yunan'da vurgulanmıştır. Diğer ülkelerde olduğu gibi Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sağlık alanında sorumluluk için 1800'lerin başından 19. yy sonlarına doğru kişisel kontrol ve kendine yeterlilik üzerinde durulmuştur.[67]

Tüm insanların hem bireysel, hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir.[68] Herkes kendi sağlığından sorumludur. Özellikle hastalıklardan korunmada asıl yapılacak işler, kişilerin kendilerinin alacakları önlemlerdir. O nedenle, kişiler kendi sağlıklarının değerini bilmeli ve onu korumaya çalışmalıdırlar. Böyle olmazsa, sağlık hizmetlerinin sunumu zorlaşır ve başarılı olunamaz. Örneğin, kişiler aşılanmanın önemini kavramış olurlarsa, aşılanma talebi ile sağlık kuruluşlarına kendileri gelirler ve bu hizmet kolaylıkla verilir. Aksi durumda, sağlık personelinin aşılanmamış kişileri bulması ve evlerine giderek onları aşılaması gerekir ki, bu uygulama bağışıklama hizmetlerini aksatır ve bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınamaz.[69]

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi:

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığı ile ilgili değişiklikler olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini gösterir. [50]

2.4.6. Stres Yönetimi veya Stresle Başa Çıkma

Folkman'a göre, stresle başa çıkma, insanların stresli olayların sonuçlarını yönetmek için gerçekleştirdikleri davranışlar ve sahip oldukları düşüncelerdir. Folkman ve Lazarus, başa çıkmayı, bireyin kaynaklarını tüketici veya aşırı derecede zorlayıcı olarak değerlendirdiği talepleri yönetme süreci olarak tanımlarlar. Başa çıkma, bireyin psikolojik anlamda kendisini iyi hissetmesini sağlayan uygun davranışsal yaklaşımları ya da kendisini kötü hissetmesini engelleyen kaçınmaları içerir.[22]

Stres kişiye özgü bir durum olduğu için, stresle başa çıkmada herkes için en iyi olan ortak bir çözüm yolu yoktur. Bu nedenle, birey, kendi kişilik yapısına ve hayat görüşüne uygun olan stresle başa çıkma yöntemini bulup olgunlaştırmalıdır. Her birey, kendi stresini kendisi yönetmelidir.[24]

Stresle başa çıkmada, strese verilen yanıtları bilmek önemlidir. Strese, affektif (huzursuzluk, öfke, üzüntü, gerginlik), kognitif (yoğunlaşma güçlüğü, bellek sorunları, kararsızlık, obsesyonlar) davranışsal (kaçınma, saldırganlık, alkol-madde tüketimi, aşırı yeme) ve bedensel tepkiler (çarpıntı, tansiyon artışı, sırt-göğüs ağrısı, kas gerginliği, başağrıları, uyuşma) verilir. Dolayısıyla, stresle başa çıkmada, stresin duygu, davranış,

düşünce ve bedensel bileşenleri hedeflenmelidir. Braham tarafından geliştirilen DKBY modeli bireysel olarak stresle başa çıkmanın yaşam tarzı değişikliğini içeren bir yoludur. Braham tarafından geliştirilen bu model D; değiştir, K; kabul et, B; boş ver, Y; yaşam tarzını yönet şeklindedir.

Değiştir: Bu adım imkan varsa, içinde bulunulan olumsuz durumu değiştirmektir. Olumsuz durum değişirse, bu durumun sebep olduğu stres ortadan kaldırılabilir.

Kabul et: Değiştirilmesi mümkün olmayan koşulların kabul edilmesi temeline dayanır.

Boş ver: Duygusal ve zihinsel açıdan farklı bir kavrayışla olaylara yeni ve farklı bir yorum getirmektir.

Yaşam tarzını yönet: Bu adımda egzersiz, diyet, rahatlama ve duygusal destek gibi yöntemlerle, gelecekte stres oluşturabilecek unsurlar ortadan kaldırılabilir.[50,22]

Bunun yanında kognitif-davranışçı terapi yöntemleri, davranışların günlük kaydını tutarak kendini gözleme, kognitif yeniden yapılandırma, psikoterapiler ve ağır stres durumlarında psikanaliz ve dinamik psikoterapi, bedensel kapasitenin arttırılması, zamanı iyi kullanma kullanılan diğer yöntemlerdir.[33]

2.5. Stres, Tükenmişlik, Sosyal Sorun Çözme, Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği

Hekimlerde stres ve tükenmişliğin yüksek oranlarda görüldüğü ve bunun tıp eğitimi yıllarından başladığı bildirilmiştir.[19,70-72] Ülkemizde, ulusal düzeyde, bütün sağlık meslek gruplarını ve bütün bölgeleri içeren büyük örneklemle yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanları içinde hekimlerin ve özellikle hemşirelerin tükenmişlik yönünden en riskli gruplar olduğu saptanmıştır.[70] Romani ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerin % 45,8'inin tükenmişlikle ilgili, en az bir belirtiye sahip olduğu bildirilmiştir.[5]

Tükenmişliğin aile hekimlerinde de sık görüldüğü bildirilmektedir.[5,73,74] Soler ve arkadaşlarının Avrupa ülkelerindeki aile hekimlerinde tükenmişlik prevalansını ve bununla ilişkili faktörleri saptamak için yaptıkları çalışmada, tükenmişliğin Avrupa'da aile hekimlerinde ortak bir sorun olarak görüldüğü ve katılımcıların üçte ikisini etkilediği saptanmıştır. Çalışmaya göre tükenmişlik daha çok kişisel faktörler, iş yükü, iş doyumu, işi değiştirme niyeti, alkol, sigara, ilaç kullanımı ile ilişkilidir. İş ile ilgili tükenmişlik insan odaklı hizmet veren uzmanlar için mesleki bir tehlike olarak görülmüştür. Hekimler

de dahil olmak üzere profesyonellerde tükenmişlik; durumsal faktörler [örgütsel bağlılık ve hiyerarşi, iş kaynaklarının olmaması (örneğin yetersiz ödeme), aşırı yük, rol çatışması ve belirsizliği, kariyer sorunları ve geribildirim olmaması] ve bireysel özellikler (demografik değişkenler, kişilik özellikleri, dış kontrol odağı, iş doyumları, işi bırakma(fiziksel, psikolojik) ve sosyal destek eksikliği) gibi faktörlerle ilişkili olabilir. Sorunu derinlemesine araştırmak, bu fenomeni açıklamak için modeller geliştirmek, etkili müdahale stratejilerini belirlemek için araştırmalara gereksinim olduğu vurgulanmıştır.[3]

Tükenmişliğin duygusal gereksinimlerinin ihmal edildiği ve sağlık bakımın teknolojik boyutlarının ön plana çıkarıldığı mezuniyet öncesi tıp eğitimi sırasında ya da stres ve sıkıntı içinde geçen asistanlık eğitimi sırasında başladığı düşünülmektedir. [8] Genç hekimler, zamanla, meslekleri gereği karşılamak durumunda kaldıkları bu yükü kaldıramaz duruma gelmekte ve tükenmektedirler. Bazıları, sağlık hizmeti vermek ile ilişkili etmenlerin, bazıları ise hekimin kişiliğine özgü etmenlerin buna zemin oluşturduğunu ileri sürmektedirler.[8,75]

Yoğun iş yükü, stres, duygusal destek verme zorunluluğu, insanların en hassas yanlarıyla sürekli başbaşa kalma, uyku düzeninin bozulması, tutulan nöbet sayısının fazla olması, mesleki ilişkilerdeki sorunlar, tanı ve tedavisi zor hastalarla uğraşma, yetersiz hastane kaynakları, hasta yakınları ile uğraşma, uzun ve yorucu mesai saatleri, tıp alanındaki yenilikleri takip etme gereği, ekonomik kaygılar ve bu sorunlarla başa çıkmaya çalışırken kendisine ve özel yaşamına yeterince zaman ayıramama hekimlerin üzerindeki major stres faktörleridir. Bu stres özellikle hekimliğin ilk yılları olan asistanlık sürecinde ortaya çıkmaktadır. [9]

Can ve arkadaşlarının İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaptıkları çalışmada, özellikle cerrahi olmayan dallarda çalışan asistan hekimlerde tükenmişliği yüksek bulmuşlardır.[13]

Sayıl ve arkadaşlarının Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde tükenmişlik sendromunun yaygınlığını saptamak, iş doyumu ve sosyal destek ile ilişkisi olup olmadığını belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada, aile, eş ve arkadaşlarla sorunlarını paylaşabilmenin duyarsızlaşmayı anlamlı olarak azalttığı saptanmıştır.[14]

Kurçer'in Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerini belirlemek için yaptıkları çalışmaya göre duyarsızlaşmanın artması duygusal tükenmeyi arttırmakta, bu ise iş doyumunu azaltmaktadır.[11]

Dikmetaş ve arkadaşlarının çalışmasında mobbing ve tükenmişlik düzeylerinin asistan hekimlerin tıp alanlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği, ayrıca mobbing, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.[10]

Stres ve tükenmişlik, asistanın davranışlarını önemli ölçüde değiştirmektedir. Yapılan yeni bir çalışmaya göre, uzun ve yorucu bir nöbetten sonra asistanın stresi ve tükenmişlik yüzdesi artarken empati yapma yeteneği de azalmaktadır. Asistanlar arasında depresyon ve tükenmişlik sadece onların yaşam kalitelerini değil ayrıca hastalarına verdikleri özeni de etkilemektedir.[1]

Lebensohn ve arkadaşları, eğer asistanlara stresleriyle başa çıkmaları ve kendilerini bu yönde geliştirmeleri için bir seçenek sunulsaydı, ileride oluşacak tükenmişlik ve ciddi akıl sağlığı sorunlarında önemli ölçüde azalmalar görülebileceğini vurgulamışlardır.[1] McCray ve arkadaşları ise tükenmişliğin asistan hekimler, tıp öğrencileri, sağlık çalışanlarında yaygın olmasına ve ciddi sonuçlarına rağmen bu sorunla mücadele için birkaç girişim olduğuna dikkat çekmişlerdir. Gelecekte tükenmişlikle mücadele için başarılı stratejiler belirlemek standardize yöntemler, onaylanmış ölçümler kullanarak asistan hekimlerin ve hastaların refahını arttırmak gerektiğini vurgulamışlardır.[4]

Lee ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları bir çalışmada, stres ve tükenmişlik düzeylerini azaltmaya yönelik stratejiler uygulayan aile hekimlerinde hem kişisel hem de mesleki stres ve tükenmiş düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmaya göre mesleki stres, aile hekimleri için bir sorun olarak kabul edilmiştir. Aile hekimlerinin tükenmişliği, evrak işlerinin fazla olması, uzmanlara ve toplum kaynaklarına erişim ve tanı testleri süresinin uzun olması, zor hastalar, kendini değersiz ve uzmanlar tarafından desteklenmemiş hissetme, yeni tıbbi bilgi altında ezilme, kurallara uyma, kişisel yükümlülüğün fazla olması gibi faktörlerden kaynaklanabileceği bildirilmiştir. Aile hekimlerinin, aile ve arkadaşları ile zaman geçirmeleri kişisel streslerini azaltmada, hastaları ile ilişkilerine değer verilmesi ve sürekli mesleki eğitimlere katılım ise mesleki streslerini azaltmada etkili olabileceği vurgulanmıştır. Politika ve uygulamadaki

değişiklikler hekimliğin stres ve tükenmişliğine yüksek düzeyde katkıda bulunmakta ve bu durum özerklik kaybı, azalmış prestij ve derin memnuniyetsizliği de beraberinde getirmektedir. Yüksek başarı ve mükemmelliyetçilik gibi profesyonelce arzu edilen kişilik özellikleri de aynı zamanda hekimlerde depresyon, tükenmişlik ve yüksek intihar oranlarına katkıda bulunmuş olabilir. Kadın hekimlerin erkek meslektaşlarına göre daha fazla aile sorumlulukları vardır. Kanada'da yeni mezunların aile hekimliği uzmanlığını seçme oranlarındaki düşüş kısmen aile hekimliğindeki stres algısı ile ilgili olabilir.[73]

Alasaimi ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da asistanların stres algıları ile ilişkili faktörleri saptamak için yaptıkları çalışmaya göre stres kaynakları kurumsal, profesyonel ve kişisel olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir. Yine aynı çalışmada, asistanların çoğunun tükenmişliğin farkında olmadıkları, stres yönetimi eğitimi almadıkları ve asistanlık döneminde stres yönetim programına ihtiyaçları olduğu bildirilmiştir.[76]

Fortney ve arkadaşlarının çalışmasında, birinci basamak hekimlerinin iş tatmini ve yaşam kalitesini arttırmak için verilen farkındalık eğitiminden sonra bu kursa katılan birinci basamak hekimlerinin tükenmişlik, anksiyete ve stres göstergelerinde azalmalar görülmüştür. Modifiye farkındalık eğitim desteğinin, hasta bakımı için, klinisyenin sağlık ve iyilik hali için verimli bir araç olarak kullanılması önerilmiştir.[77]

Bireysel ve kurumsal müdahalelerin birleştirilmesinin hekimlerin tükenmişlik puanlarının azalmasında etkili olabileceği bildirilmiştir. Çevresel faktör değişikliklerini de içeren multidisipliner girişimlerle insanlara stresli olaylarla nasıl daha iyi başa çıkılacağını öğretmek, tükenmeyi önlemek için umut verici olabilir. Tükenmişliğin önlenmesi ve tedavisinde bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak yapılan stres azaltma programlarının son derece önemli olduğu bildirilmiştir.[5]

Sorun çözme terapisi (SÇT), bilişsel davranışçı yöntemlerden biridir ve birinci basamakta kullanılması önerilmektedir.[6] Depresyon ve anksiyete de dahil olmak üzere birinci basamakta sık görülen birçok ruhsal hastalıkta etkili olduğu gösterilmiştir. Randomize kontrollü çalışmalarda, majör depresyonlu hastalarda uygun eğitilmiş aile hekimi tarafından uygulandığında, SÇT'nin plasebodan daha etkili ve antidepresan tedaviye (hem trisiklik hem de SSRI) eşit derecede etkili olduğu gösterilmiştir. SÇT'nin, aile hekiminin gördüğü spesifik tanısı henüz konmamış birçok sorunla boğuşan bir grup hastaya da yardımcı olabileceği bildirilmiştir.[6]

Eskin ve arkadaşlarının çalışmasında sorun çözme eğitimi verilen hemşirelerin eğitim sonrasında depresyon, algılanan stres, olumsuz sorun çözme yönelim ölçeği puanları eğitim öncesine göre anlamlı olarak azalmıştır. Benlik saygısı puanları da eğitim sonrasında anlamlı olarak artmıştır. [78]

Özet olarak, stres ve tükenmişlik hekimlerde, özellikle asistanlık döneminde sık görülmektedir. Tükenmişliğin önlenmesi ve tedavisinde bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak yapılan stres azaltma programlarının son derece önemli olduğu bildirilmiştir. Bilişsel davranışçı yöntemlerden biri olan sosyal sorun çözme terapisi, aynı zamanda aile hekimlerinin birinci basamakta birçok psikososyal sorunun yönetiminde kullanabilecekleri etkili bir yöntemdir. Sağlıklı yaşam davranışlarının uygulanması stres yönetiminde önerilen bir diğer yöntemdir ve aile hekimlerinin kendilerinin sağlıklı davranışları uygulamaları durumunda, bu konuda hastalarına etkin danışmanlık vermelerinin daha olası olduğu bildirilmiştir.[7]

Sağlık çalışanlarında stres algısı ve tükenmişlik konularında birçok araştırma olmasına karşın ülkemizde asistanlara yönelik herhangi bir müdahale çalışmasına rastlanmamıştır. [9,11-14]

Bütün bu bilgiler ışığında, aile hekimi asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarının belirlenmesi, stres yönetimi ve sosyal sorun çözmeyle ilgili yapılandırılmış bir eğitim modelinin algılanan stres, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan araştırmanın soruları şunlardır:

1. Aile hekimliği asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri, sağlık davranışları ve sosyal sorun çözme becerileri ne durumdadır? Bunların sosyodemografik özellikler ve birbirleriyle ilişkileri var mıdır?
2. Stres yönetimi ve sorun çözme konusunda yapılandırılmış bir eğitimin, kısa ve uzun dönemde aile hekimliği asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri, sosyal sorun çözme becerileri ve sağlık davranışlarına etkisi nasıldır?

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Çalışmanın Tasarımı

Tanımlayıcı ve kendi kendine kontrollü deneysel tipte planlanan çalışmamızın örneklemini araştırmanın yapıldığı tarihlerde (Ekim 2014-Mayıs 2015) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi almakta olan aile hekimliği asistanlarının tamamı (n=26) oluşturdu. Araştırma başladıktan sonra uzmanlık eğitimine başlayan asistanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alınan araştırma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından TTU-2014-3109 proje kodu ile desteklendi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden asistanlara (tamamı) stres yönetimi, sosyal sorun çözme ve bilişsel davranışçı terapi ile ilgili eğitim almış aile hekimliği akademisyeni (tez danışmanı) tarafından yapılandırılmış bir eğitim modeli (psikoeğitim) uygulandı. Psikoeğitim, bireylerin stres yönetimi ve ruh sağlıklarını korumaları, bununla ilgili yeterlilik kazanmalarına yardımcı olacak bir müdahaledir. Bireylere bilgi ve beceri aktarılması grup oturumları ve ev ödevleri sayesinde sağlanır. Bu eğitim sırasında katılımcılara genel bilgiler, temel ipuçları ve teknikler sunulur. İkinci fazda bu bilgileri bağımsız olarak işlemek ve uygulamak gelir. Ev ödevleri sayesinde katılımcılar genel bilgiyi kendi durumları için kişiselleştirme fırsatı bulur. Psikoeğitim bilgi ve beceri kazanma konusunda katılımcıları güçlendirilmesine rağmen bireylerin öğrendiklerini uygulaması kendi sorumluluklarındadır.[79]

Eğitim, sekiz ardışık hafta, haftada bir gün 60 dakikalık oturumlar şeklinde planlandı. Eğitim programı ve içeriği Tablo 1 ve Tablo 2'de görüldüğü gibi yapılandırıldı. Eğitim yeri olarak anabilim dalı salonu kullanıldı. Her oturumdan bir gün önce katılımcılara hatırlatma mesajı gönderildi. Öztakip aracı, ev ödevleri ve devamlılık konularında eğitim kontratı yapıldı ve her eğitimde vurgulandı. Bir devamsızlık hakkı tanındı. İki asistana devamsızlık yaptıkları haftayla ilgili kısa bilgilendirme yapılarak ev ödevleri verildi.

Tablo 1. Bir oturumun yapılandırılması

Süre	İçerik
10'	• **Giriş** – Bir önceki oturumun özetlenmesi – Ev ödevlerinin değerlendirilmesi
45'	• **Oturum gündemi**
5'	• **Sonlandırma** – Oturumun değerlendirilmesi – Ev ödevi verilmesi

Tablo 2. Oturumlara göre eğitim gündemleri

Oturum sayısı	Gündem
1.Oturum	Araştırmanın tanıtılması ve onam alınması Veri toplama anketlerinin uygulanması (Sosyal sorun çözme envanterinin doldurulmak üzere eve verilmesi) Eğitim programının tanıtılması Stres ve etkileri
2. oturum	Stresle baş etme
3. oturum	Sorun yönelimi ve tarzı
4. oturum	Akılcı sorun çözme
5. oturum	Düşünme hataları Bilişsel yeniden yapılandırma
6. oturum	Duygu odaklı baş etme
7. oturum	Ben dili ve asertivite
8. oturum	Genel tekrar ve özet Geribildirimlerin alınması Veri toplama anketlerinin yeniden uygulanması (Sosyal sorun çözme envanterinin eve verilmesi)

3.2.Veri Toplama Araçları

Araştırmada tarafımızdan oluşturulan sosyodemografik anket formu, Maslach Burnout Inventory (Maslach Tükenmişlik Envanteri), Perceived Stress Scale (Algılanan

Stres Ölçeği), Health Promotion Lifestyles Profiles II (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II), Social Problem Solving Inventory (Sosyal Sorun Çözme Envanteri) kullanıldı. Eğitimin başında (ay sıfır), eğitim bitiminde (ay iki) ve ay altıda aynı ölçekler uygulandı. Ayrıca eğitim bitiminde (ay iki) tarafımızdan oluşturulan ve eğitimin değerlendirildiği bir anket uygulandı.

3.2.1.Sosyodemografik Anket Formu

Toplam 13 sorudan oluşan sosyodemografik anket formu tarafımızdan oluşturulmuştur. Bu formda asistanların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sayısı, hekimliğinin kaçıncı yılında olduğu, asistanlık kıdemi, ikamet edilen yer, tanı konulmuş hastalık varlığı, ilaç kullanımı, nöbet sayısı, son bir yıl içinde stres yaşayıp yaşamadığı, ortalama uyku süresi sorulmuştur.

3.2.2.Perceived Stress Scale (Algılanan Stres Ölçeği)

Araştırmada algılanan stresle ilgili verileri toplamak amacıyla Cohen, Kamarck ve Mermelstein tarafından geliştirilen Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)'nin 14 maddelik formu kullanılmıştır. Ölçeğin 14, 10 ve 4 maddelik üç formu da Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.[80] ASÖ'nün üç formunun da iç-tutarlık, güvenilirlik katsayıları yeterli düzeydedir (ASÖ-14 için 0,84). Ölçeğin her üç formu da yeterli düzeyde test-tekrar-test güvenirliğine sahip görünmektedir. Test-tekrar-test güvenirlik katsayıları, ASÖ'nin stres algısını zaman boyutunda sabit olarak ölçtüğünü göstermektedir.[80]

Ölçek kişinin hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi "Hiçbir zaman (0)" ile "Çok sık (4)" arasında değişen 5'li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si (4, 5, 6, 7, 9, 10, 13) tersten puanlanmaktadır. ASÖ 14'ün puanları 0 ile 56 arasında değişmektedir. Maddelerden alınan puanlar toplanarak yanıtlayıcının algıladığı stres düzeyi belirlenmekte ve yüksek puan, algılanan stres düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir.[80]

ASÖ toplum örneklerinde kullanılmak üzere tasarlanmış, stres algısını ölçmek için yaygın şekilde kullanılan doğrulanmış bir ölçektir. ASÖ bir tanı aracı değildir, cutoff

(sınır) aralıkları yoktur. Karşılaştırmalar zaman içinde ve ulusal normatif veriler ile popülasyon örnekleri içinde yapılabilir.[76,81]

3.2.3. Maslach Burnout Inventory (Maslach Tükenmişlik Envanteri)

Ülkemiz de dahil olmak üzere, tükenmişliğin ölçülmesinde kullanılan en yaygın ölçme aracı Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen "Maslach Tükenmişlik Envanteri (MTE)"dir. [34]

Yedi dereceli Likert tipi bir ölçek olan bu ölçme aracı toplam 22 madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerden duygusal tükenme alt ölçeği, 9 maddeden, duyarsızlaşma alt ölçeği beş maddeden ve kişisel başarı alt ölçeği de, toplam sekiz maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri "1 hiçbir zaman" ve "7 her zaman" biçiminde puanlanmaktadır. Ergin tarafından Türkçe'ye çevrilen envanterde bazı değişikliklere gidilerek özgün formunda yedi dereceli olan cevap seçeneklerinin "0 hiçbir zaman", "4 her zaman" olarak ölçeğin beş dereceli olarak düzenlenmesine karar verilmiştir. [34]

Duygusal Tükenme (DT) alt ölçeği, iş hayatında aşırı derecede psikolojik ve duygusal taleplere maruz kalmaktan dolayı yaşanan enerjinin bitmesi durumunu ifade etmektedir. Bu alt boyutta yorgunluk, bıkkınlık ve duygusal enerjinin azalması ile ilgili sekiz madde yer almaktadır. Ölçekteki 1., 2., 3., 6., 8., 13., 16., ve 20. maddeler bu boyutu ölçmeye yöneliktir.

Duyarsızlaşma (DYSZ) alt ölçeği, bireyin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun bir biçimde, bireylerin kendine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın davranmalarını tanımlar. Altı maddeden oluşan duyarsızlaşma alt boyutunda 5, 10, 11, 15, 21, ve 22. maddeler yer almaktadır.

Kişisel Başarı (KB) alt ölçeği, insanlarla yüz yüze çalışılan mesleklerde kişinin kendisini işinde yeterli ve başarılı hissetmesi durumunu tanımlamaktadır. Bu ölçek sekiz maddeden oluşmakta ve 4., 7., 9.,12., 14., 17., 18. ve 19. maddelerini içermektedir. [35]

Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde tükenmişliğin düşük, orta, yüksek düzeylerde yaşanan duygu olduğu ve sürekli bir değişken olarak kavramlaştığı görülmektedir. Tükenmişliğin yüksekliği duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puanı, kişisel başarı, alt ölçeğindeki düşük puanı yansıtmaktadır. Orta düzeyde tükenmişlik, her üç alt ölçek için de orta düzey puanları yansıtırken, düşük

düzeyi DT ve DYSZ alt ölçeklerindeki düşük ve KB alt ölçeğindeki yüksek puanları yansıtmaktadır. [34]

Ergin'in sağlık personeline yönelik norm çalışmasına göre tükenmişlik düzeyleri: duygusal tükenme alt ölçeğinde 27 ve üzeri yüksek, 17–26 normal, 0–16 düşük; duyarsızlaşma alt ölçeğinde 13 ve üzeri yüksek, 7–12 normal, 0–6 düşük; kişisel başarı alt ölçeğinde 0–31 yüksek, 32–38 normal, 39 ve üzeri düşüktür.[82]

3.2.4. Healthy Life Style Behavior Scale-II (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II)'nin ilk versiyonu (48 madde) Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak 1987 yılında Walker ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen bir ölçektir. Ölçek 1996 yılında tekrar çalısılarak revize edilmiş (52 madde) ve Sağlıklı Yasam Biçimi Davranısları Ölçeği II olarak adlandırılmıstır. [83]

Ölçeğin, ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach alpha katsayısı 0.93 olarak saptanmış iki hafta sonra yapılan test tekrar testte ise 0.86 olarak bulunmuştur.[83]

SYBD-II ölçeğinde derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Ölçeğin bütün maddeleri olumludur. Her bir madde için sırasıyla 1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak) puan verilir. Ölçekte toplam 52 ifade yer almaktadır. En düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Ölçeğin altı alt başlığı bulunmaktadır:

Tinsellik; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler (Tinsellik alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52).

Beslenme; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler (Beslenme alt ölçeği madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50).

Fiziksel aktivite; sağlıklı yaşamın değişmez bir öğesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir (Fiziksel aktivite alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46).

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51).

Kişiler arası ilişki; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler (Kişiler arası ilişki alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49).

Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (Stres yönetimi alt ölçeği madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47).

3.2.5. Social Problem Solving Inventory (Sosyal Sorun Çözme Envanteri)

Araştırmada sosyal sorun çözme becerileri ile ilgili verileri toplamak amacıyla D'Zurilla ve Nezu tarafından geliştirilen, Duyan ve Gelbal tarafından Türkçe 'ye uyarlanan Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE) uzun formu kullanılmıştır.[84] Sosyal Sorun Çözme Envanteri, Sorun Yönelimi Ölçeği (SYÖ; 30 madde) ve Sorun Çözme Becerileri Ölçeği (SÇBÖ; 40 madde) olmak üzere iki ana ölçeğe sahiptir. Sorun yönelimi, bireyin günlük yaşamda karşılaştığı sorunlar ve kendi sorun çözme becerisi hakkındaki genel inançlarını, değerlendirmelerini ve duygularını yansıtan göreli olarak dengeli bilişsel-duyuşsal şema ile bağlantılı metabilişsel bir işlem olarak tanımlanmaktadır. Sorun çözme becerileri, bireyin sorunu anlama, etkili çözümler veya başetme yolları bulma amacıyla gerçekleştirdiği bilişsel ve davranışsal aktivitelere işaret etmektedir. Sorun çözme yetkinliğine katkı veren amaç odaklı dört görev setinden oluşur. 1) Sorun tanımlaması ve formülasyonu, 2) Seçenek çözümlerin oluşturulması, 3) Karar verme ve 4) Çözümün gerçekleştirilmesi ve doğrulanması (çözümün çıktılarının izlenmesi ve değerlendirilmesi)

SSÇE'nde yer alan 70 maddenin yarısı (35 madde) olumsuz (1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 31, 40, 42, 43, 45, 47, 48, 54, 56, 59, 60, 63, 64, 67, 68, 69 ve 70. maddeler), yarısı da olumlu (35 madde) anlam taşımaktadır. Olumlu maddeler puanlanırken "Benim için kesinlikle doğru" yanıtı "4" ile ve "Benim için kesinlikle doğru değil" yanıtı ise "0" ile puanlanmaktadır. Olumsuz maddelerin

puanlanmasında da ”Benim için kesinlikle doğru değil” yanıtı “4” ile “Benim için kesinlikle doğru” yanıtı da “0” ile puanlanmaktadır. Dolayısıyla her bir alt ölçekten alınabilecek puanlar 0-40, SYÖ’den 0-120, SÇBÖ’den 0-160 ve SSÇE’nden 0-280 arasında değişmektedir. Envanterden alınan puanın yüksek olması sosyal sorun çözme durumunun yüksekliğini göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması SYÖ için 0.93, SÇBÖ için 0.93 ve SSÇE için 0.95 düzeyinde iç tutarlılığa sahiptir. [84]

3.2.6. Eğitim Değerlendirme Formu

Tarafımızdan oluşturulan eğitim değerlendirme formu, katılımcıların eğitim sonunda kendileri ile ilgili geri bildirimlerini içeren 10 soru ve eğitim programı ile ilgili olan geribildirimlerini içeren 15 soru olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca katılımcılar herbir soru başlığına yönelik kendileri ile ilgili ya da eğitim programı ile ilgili açık uçlu geribildirimlerde bulunmuşlardır.

Ayrıca altıncı ayda ölçekler uygulanırken ‘Stres yönetimi ve sosyal sorun çözme ile ilgili verilen eğitimden sonra aldığınız eğitim ile ilgili herhangi bir girişiminiz (kitap alıp okuma, kursa katılım, eğitim esnasında alınan notların gözden geçirilmesi, internet üzerinden araştırma yapma vs.) oldu mu?’ sorusu eklenmiştir.

3.3.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler istatistiksel paket programlar kullanılarak analiz edildi.

Katılımcıların tanıtıcı özellikleri ile ilgili veriler; sayı, yüzde ve ortalama ile stres algıları, tükenmişlik düzeyleri, sağlık davranışları ve sosyal sorun çözme becerileri ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları ile değerlendirildi. Bağımsız değişkenlerle ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkinin analizinde normal dağılım gösteren veriler için student-t testi, normal dağılım göstermeyen veriler için Mann Whitney U testleri kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişki için yapılan bağıntı analizinde normal dağılım gösteren veriler için pearson, göstermeyenler için spearman rho bağıntı katsayıları kullanıldı. Katsayı 0-0,25 çok zayıf ilişki; 0,25-0,50 zayıf-orta derecede ilişki; 0,50-0,75 iyi derecede ilişki; 0,75-1,00 çok iyi derecede ilişki şeklinde yorumlandı.[85] Eğitim öncesi ölçek puanlarının, eğitim sonrası ve izlem puanları ile karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren veriler için eşleştirilmiş t test ve göstermeyenler için Wilcoxon testi kullanıldı. Eğitimle ilgili

geribildirimler ortalama ve niteliksel olarak değerlendirildi. P değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş ortalaması 29,81±3,09 yıl olan katılımcıların 17'si (%65,4) kadındır. Katılımcıların 17'sinin (%65,4) partneri bulunmakta (evli veya sözlü-nişanlı), 15'i (%57,7) aile ile (anne, baba, kardeş, eş veya çocuk) birlikte yaşamakta, ikisinin (%7,7) sürekli ilaç kullanımı gerektiren kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların dokuzu (%34,6) son bir yılda yaşamını etkileyen bir stres yaşadığını bildirmiştir (Tablo 3). Katılımcıların yaş, hekimlik yılı, asistanlık kıdemi, çocuk sayısı, nöbet sayısı ve günlük uyku süresi ortalamaları, SS ve min-max değerleri Tablo 4'de görülmektedir

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	17	65,4
	Erkek	9	34,6
Medeni durum	Partneri var	17	65,4
	Partneri yok	9	34,6
İkamet durumu	Aileyle	15	57,7
	Aileyle değil	11	42,3
Kronik hastalık durumu	Var	2	7,7
	Yok	24	92,3
Son bir yılda yaşamı etkileyen stres	Var	9	34,6
	Yok	17	65,4

Tablo 4. Katılımcıların yaş, hekimlik yılı, asistanlık kıdemi, çocuk sayısı, nöbet sayısı ve günlük uyku süresi ortalama, SS, minimum ve maximum değerleri

	Ortalama±SS	Min-max
Yaş (yıl)	29,81±3,09	27-40
Hekimlik süresi (ay)	52,81±39,59	11-192
Asistanlık kıdemi (yıl)	1,81±0,74	1-3
Nöbet sayısı (adet)	3,12±3,19	0-8
Günlük uyku (saat)	7,27±1,25	4-10
Çocuk sayısı	0,35±0,68	0-2

4.2. Katılımcıların ASÖ, MTE, SYBD, SSÇE Ölçek Puanları ve Bunların Birbirleriyle ile İlişkisi

Katılımcıların ASÖ, MTE, SYBD ve SSÇE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları Tablo 5'de, bu ortalamaların korelasyon analizleri Tablo 6'da görülmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların ASÖ, MTE, SYBD, SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının ortalama, SS, minumum ve maksimum değerleri

		Ortalama± SS	Min-max
ASÖ		26,35±4,28	18-34
MTE	**Duygusal tükenme**	20,88±7,53	9-38
	Duyarsızlaşma	16,42±2,94	11-22
	Kişisel başarı	30,23±4,67	20-38
SYBD	**Tinsellik**	25,73±4,44	17-35
	Beslenme	21,08±3,14	15-26
	Fiziksel aktivite	16,12±5,80	8-29
	Sağlık sorumluluğu	20,88±3,98	13-29
	Kişiler arası ilişki	25,65±4,19	17-34
	Stres yönetimi	16,42±3,50	11-25
	SYBD toplam	126,92±18,82	96-162
SSÇE	**Yönelim**	75,35±21,29	20-113
	Çözüm	107,85±23,35	59-147
	SSÇE toplam	183,19±40,33	80-258

Tablo 6. ASÖ, MTE, SYBD,SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının korelasyon analizleri

	Algılanan stres	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı	Tinsellik	Beslenme	Fiziksel aktivite	Sağlık sorumluluğu	Kişilerarası ilişki	Stres yönetimi	SYBD toplam	Yönelim	Çözüm	SSÇE
Algılanan stres	1													
Duygusal tükenme	-,676**	1												
Duyarsızlaşma	-,234	,181	1											
Kişisel başarı	,370	-,565**	-,168	1										
Tinsellik	,326	-,440*	-,104	,530**	1									
Beslenme	-,35	-,001	-,009	,208	,391*	1								
Fiziksel aktivite	-,37	,117	,006	,347	,307	,63**	1							
Sağlık sorumluluğu	,351	-,560**	-,81	,337	-,500**	,549**	,251	1						
Kişilerarası ilişki	,218	,256	-,081	,448*	,796**	,408	,130	,424*	1					
Stres yönetimi	,266	-,389*	-,342	,615**	,615**	,581**	,578**	,661**	,597**	1				
SYBD toplam	,232	-,316	-,121	,553**	,794**	,769**	,676**	,716**	,720**	,880**	1			
Yönelim	,109	-,289	-,016	,418*	,265	,065	-,073	,169	,304	,024	,159	1		
Çözüm	-,108	-,013	,068	,258	,317	,292	,253	,272	,213	,158	,336	,631	1	
SSÇE toplam	-,005	-,160	,031	,370	,324	,203	,108	,247	,283	,104	,278	,893**	,912**	1

*Korelasyon 0,05 seviyesinde anlamlı, **Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlı

ASÖ, MTE, SYBD ve SSÇE toplam ve alt ölçek puanları arasındaki korelasyon analizlerinde:

Duygusal tükenme ile algılanan stres arasında negatif yönde iyi derecede ilişki (r=-,676 p=0,01),

Kişisel başarı ile duygusal tükenme arasında negatif yönde iyi derecede ilişki vardır(r=-,565 p=0,01).

Tinsellik ile duygusal tükenme arasında negatif yönde orta derecede (r=-,440 p=0,05); kişisel başarı arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,530 p=0,01); beslenme arasında pozitif yönde orta derecede (r=,391 p=0,05) ilişki,

Sağlık sorumluluğu ile duygusal tükenme arasında negatif yönde iyi derecede ilişki (r=-,560 p=0,01),

Stres yönetimi ile duygusal tükenme arasında negatif yönde orta derecede (r=-,389 p=0,05); kişisel başarı arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,615 p=0,01); tinsellik arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,615 p=0,01); beslenme arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,581 p=0,01); fiziksel aktivite arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,578 p=0,01), sağlık sorumluluğu arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,661 p=0,01); kişilerarası ilişki arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,597 p=0,01) ilişki,

Fiziksel aktivite ile beslenme arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki (r=,630 p=0,01),

Sağlık sorumluluğu ile tinsellik arasında pozitif yönde iyi derecede(r=,500 p=0,01); beslenme arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,549 p=0,01) ilişki,

Kişiler arası ilişki ile kişisel başarı arasında pozitif yönde orta derecede (r=,448 p=0,05); tinsellik arasında pozitif yönde çok iyi derecede (r=,796 p=0,01); beslenme arasında pozitif yönde orta derecede (r=,408 p=0,05) ilişki,

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları(SYBD) toplam puanı ile kişisel başarı arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,553 p=0,01); tinsellik arasında pozitif yönde çok iyi derecede (r=,794 p=0,01); beslenme arasında pozitif yönde çok iyi derecede (r=,769 p=0,01); fiziksel aktivite arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,676 p=0,01); sağlık sorumluluğu arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,716 p=0,01); kişilerarası ilişki arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,720 p=0,01); stres yönetimi arasında pozitif yönde iyi derecede (r=,880 p=0,01) ilişki,

Yönelim ile kişisel başarı arasında pozitif yönde orta derecede ilişki (r=,418 p=0,05),

Kişilerarası ilişki ile sağlık sorumluluğu arasında pozitif yönde orta derecede ilişki (r=,424 p=0,05) saptanmıştır.

SSÇE toplam puanı ile yönelim (r=,893 p=0,05) ve çözüm alt ölçek puanları arasında (r= ,912 p=0,05) pozitif yönde çok iyi derecede ilişki vardır.

4.3. Katılımcıların ASÖ, MTE, SYBD, SSÇE Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi

Tablo 7.Katılımcıların ASÖ puanlarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi

		ASÖ puan Ort±SS	**p**
Cinsiyet	Kadın	25,53±3,64	0,187
	Erkek	27,89±5,18	
Medeni durum	Partneri var	26,94±4,61	0,341
	Partneri yok	25,22±3,56	
İkamet durumu	Aileyle	26,00±3,60	0,640
	Aileyle değil	26,82±5,23	
Hastalık durumu	Var	23,50±2,12	0,339
	Yok	26,58±4,36	
Yaşanılan stres	Var	26,33±4,92	0,991
	Yok	26,35±4,07	

Katılımcıların ASÖ puanları ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (**Tablo 7**).

Katılımcıların algılanan stres puanları ile yaş, çocuk sayısı, hekimlik yılları, asistanlık kıdemleri, nöbet sayıları ve günlük uyku süreleri arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.

Tablo 8. Katılımcıların MTE alt ölçek puanlarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi

		MTE		
		Duygusal tükenme **Ort±SS**	**Duyarsızlaşma** **Ort±SS**	**Kişisel başarı** **Ort±SS**
Cinsiyet	Kadın	23,12±7,31	16,71±3,46	28,47±4,24
	Erkek	16,67±6,30	15,89±1,61	33,56±3,60
	p	**0,035**	0,421*	**0,006**
Medeni durum	Partneri var	20,24±7,51	17,00±2,66	30,12±4,78
	Partneri yok	22,11±7,86	15,33±3,27	30,44±4,72
	p	0,557	0,174	0,869
İkamet durumu	Aileyle	18,73±6,04	16,93±2,46	30,00±5,29
	Aileyle değil	23,82±8,62	15,73±3,49	30,55±3,88
	p	0,089	0,311	0,775
Hastalık durumu	Var	26,50±13,43	14,00±4,24	31,50±0,70
	Yok	20,42±7,13	16,63±2,84	30,13±4,84
	p	0,281	0,233	0,697
Yaşanılan stres	Var	22,33±10,12	14,78±3,34	29,78±4,73
	Yok	20,12±5,96	17,29±2,36	30,47±4,75
	p	0,558	**0,035**	0,727

*Mann Whitney U

Kadınlarda duygusal tükenme (p=0,035) erkeklerde kişisel başarı alt puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,006). Son bir yılda yaşamını etkileyen büyük bir stres yaşamayanlarda duyarsızlaşma alt puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,035)(**Tablo 8**).

Yaş ile duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönde orta derecede (r=,40, p:0,05); hekimlik süresi ile duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönde orta derecede (r=,411,p=0,05) ilişki saptanmıştır.

Katılımcıların MTE toplam ve alt ölçek puanları ile çocuk sayısı, asistanlık kıdemi, nöbet sayısı, günlük uyku süresi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tablo 9. Katılımcıların SYBD toplam ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi

		Tinsellik Ort±SS	Beslenme Ort±SS	Fiziksel aktivite Ort±SS	Sağlık sorumluluğu Ort±SS	Kişilerarası ilişki Ort±SS	Stres yönetimi Ort±SS	SYBD toplam Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	24,88±5,59	21,53±2,69	15,82±5,78	20,88±3,83	25,47±3,74	17,29±3,40	125,88±16,16
	Erkek	27,33±3,60	20,22±3,89	16,67±6,16	20,89±4,48	26,00±5,17	17,78±3,86	128,89±24,03
	p	0,186	0,324*	0,732	0,997	0,766	0,745	0,742
Medeni durum	Partneri var	25,53±4,44	21,41±3,31	15,65±5,89	21,00±4,16	25,94±4,94	16,88±3,55	126,41±20,66
	Partneri yok	26,11±4,67	20,44±2,87	17,00±5,87	20,67±3,84	25,11±2,36	18,56±3,32	127,89±15,84
	p	0,758	0,467	0,582	0,844	0,569	0,254	0,853*
İkamet durumu	Aileyle	25,73±4,39	21,07±3,77	14,93±4,18	21,87±4,40	25,40±4,88	17,27±3,57	126,27±21,05
	Aileyle değil	25,73±4,71	21,09±2,21	17,73±7,40	19,55±3,01	26,00±3,22	17,73±3,55	127,82±16,22
	p	0,997	0,984	0,278	0,124	0,726	0,748	0,840
Hastalık durumu	Var	23,50±6,36	23,50±2,12	21,00±,00	22,50±7,77	25,50±4,95	19,00±1,41	135,00±22,62
	Yok	25,92±4,38	20,88±3,16	15,71±5,86	20,75±3,79	25,67±4,24	17,33±3,60	126,25±18,88
	p	0,471	0,266	0,222	0,561	0,958	0,529	0,539
Yaşanılan stres	Var	25,67±3,57	20,67±3,93	13,78±4,52	20,00±4,79	26,89±3,10	18,00±3,64	125,00±16,79
	Yok	25,76±4,94	21,29±2,75	17,35±6,14	21,35±3,55	25,00±4,62	17,18±3,50	127,94±20,23
	p	0,959	0,638	0,138	0,421	0,284	0,579	0,713

* Mann Whitney U

Katılımcıların SYBD toplam ve alt ölçek puanları ile sosyodemografik özellikler arasında ilişki saptanamamıştır (**Tablo 9**).

Yaş ile tinsellik alt ölçek puanı arasında negatif yönde orta derecede (r_s=-,480,p=0,05); kişiler arası ilişki alt ölçek puanı arasında negatif yönde iyi derecede (r=-,541, p=0,01) ilişki bulunmuştur.

Çocuk sayısı ile tinsellik alt ölçek puanı arasında negatif yönde orta derecede (r=-,452,p=0,05); kişiler arası ilişki alt ölçek puanı arasında negatif yönde orta derecede (r=-,469,p=0,05) ilişki bulunmuştur.

Hekimlik süresi ile tinsellik alt ölçek puanı arasında negatif yönde orta derecede (r_s=-,413, p=0,05); kişiler arası ilişki alt ölçek puanı arasında negatif yönde iyi derecede (r_s=-,637,p=0,01); stres yönetimi alt ölçek puanı arasında negatif yönde orta derecede (r=-,400,p=0,05); SYBD toplam puanı arasında negatif yönde orta derecede (r=-,460, p=0,05) ilişki bulunmuştur.

Günlük uyku süresi ile beslenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki (r=,502, p=0,01) bulunmuştur.

Katılımcıların SYBD toplam ve alt ölçek puanları ile asistanlık kıdemi ve nöbet sayısı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tablo 10. Katılımcıların SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik özelliklerle ilişkisi

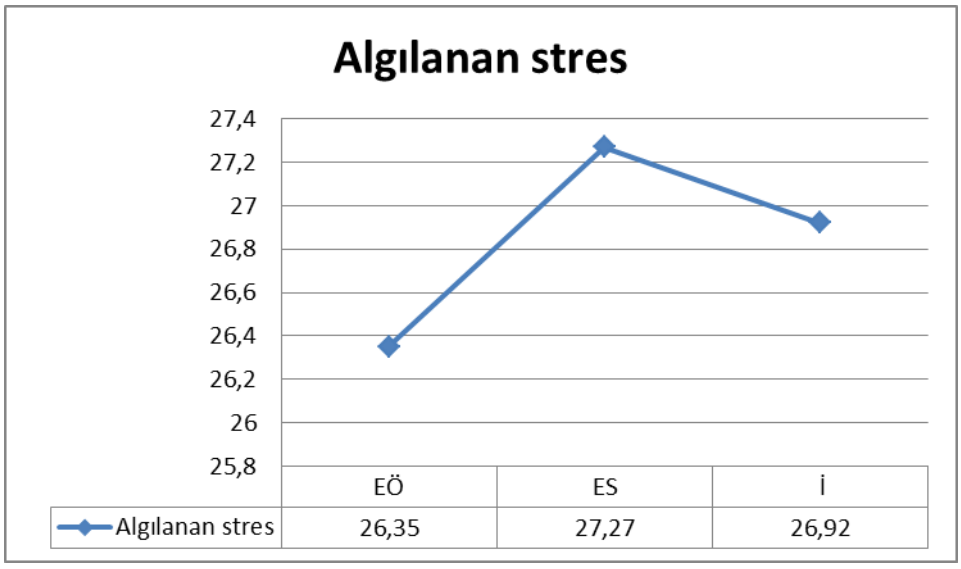
		Yönelim Ort±SS	**Çözüm Ort±SS**	**SSÇE toplam Ort±SS**
Cinsiyet	Kadın	67,76±20,47	103,65±23,68	171,41±39,31
	Erkek	89,67±15,04	115,78±21,77	205,44±33,76
	p	**0,009**	0,214	**0,038**
Medeni durum	Partneri var	80,76±21,29	104,88±25,13	185,65±43,38
	Partneri yok	65,11±18,16	113,44±19,67	178,56±35,79
	p	0,074*	0,385*	0,679
İkamet yeri	Aileyle	77,07±18,12	114,20±18,29	191,27±31,75
	Aileyle değil	73,00±25,75	99,18±27,41	172,18±49,23
	p	0,640	0,106*	0,241
Hastalık olup olmadığı	Var	76,50±9,19	114,50±12,02	191,00±2,82
	Yok	75,25±22,11	107,29±24,13	182,54±41,97
	p	0,938	0,684	0,782
Yaşanılan stres	Var	68,78±22,90	100,44±28,25	169,22±44,09
	Yok	78,82±20,23	111,76±20,14	190,59±37,43
	p	0,261*	0,247	0,205*

* Mann Whitney U

Yönelim (p=0,009) ve SSÇE toplam (p=0,038) puanları erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (**Tablo 10**). SSÇE toplam ve alt ölçek puanları ile yaş, çocuk sayısı, hekimlik yılı, asistanlık kıdemi, nöbet sayısı ve günlük uyku süresi arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.

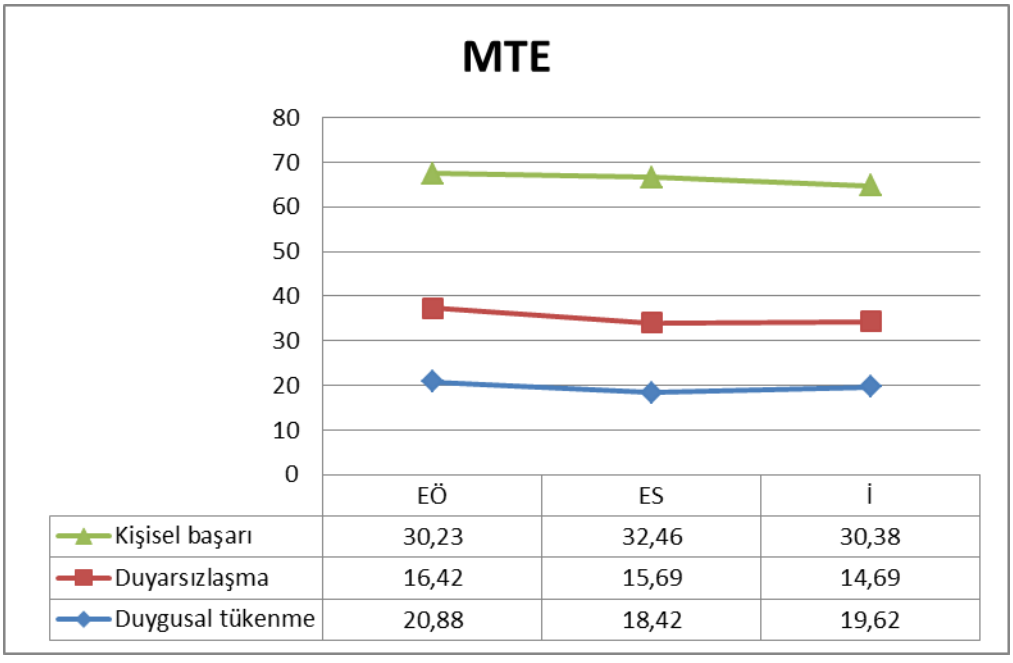
4.4. Katılımcıların Eğitim Öncesi, Sonrası ve İzlem ASÖ, MTE, SYBD, SSÇE Ölçek Puan Ortalamlarının Karşılaştırılması

ASÖ, MTE, SYBD, SSÇE toplam ve alt ölçeklerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem dönemi puan ortalamaları Şekil-1, 2, 3, 4 de görüldüğü gibidir.



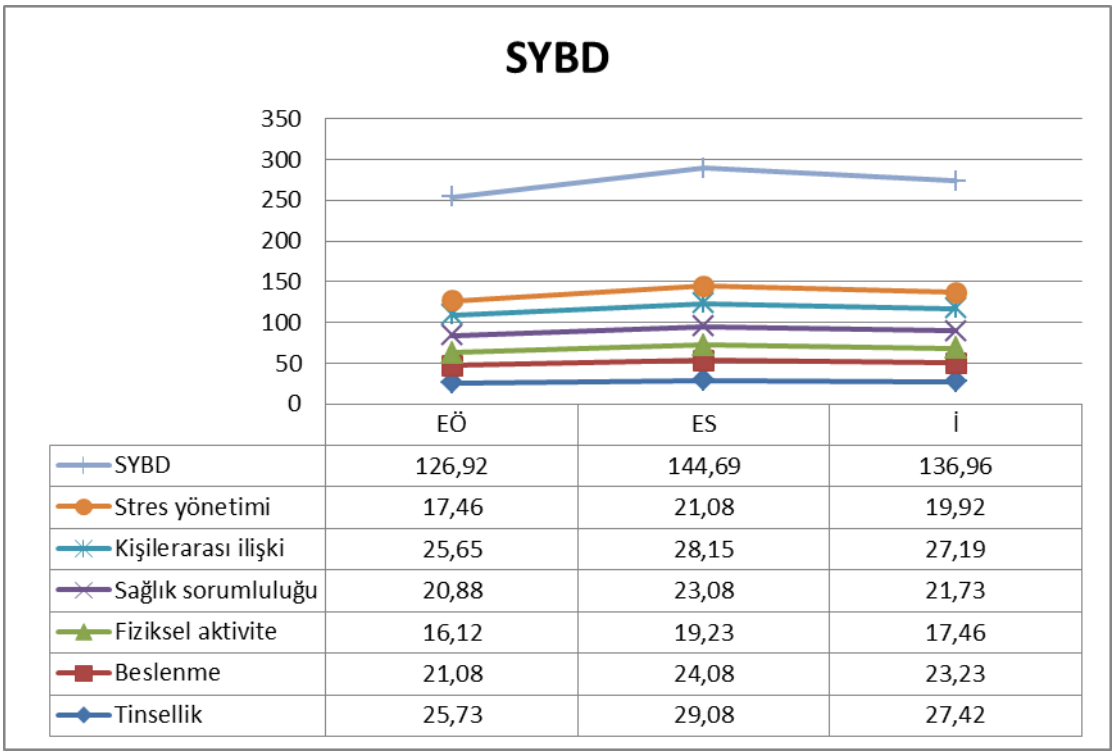
EÖ:Eğitim öncesi ES:Eğitim sonrası İ:İzlem

Şekil 1.Katılımcıların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem dönemindeki ASÖ puan ortalamalarının grafiği



EÖ:Eğitim öncesi ES:Eğitim sonrası İ:İzlem

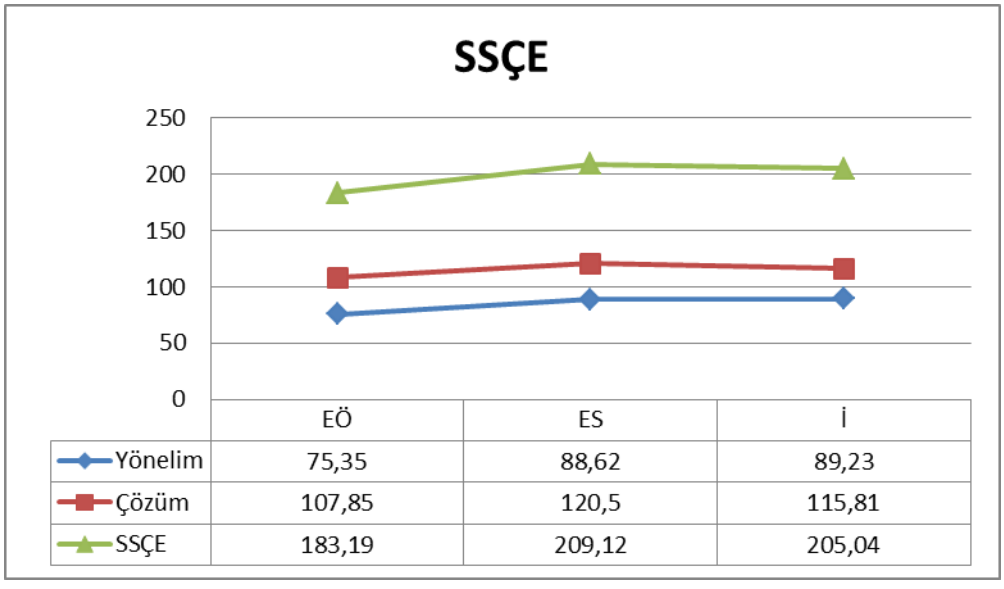
Şekil 2. Katılımcıların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem dönemindeki MTE alt ölçek puan ortalamalarının grafiği



	EÖ	ES	İ
SYBD	126,92	144,69	136,96
Stres yönetimi	17,46	21,08	19,92
Kişilerarası ilişki	25,65	28,15	27,19
Sağlık sorumluluğu	20,88	23,08	21,73
Fiziksel aktivite	16,12	19,23	17,46
Beslenme	21,08	24,08	23,23
Tinsellik	25,73	29,08	27,42

EÖ:Eğitim öncesi ES:Eğitim sonrası İ:İzlem

Şekil 3. Katılımcıların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem dönemindeki SYBD toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının grafiği



	EÖ	ES	İ
Yönelim	75,35	88,62	89,23
Çözüm	107,85	120,5	115,81
SSÇE	183,19	209,12	205,04

EÖ:Eğitim öncesi ES:Eğitim sonrası İ:İzlem

Şekil 4. Katılımcıların eğitim öncesi, eğitim sonrası ve izlem dönemindeki SSÇE toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının grafiği

Tablo 11. Eğitim öncesi ASÖ, MTÖ, SYBD ve SSÇE toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının eğitim sonrası ve izlem puan ortalamaları ile karşılaştırılması

		Eğitim öncesi (EÖ)	**Eğitim sonrası (ES)**	**İzlem (İ)**	**EÖ-ES***	**EÖ- İ***
Ölçek	**Alt ölçekler**	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	p	p
ASÖ		26,35±4,28	27,27±2,61	26,92±3,773	0,251	0,531
MTE	**Duygusal tükenme**	20,88±7,53	18,42±5,82	19,62±6,034	0,062	0,341
	Duyarsizlasma	16,42±2,94	15,69±2,27	14,69±2,695	0,203	0,054
	Kişisel basarı	30,23±4,66	32,46±3,78	30,38±5,115	**0,006**	0,829
SYBD	**Tinsellik**	25,73±4,44	29,08±4,09	27,42±4,981	**0,000**	**0,046**
	Beslenme	21,08±3,14	24,08±4,27	23,23±4,958	**0,000****	**0,024****
	Fiziksel aktivite	16,12±5,80	19,23±6,90	17,46±7,112	**0,005****	0,200**
	Sağlık sorumluluğu	20,88±3,98	23,08±4,92	21,73±4,944	**0,010**	0,323
	Kişilerarası ilişki	25,65±4,19	28,15±4,60	27,19±5,643	**0,001**	**0,042**
	Stres yönetimi	17,46±3,50	21,08±3,38	19,92±4,195	**0,000**	**0,001**
	SYBD toplam	126,92±18,82	144,69±19,85	136,96±24,99	**0,000**	**0,009**
SSÇE	**Yönelim**	75,35±21,29	88,62±15,68	89,23±18,08	**0,000**	**0,000**
	Çözüm	107,85±23,35	120,50±21,57	115,81±27,46	**0,001**	0,134
	SSÇE toplam	183,19±40,33	209,12±34,50	205,04±41,30	**0,000**	**0,003**

***Eşleştirilmiş t testi

**Wilcoxon test

Eğitim döneminde eğitim öncesine göre katılımcıların sosyodemografik özelliklerinde genel olarak değişiklik olmamıştır.

Eğitim öncesi-eğitim sonrası ve eğitim öncesi-izlem döneminde AS toplam puan ortalaması ve MTE duygusal tükenme alt ölçek puan ortalamasında anlamlı değişiklik olmamıştır.

MTE duyarsızlaşma alt ölçek puan ortalaması eğitim öncesi ile eğitim sonrası dönemde anlamlı değişiklik göstermemiş olup eğitim öncesi döneme göre izlem döneminde sınırda anlamlı olarak azalmıştır.

Eğitim sonrası ve izlem döneminde eğitim öncesi döneme göre SYBD toplam, tinsellik, beslenme, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları, SSÇE toplam, yönelim ve çözüm alt ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak artmıştır.

Kişisel başarı, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, çözüm alt ölçek puan ortalamaları eğitim sonrası dönemde eğitim öncesine göre anlamlı olarak artmış olup izlem döneminde anlamlı değişiklik göstermemiştir.

İzlem döneminde 'Stres yönetimi ve sosyal sorun çözme ile ilgili verilen eğitimden sonra aldığınız eğitim ile ilgili herhangi bir girişiminiz (kitap alıp okuma, kursa katılım, eğitim esnasında alınan notların gözden geçirilmesi, internet üzerinden araştırma yapma vs.) oldu mu?' sorusuna katılımcıların %80,7'si evet %19,2'si hayır yanıtını vermişlerdir. Herhangi bir girişimde bulunan grubun SYBD toplam puanı (132,19) ve stres yönetimi puanı (19,00) girişimde bulunmayan gruba göre (sırayla 157,00; 23,80) anlamlı olarak daha düşüktür (SYBD toplam için p=0,044; stres yönetimi için p=0,018).

4.5.Katılımcıların Eğitim Sonrası Geribildirimleri ve Değerlendirmeleri

Tablo 12. Katılımcıların eğitim sonunda kendileri ile ilgili geri bildirimleri

	Ort±SS	Min-Max
1. Bu eğitimde önerilen öz takip araçlarını kullandım	4,15±0,78	3-5
2. Bu eğitimde verilen ev ödevlerini yaptım	3,81±0,69	3-5
3. Bireysel ve grup çalışmalarına aktif olarak katıldım	4,50±0,64	3-5
4. Oturumlar sırasında kişisel yaşantımı paylaşabildim	3,19±1,20	1-5
5. Bu eğitimde öğrendiklerimi günlük yaşamımda uygulayabildim	3,62±0,75	2-5
6. Bu eğitim, konuyla bilgi ve beceri gereksinimlerimi belirlememe yardımcı oldu	4,46±0,70	3-5
7. Bu eğitimde kazandığım bilgi ve becerileri kullanabileceğimi düşünüyorum (kendim için).	4,35±0,62	3-5
8. Bu eğitimde kazandığım bilgi ve becerileri kullanabileceğimi düşünüyorum (hastalarım için).	3,73±0,82	2-5
9. Bu eğitimin asistan eğitim programında yer alması gerektiğini düşünüyorum.	4,85±0,36	4-5
10. Genel olarak bu eğitim programından yararlandım	4,58±0,57	3-5

Katılımcılardan "Oturumlar sırasında kişisel yaşantımı paylaşabildim" ifadesine katılanların ortalaması en düşük iken "Bu eğitimin asistan eğitim programında yer alması gerektiğini düşünüyorum" ifadesine katılanların ortalaması en yüksek olarak bulunmuştur **(Tablo 12).** Katılımcıların açık uçlu geribildirimleri Tablo 13'de görülmektedir.

Tablo 13. Katılımcıların eğitim sonunda kendileri ile ilgili açık uçlu geribildirimleri

Başlıklar	Başlıklara yönelik açık uçlu cevaplar (Katılımcı no)
1. Bu eğitimde önerilen öz takip araçlarını kullandım	Kendi yoğunluğumdan dolayı fırsat bulamadım(2) Öztakip aracını bölümde sabitlemek (unutulmasını engellemek için)(13) Kendi hatamdı takip etmeliydim (16)
2. Bu eğitimde verilen ev ödevlerini yaptım	Kendi yoğunluğumdan dolayı fırsat bulamadım (2) Ev ödevlerini aynı gün içinde yapmam gerekirdi (7) Kendi hatamdı takip etmeliydim (16)
3. Bireysel ve grup çalışmalarına aktif olarak katıldım	Çok özel sorunları paylaşmak istemedim (2)
4. Oturumlar sırasında kişisel yaşantımı paylaşabildim	Küçük gruplar ya da bireysel görüşmeler yapılabilir (1) Birebir oturum şansımız olmadığı için kendimi yansıtamadım(ama zaten vakit sınırlıydı) (5) Katılım sayısı az olsaydı özel yaşantımı paylaşabilirdim (13) Oturumlar sırasında kişisel yaşantımı sınırlı paylaştım. Belki çalışma arkadaşlarımın olmadığı bir grup olsa daha rahat paylaşılabilirdi (24) Gruplar daha az olsa özel yaşantımı ayrıntılı paylaşabilirdim (26)
5. Bu eğitimde öğrendiklerimi günlük yaşamımda uygulayabildim	Bu konuda benim çaba göstermem gerekir (1) Benden kaynaklı olduğu için geliştirilmesi gereken bir durum değil (7) Kendi hatamdı takip etmeliydim (16) Gerekli becerileri kazandıktan sonra günlük yaşantıma geçirebilirim (26)
6. Bu eğitim, konuyla bilgi ve beceri gereksinimlerimi belirlememe yardımcı oldu	Kitap eksiğimin olduğunu fark ettim (26)
7. Bu eğitimde kazandığım bilgi ve becerileri kullanabileceğimi düşünüyorum (kendim için).	
8. Bu eğitimde kazandığım bilgi ve becerileri kullanabileceğimi düşünüyorum (hastalarım için).	Hastalara da bu tarz bir eğitim verilmeli (13) Hastaları eğitim düzeyiyle değişmekle birlikte bu tarz yaklaşımla herşeyi çözebileceğimi düşünmüyorum (16) Hastalar için bu beceriyi kullanabilmenin çok fazla tecrübe gerektirdiğini düşünüyorum. Bu seviyede olabilmek için çok çalışmam gerektiğini düşünüyorum (24)
9. Bu eğitimin asistan eğitim programında yer alması gerektiğini düşünüyorum.	Bu eğitim bize tıp fakültesinin ilk yıllarında verilmeli (26)
10. Genel olarak bu eğitim programından yararlandım	

Tablo 14. Katılımcıların eğitim programı ile ilgili geribildirimleri

	Ort±SS	Min-Max
1. Fizik ortam	3,96±0,59	2-5
2. Organizasyon (Öncesi ve sonrası bilgilendirme)	4,50±0,58	3-5
3. Eğitim programının uygulanma zamanı (öğle arası)	3,00±0,98	1-5
4. Eğitim programının uygulanma günü (Çarşamba)	3,69±0,83	2-5
5. Bir oturum süresi (1 saat)	3,77±0,86	2-5
6. Oturumların sıklığı (haftada bir)	3,50±0,90	2-5
7. Toplam oturum sayısı (8 oturum)	3,69±1,01	2-5
8. Oturumların içeriği ve akışı	4,73±0,45	4-5
9. Eğiticinin konuyu aktarmadaki becerisi	4,96±0,19	4-5
10. Eğiticinin eğitim sırasındaki tutum ve davranışları	4,88±0,32	4-5
11. Eğitim sırasındaki bireysel çalışmalar	4,12±0,71	3-5
12. Eğitim sırasındaki grup çalışmaları	4,23±0,71	3-5
13. Ev ödevleri	3,96±0,66	3-5
14. Öz takip araçları	3,81±0,89	2-5
15. Okuma önerileri	4,62±0,49	4-5

Katılımcıların eğitim programı ile ilgili geribildirimlerinde eğitim programının uygulanma zamanı (öğle arası) ve oturumların sıklığı (haftada bir) ifadelerinden alınan ortalama puanlar en düşük iken eğiticinin konuyu aktarmadaki becerisi, eğiticinin eğitim sırasındaki tutum ve davranışları ifadelerinden alınan puanlar en yüksektir (Tablo 14). Katılımcıların eğitim programı ile ilgili açık uçlu geribildirimleri Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların eğitim programı ile ilgili açık uçlu geribildirimleri

Başlıklar	Başlıklara yönelik açık uçlu cevaplar (Katılımcı no)
1. Fizik ortam	
2. Organizasyon (Öncesi ve sonrası bilgilendirme)	
3. Eğitim programının uygulanma zamanı (öğle arası)	Daha uzun bir eğitim olması gerektiğini düşünüyorum, daha çok uygulama yapabilmek için (1) Öğle arası bir koşuşturmaca şeklinde olması zorladı (yoğunluk, poliklinik çalıştığımızdan dolayı (2) Konsantrasyon sağlamada zorlandım, yemek sonrası olması nedeniyle (5) Salı ve Perşembe günleri seminer günleri olması nedeniyle başka bir öğle arasının da bu çalışmaya ayrılmış olması, zaman planlama, yetişme açısından zorlanmama sebep oldu (6) Eğitim saati çok yanlış bir zamandaydı, dinlenme vaktinde ders iyi olmadı. Hafta sonları daha uygun zaman olabilir (11) Öğle arası yerine belirlenen günde öğleden sonraki mesai saatlerinde olmalı (16) Öğle arası hepimiz müsait olmayabiliyoruz bazen yetişmemiz yemek yememiz zor olabiliyor (23) Bu program öğle arası yerine daha geniş bir zamanda yapılabilir (25) Eğitim programı öğle arası yerine ayrı bir günde olmalı (26)
4. Eğitim programının uygulanma günü (Çarşamba)	
5. Bir oturum süresi (1 saat)	Oturum süresi daha uzun olmalı (26)
6. Oturumların sıklığı (haftada bir)	Daha sık oturumlar daha hatırlatıcı ve kalıcı olur diye düşünüyorum (1) Daha sık aralıklarla olmasını isterdim(5) Daha sık biraraya gelinebilirdi (23) Oturum sıklığı 3-4 güne bir olmalı (26)
7. Toplam oturum sayısı (8 oturum)	Oturum sayısının artması içeriğin daha ayrıntılı konuşulması için bir fırsat olabilir (1) Oturum sayısı daha fazla olabilirdi (6) Oturum sayısı yetersiz (11) Oturum sayısı arttırılmalı (16)
8. Oturumların içeriği ve akışı	
9. Eğiticinin konuyu aktarmadaki becerisi	
10. Eğiticinin eğitim sırasındaki tutum ve davranışları	
11. Eğitim sırasındaki bireysel çalışmalar	Bu çalışmaların bireysel oturumlarla zenginleştirilmesi gerekiyor (1)
12. Eğitim sırasındaki grup çalışmaları	
13. Ev ödevleri	Ev ödevlerini yapmaya kendim fırsat bulamadım. Öneri: zaman olup burada yapılsa daha iyi olabilirdi (2) Ev ödevlerini de bu zaman içinde yaparak hem unutmanın önüne geçeriz hem de eğitimin hemen ardından daha faydalı bir şekilde yaparız (25)
14. Öztakip araçları	Elimizde kaynak bulunmasını isterdim(5) Kendi not tuttuğumuz araçlar yerine basılı olabilirdi(6)
15. Okuma önerileri	

5. TARTIŞMA

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Aile Hekimliği asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarının değerlendirilmesi, stres yönetimi ve sosyal sorun çözmeyle ilgili yapılandırılmış bir eğitim modelinin algılanan stres, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın tartışma bölümü araştırma sorularına cevap verecek tarzda düzenlenmiştir. Son bölümde ise katılımcıların eğitimle ilgili geribildirimleri tartışılmıştır.

5.1. Aile Hekimliği Asistanlarının Stres Algıları, Tükenmişlik Düzeyleri, Sağlık Davranışları ve Sosyal Sorun Çözme Becerileri Ne Durumdadır?

5.1.1.Stres Algısı

Çalışmamızda ASÖ 14 soruluk formu (alınabilecek en yüksek puan 56) kullanılmıştır ve katılımcıların ASÖ puan ortalaması 26,35±4,28 olarak hesaplanmıştır. Aynı ölçeğin kullanıldığı Gündoğdu'nun Adana'da birinci basamakta çalışan hekimler üzerinde yaptığı çalışmada, 30-40 yaş grubununun ASÖ puan ortalaması 27,61± 8,98 olarak bulunmuştur.[16] Brezilya'da birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik yapılan bir çalışmada 23,63±7,78 olarak bulunmuştur.[86]Algılanan stres ölçeğinin 10 soruluk versiyonunun (alınabilecek en yüksek puan 40) kullanıldığı ve 30 birinci basamak hekimiyle yapılan bir müdahale çalışmasında puan ortalaması 19,0 (16,9-21,0) olarak bulunmuştur.[77] Yine 10 soruluk formla, Suudi Arabistan'da tüm uzmalık dallarından 917 asistanla yapılan çalışmada, ASÖ puanı 22,0±5,1 olarak bulunmuştur. Bu ortalamanın başka ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçlarına (Arjantin'de 106 kardiyoloji asistanında 21,7, Türkiye'de 159 anestezi asistanı arasında 19,9[87], ABD'de 168 aile hekimi asistanı arasında 16,1) ve genel nüfusa göre yüksek olduğu bildirilmiştir.[76]Asistanlarda yapılan çalışmaların puanları 14 soruluk forma göre hesaplandığında grubumuzun algılanan stres puanının literatür ile uyumlu ve orta düzeyde olduğu söylenebilir.

5.1.2.Tükenmişlik Düzeyi

Çalışmamızda duygusal tükenme alt ölçek puan ortalaması 20,88±7,53, duyarsızlaşma alt ölçek puan ortalaması 16,42±2,94, kişisel başarı alt ölçek puan

ortalaması 30,23±4,67 olarak bulunmuştur. Yaman ve Ungan'ın aile hekimliği asistanları ile yaptığı çalışmada tükenmişlik alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler DT için 16,7±7,4, DYSZ için 9,9±5,6 ve KB için 16,1±7,4'dür.[8] Marakoğlu ve arkadaşlarının tıp fakültesi araştırma görevlilerinde yaptıkları çalışmada puan ortalamaları DT için 17,77±7,27, DYSZ için 6,71±3.69, KB için ise 20,10±4,32 olarak bildirilmiştir.[9] Çalışma grubumuzun tükenmişlik puan ortalamaları asistanlarla yapılan diğer çalışmalara göre yüksektir.

Ergin'in sağlık personeline yönelik norm çalışmasına göre; çalışma grubumuzun ortalama DT düzeyi normal sınırlarda, DYSZ ve KB düzeyi yüksek sınırda bulunmaktadır. Yine Ergin'in sınıflamasına göre çalışma grubumuzun %19,2'si DT, %88,5'i DYSZ, %61,5'i KB açısından yüksek tükenmişlik düzeylerine sahiptir. Marakoğlu'nun çalışmasında araştırma görevlilerinin %11,2'si DT, %5,6'sı DYSZ, %99,4'ü KB açısından yüksek tükenmişlik düzeylerine sahiptir.[9] Kurçer ve arkadaşlarının Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yaptığı çalışmada, hekimlerin %9,1'inde DT, %9,3'nde DYSZ, %67,8'inde KB puanları yüksek düzeydedir.[11]

Soler ve arkadaşlarının, aralarında Türkiye'nin de olduğu 12 Avrupa ülkesinde aile hekimlerinin tükenmişlik prevelansını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 1393 hekimle yaptıkları çalışmaya göre, tükenmişlik katılımcıların üçte ikisini etkileyen ortak bir sorundur. Katılımcıların %41'i DT'de, %35'i DYSZ'da ve %32'si ise KB'da yüksek tükenmişlik puanları almışlardır. Katılımcıların %21'i en az iki alt ölçekten, %12'si ise tüm alt ölçeklerden yüksek tükenmişlik puanı almıştır. Katılımcıların üçte biri hiçbir alt ölçekten yüksek puan almamıştır. Yüksek tükenmişlik düzeyleri ülke, iş memnuniyeti, iş değiştirme niyeti, hastalık izni kullanımı, alkol, sigara ve psikotrop ilaç kullanımı, genç yaş ve erkek cinsiyetle ilişkili bulunmuştur. Ülkelere göre tükenmişlik oranları çok geniş bir aralığa sahiptir (DT %15-68, DYSZ %12-73, KB %12-93, üç ölçekte de yüksek tükenmişlik oranı %2-25). Ülkemiz için oranlar %15,2 (9,7-23,0) DT, %15,2 (9,7-23) DYSZ ve %69,4 (60,3-77,2) KB'dir.[3]

Çalışmamızda DYSZ oranı literatüre göre çok yüksektir. Ayrıca literatüre göre birbiriyle pozitif yönde ilişki olması beklenen DT ve DYSZ puanları arasında ilişki olmaması, DYSZ yüksek iken DT'nin normal sınırlarda olması dikkat çekicidir. Normalde önce duygusal tükenme ardından duyarsızlaşma puanlarının artması beklenmektedir. Tükenmişliğin bireysel ve stres boyutunu belirten duygusal tükenme, tükenmişlik durumunun başlangıcı ve en iyi belirleyen alt boyutudur. DYSZ puanı yüksekken duygusal tükenmenin normal sınırlarda olması düşündürücüdür ve bu

konuda daha ileri incelemeye gereksinim vardır. DYSZ kişinin bakım ve hizmet verdiklerine karşı, duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesini tanımlar. Duygusal tükenme yaşayan kişi, kendisini diğer insanların sorunlarını çözmede güçsüz hisseder ve duyarsızlaşmayı bir kaçış yolu olarak kullanır. Çalışmamızda, DT normalken DYSZ oranının yüksek çıkmasının son dönemdeki hekime yönelik şiddet olayları ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Ayrıca, DYSZ puanı çalışılan veriler arasında sadece yaşanılan stres ile ilişkili bulunmuştur. "Son bir yıl içinde yaşamınızı etkileyen büyük bir stres (ölüm, hastalık, kaza, ayrılık vb.) yaşadınız mı?" sorusuna olumlu yanıt verenlerin DYSZ puanı, diğer gruba göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Ölüm, hastalık, kaza, ayrılık vb. gibi olayların asistanlarda empati ve merhamet duygularını arttırarak bu etkiyi yaratmış olabileceği düşünülebilir.

5.1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Çalışmamızda SYBD toplam puan ortalaması 126,92±18,82 olarak bulunmuştur. Literatür taramasında ülkemizde tıp öğrencileri, asistanları ve sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda bu puanın 116-134 arasında değiştiği görülmüştür.[88-91]Bulgumuz bu değerler arasında yer almaktadır.

Çalışmamızda kişiler arası ilişki ve tinsellik alt ölçek puan ortalamaları diğer alt ölçek puan ortalamalarına göre daha yüksek; fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ise daha düşüktür. Bu bulgular, yukarıda bahsedilen çalışmalarla uyumludur.[88-91]Yurt dışı çalışmalar incelendiğinde çalışmaların çoğunlukla hemşirelerde ve üniversite öğrencilerinde yapıldığı görülmüş, asistanlarda veya hekimlerde SYBD ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Lebenshon'un farklı ölçeklerle 168 aile hekimliği asistanıyla yaptığı çalışmada, kişilerarası ilişki en yüksek, doğada zaman geçirme ve fiziksel aktivite en düşük oranlarda saptanmıştır.[1] Stark ve arkadaşlarının çalışmalarında, hemşirelik öğrencilerinde kişilerarası ilişki ve tinsellik puanlarını en yüksek; stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu puanlarını en düşüktür. [92] Hong Kong'da yapılan bir çalışmada ise hemşireler en düşük puanı fiziksel aktiviteden almışlardır.[93] Meksika'da psikoloji bölümü öğrencileriyle yapılan çalışmada, tinsellik ve kişiler arası ilişki en yüksek; sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite en düşük puanı almıştır.[94] Bizim çalışmamız dahil çalışmaların hemen hepsinde fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçeklerinin en düşük puanları alması dikkat çekicidir ve bu konuda girişimlere gereksinim olduğu açıktır.

5.1.4. Sosyal Sorun Çözme

Çalışmamızda katılımcıların SSÇE yönelim alt ölçek puan ortalaması 75,35±21,29, SSÇE çözüm alt ölçek puan ortalaması 107,85±23,35, SSÇE toplam puan ortalaması 183,19±40,33 olarak bulunmuştur. Asistanların sosyal sorun çözme becerilerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Envanterden alınabilecek puanlar göz önüne alındığında çalışma grubumuzun sorun çözme becerilerinin orta düzeyin biraz üzerinde olduğu söylenebilir.

5.2. Aile Hekimliği Asistanlarının ASÖ, MTÖ, SYBD, SSÇE Ölçek Puanlarının Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi Var mıdır?

5.2.1. ASÖ ile Sosyodemografik Özellikler Arasında İlişki Var Mıdır?

Çalışma grubunun algılanan stres puanları ile sosyodemografik özellikler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu asistan stresi ile demografik özellikler arasında ilişki bulamayan önceki çalışmalarla uyumludur.[1,87,95-97] Suudi Arabistan'da asistanlarla yapılan çalışmada, kadın cinsiyet ve Suudi olmak dışında hiçbir kişisel özellik (sosyodemografik özellikler, tıbbi öykü, davranışsal faktörler) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Stres ile artmış iş yükü (daha fazla haftasonunu kapsaması, daha fazla hasta, uyku eksikliği ve dinlenmemiş uyanma) iş arkadaşları ile ilişkilerdeki menmuniyetsizlik, eğitim programı ve eğiticilerden olan memnuniyetsizlik, uzmanlık değiştirme düşünceleri, meslek bırakma düşünceleri, ölmek isteme ya da kendine zarar verme düşünceleri arasında ilişki saptanmıştır. Multivariate analizlerinde, Suudi olmak, memleket hasreti çekmek, iş ile ilişkili stresler, iş arkadaşları ile ilişkilerinde memnuniyetsizlik ve mesleği bırakma ile ilgili sık düşünceler algılanan stresle bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur.[76]

5.2.2. MTE ile Sosyodemografik Özellikler Arasında İlişki Var mıdır?

Çalışmamızda, DT puanı kadınlarda, KB puanı erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup DYSZ alt ölçek puanı açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yaman ve Ungan'ın aile hekimliği asistanları, Marakoğlu ve arkadaşlarının tıp fakültesi araştırma görevlilerinde yaptıkları çalışmalarında kadın ve erkek katılımcılar arasında tükenmişlik bakımından anlamlı bir fark bulunamamıştır.[8,9] Ergin, cinsiyetin önemli bir tükenmişlik değişkeni olduğunu; duyarsızlaşma alt boyutunun iki cinsiyette farklı olmasa da kadınlarda duygusal tükenmenin daha fazla olduğunu, erkeklerin ise kişisel başarı duygusunda azalmayı daha fazla yaşadığını bildirmektedir.[8,75] Schweitzer'in genç hekimler üzerinde yapmış olduğu bir

çalışmasında ise cinsiyetler arasında tükenmişlik alt ölçek puanları açısından fark gözlenmemiştir. Bu konudaki genel görüş, kadınların cinsiyet rolleri gereği karşılarındaki insanları daha fazla gözetmeleri ve önem vermelerinin, duygusal tükenmelerini arttırdığı biçimindedir. [98]

Çalışmamızda yaş ve hekimlik yılı ile DT alt ölçek puanı arasında pozitif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır. Marakoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında, araştırma görevlilerinin yaş grupları arasında tükenmişlik alt parametreleri açısından anlamlı fark bulunamamıştır.[9] Kaya ve arkadaşlarının 252 birinci basamak sağlık çalışanı ile yaptıkları tükenmişlik çalışmada, yaş arttıkça kişisel başarı puanının azaldığı saptanmıştır.[25] Aslan ve arkadaşları, ÇÜTF'de mezuniyet sonrası eğitim gören 174 hekimle yaptıkları çalışmada, yaşın ve çalışma yılının artmasıyla duyarsızlığın arttığını bildirmişlerdir.[20] Literatürde, yaşın tükenmişlik parametrelerini etkilemediği çalışmalar da bulunmaktadır. [11,14,19]

Çalışmamızda DT, DYSZ, KB alt ölçek puan ortalamalarında partneri olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Yaman ve Ungan'ın çalışmasında bekar ve ayrı yaşayanların DT ve DYSZ alt boyutları evlilere göre daha yüksek, KB puanları daha düşük bulunmuştur.[8] Çalışmamızla uyumlu olarak Marakoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da evli olanlar ile bekar olanlar arasında tükenmişlik parametreleri açısından anlamlı fark bulunamamıştır.[9] Maslach ve Jackson, bekar hekimlerde evlilere göre DYSZ ve DT'nin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.[99]Aslan ve arkadaşları, bekarlarda duyarsızlaşmayı daha yüksek oranda tespit etmişlerdir.[20] İspanya'da asistan hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada da tükenmişliğin bekarlarda daha fazla görüldüğünü bildirilmiştir.[100]

Çalışmamızda tükenmişlik ölçeği DT, DYSZ, KB alt ölçek puan ortalamalarında tanı konulmuş sürekli ilaç kullanımını gerektiren hastalığa sahip olan asistanlar ile olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Hastalığın türü ve ciddiyeti tükenmişlik parametrelerini etkilememiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda asistanlık kıdemi ile DT, DYSZ, KB alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yaman ve Ungan'ın çalışmasında asistanlığa yeni başlayan (birinci yıl) ile daha kıdemli hekimler arasında (birinci yıldan sonrası) DT, DYSZ, KB alt boyutları bakımından anlamlı fark bulunmuştur.[8] Yapılan bazı araştırmalarda, çalışma süresi ve mesleki kıdem ile tükenmişlik düzeyi arasında olumsuz bir ilişkinin olduğu, genç ve deneyimsiz çalışanlarda tükenmenin daha fazla olduğu görülmüş, bu durum işe yeni başlayan bireylerin iş konusunda çok daha

heyecanlı ve istekli olmaları nedeniyle daha fazla enerji harcayarak daha kısa zamanda yorulmalarına da bağlanmıştır.[13,20]

Çalışmamızda uyku süresi ile DT, DYSZ, KB alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yaman ve Ungan'ın çalışmasında, uyku süresi kısa olanlar (<6 saaat) özellikle 6-8 saat uyuyanlara göre daha yüksek DT, DYSZ puanlarına sahip iken; 6-8 saat uyuyan grupta KB puanları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur.[8]

Çocuk sayısı ile DT, DYSZ, KB alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızla uyumlu olarak Erşan ve arkadaşlarının 2011 yılında Sivas Numune Hastanesi sağlık personeli ile yaptığı çalışmada da çocuk durumu tükenmişlik parametrelerini anlamlı olarak etkilememiştir.[101] Çalışmamızdan farklı olarak Yaman ve Ungan'ın yaptığı çalışmada özellikle birden fazla çocuk sahibi olan asistan hekimler tek çocuk sahibi ya da çocuğu olmayanlara göre daha belirgin yüksek DT ve DYSZ puanlarına sahiptirler.[8]

Nöbet sayısı ile DT, DYSZ, KB alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çalışmamızdan farklı olarak Yaman ve Ungan'ın çalışmasında ise nöbeti olmayanların ayda 1-3 gece, 4-6 gece ve 7-10 gece nöbeti olanlara göre daha düşük DT ve DYSZ puanlarına ve daha yüksek KB puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir.[8]

İsviçre'de birinci basamak hekimlerde yapılan çalışmada, orta ve yüksek düzeyde düzeyde tükenmişliğin prediktörlerinden biri erkek cinsiyet olarak bildirilmiştir. Ayrıca, 55 yaş ve altı olma, bekar olma, işle ilgili yüksek stres, mesleki ve özel anlamda ilişkilerdeki düşük memmuniyet, tatmin edici olmayan çalışma koşulları, iletişim ve yönetimde yetersiz eğitim tükenmişliğin prediktörleridir. Başka çalışmalarda da düşük çalışma kontrolü, yüksek eve-iş müdahaleleri ve ev desteğinin eksikliği tükenmişliğin ek belirleyicileri olarak bulunmuştur.[74]

Kanada'da aile hekimlerinin yüksek stres ve tükenmişlik puanları yaş, cinsiyet, uygulama deneyimi, ya da ücret tipi gibi demografik faktörlerle ilişkili bulunmamıştır. Tükenmişliğin demografik faktörlerden çok kişisel konular nedeniyle olabileceği bildirilmiştir.[73]

Avrupa'da aile hekimleriyle yapılan çalışmada beklendiği gibi, yüksek tükenmişlik düşük iş tatmini ve iş değiştirme niyeti ile daha ilişkili bulunmuştur. Ayrıca yüksek tükenmişlik düzeyi belirli kurumsal faktörler (ülke kökeni, sağlık sisteminin temsilcisi, işin türü), hastalık izni kullanımının artması ve yüksek iş yükü (haftada

görülen hasta ve çalışılan saat) ve diğer iş stresörleri (geceleri ve hafta sonları çalışma) ile ilişkilidir. Tükenmişlik; genç yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ile ilişkilidir ancak erkek cinsiyet daha güçlü bir kişisel faktördür. Akademik tarz çalışma, düşük duygusal tükenme ancak daha yüksek kişisel başarı ile bağlantılıydı. Gelir düzeyi ile tükenmişlik zayıf ilişkili bulunmuştur. Akademik olmayan işler, mezuniyetten beri geçen süre, daha ileri niteliklere sahip olmama, sigara kullanımında artma yüksek DT ile ilişkili iken bu faktörlerin KB daki yüksek tükenmişlikle ilişki olasılığı daha azdır.[3]

Kesitsel ve longitidunal MEMO (Minimizing Error, Maximizing Outcome) çalışmasında 422 hekime (aile hekimi ve genel dahiliye) bir yıl arayla iş doyumu, stres ve tükenmişlik, organizasyonel kültür ve iki yıl içinde işten ayrılmayı sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Ayrıca bu hekimlerin diyabet ve/veya hipertansiyonu olan 1795 erişkin hastası bakım kalitesi ve tıbbi hata açısından değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kadın hekimlerde tükenmişlik erkeklerden neredeyse iki kat fazla bulunmuştur (sırasıyla %36, %19). Tükenmiş hekimlerde, daha az memnuniyet, daha fazla iş stresi, vizitlerde daha fazla zaman baskısı, daha kaotik çalışma koşulları ve daha az iş kontrolü olduğu bildirilmiştir. Bu kişilerin işyerlerinde iş-yaşam dengesini vurgulamak daha az olasıdır ve bu hekimlerin işten ayrılma niyetleri daha fazladır (%21'e karşılık %56). Tükenmişlik, hizmet kalitesi ve tıbbi hatalar arasında hiçbir tutarlı ilişki saptanmamıştır. Tükenmişliğin hastaların olumsuz sonuçları ile değil büyük ölçüde olumsuz çalışma koşulları ve uygulamayı bırakma niyeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu konudaki girişimlerde işyerlerinin yeniden düzenlenmesi ve hekimin kendi bakımına odaklanılması gerektiği yönünde vurgu yapılmıştır.[102]

5.2.3. SYBD ile Sosyodemografik Özellikler Arasında İlişki Var mıdır?

Çalışmamızda SYBD toplam ve alt ölçek puanları ile cinsiyet, medeni durum, ikamet yeri, hastalık durumu ve stres yaşama durumu arasında ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızla uyumlu olarak Şimşek ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.[91] Çalışmamızdan farklı olarak Yalçınkaya ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada, kadınlar sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.[89] Küpeli'nin doktora öğrencilerinde yaptığı çalışmada kadınlarda beslenme, erkeklerde ise tinsellik alt ölçek puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.[103] Bozhüyük'ün çalışmasında erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alt ölçeğindeki puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek, diğer alt

ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşüktür.[90] Diez ve arkadaşlarının Meksikalı öğrencilerde, Lee ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada fiziksel aktivite alt ölçeği erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.[104,94]

Çalışmamızdan farklı olarak Türkol ve Güneş'in asistanlarda yaptıkları çalışmalarında, evli olan grupta tüm SYBD sağlık sorumluluğu alt ölçek puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.[88]

Çalışmamızdan farklı olarak tıp öğrencilerinde yapılan çalışmaların birinde, fiziksel aktivite, diğerinde sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları ailesiyle yaşayanlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.[90,91] Çalışmamızın bu bulgularla uyumlu olmaması gruplar arasındaki yaş, kişisel ve ailesel gelişim evresi farklarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızla uyumlu olarak Bozhüyük'ün, Şimşek ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmalarda kronik hastalık varlığı ile SYBD toplam ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.[90,91]

Çalışmamızda yaş, hekimlik süresi ve çocuk sayısı ile tinsellik ve kişiler arası ilişki alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur. Ayrıca hekimlik süresi ile stres yönetimi ve SYBD toplam puanı arasında negatif yönde orta derecede ilişki bulunmuştur. Yaş, hekimlik süresi ve çocuk sayısıyla birlikte görev ve sorumlulukların artması negatif yöndeki bu ilişkileri açıklayabilir. ABD'nde yapılan bir çalışmada ileri yaştaki öğrenciler, ölçek toplamı ve sağlık sorumluluğunda daha yüksek puan almışlardır ancak Meksika'da yapılan çalışmada ise 25 yaş ve üzeri öğrencilerin, ölçek toplamı, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve kişiler arası ilişki puan ortalamaları, 17-24 yaş grubu öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.[92]

Çalışmamızda günlük uyku süresi ile beslenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki bulunmuştur. Bu bulgumuz, uyku süresi ya da uyku alışkanlıklarının beslenme tipini değiştirdiğini bildiren ve yetersiz uyku ile fazla kilolu ya da obez olma arasında ilişki saptayan çalışmalarla uyumlu ve bu çalışmaları destekler niteliktedir. [105,106]

5.2.4. SSÇE ile Sosyodemografik Özellikler Arasında İlişki Var mıdır?

Yönelim ve SSÇE toplam puanları erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. SSÇE toplam puan ve alt ölçek puanları ile yaş, çocuk sayısı, hekimlik yılı, asistanlık kıdemi, nöbet sayısı ve günlük uyku süresi arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Asistanların sosyal sorun çözme becerilerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yiğit'in tıp öğrencilerinde yaptığı çalışmada farklı envanter kullanılsa da SSÇE toplam puanı açısından kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir farklılık yokken, alt ölçek puan ortalamaları erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.[44]

5.3. Aile Hekimliği Asistanlarının ASÖ, MTÖ, SYBD, SSÇE Ölçek Puanlarının Birbirleriyle İlişkisi Ne Durumdadır?

MTÖ'nin, KB alt ölçek puanı ile DYSZ alt ölçek puanı arasında negatif yönde iyi derecede ilişki vardır.

SYBD toplam puanı ile tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde iyi-çok iyi derecelerde ilişki vardır. Fiziksel aktivite- sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişki; beslenme-kişilerarası ilişki alt ölçek puanları dışında tüm alt ölçekler arasında pozitif yönde ilişki vardır.

Kısmi olarak birbirinden bağımsız iki genel bileşenden oluşan SSÇE toplam puanı ile her iki alt bileşeni arasında pozitif yönde çok iyi derecede ilişki vardır.

DT alt ölçek puanı ile algılanan stres, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve tinsellik puanları arasında negatif yönde orta-iyi derecelerde ilişki saptanmıştır. Algılanan stres ile DT arasındaki negatif yöndeki ilişki aslında beklemediğimiz bir durumdur. Eğitim bitiminde istatistiksel olarak anlamlı olmasa da algılanan stresin artması ile duygusal tükenmenin azalması bunun olumlu stres olarak algılandığını düşündürmüştür. Bir miktar stres ya da olumlu stres, özellikle iş ortamlarında bireyin becerisine ve iş görme gücüne yardımcı olan bir coşku, bir enerji şeklinde bireye fayda sağlayabilmekte, psikososyal gelişim için gerekli olabilmektedir.[30,31]

Kişisel başarı alt ölçek puanı ile stres yönetimi, tinsellik, kişiler arası ilişki, SYBD toplam ve yönelim puanları arasında pozitif yönde orta-iyi derecelerde ilişki saptanmıştır.

5.4. Aile Hekimliği Asistanlarına Stres Yönetimi ve Sorun Çözme ile İlgili Verilen Eğitimin ASÖ, MTÖ, SYBD, SSÇE Ölçek Puanlarına Etkisi Nedir?

Eğitim sonrası ASÖ, DT ve DYSZ ölçek puanları dışındaki tüm ölçek puan ortalamaları eğitim öncesi puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı değişim göstermiştir. Anlamlı değişim görülen kişisel başarı, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve çözüm puanlarının izlem dönemindeki puanları eğitim öncesi puanlara göre farklı olmadığı saptanmıştır. Duyarsızlaşma alt ölçek puan ortalaması eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı değişiklik göstermemiş olup izlem döneminde eğitim öncesine göre sınırda anlamlı (p=0,054) olarak azalmıştır.

Mc Gray ve arkadaşları 1966-2007 yılları arasındaki literatürü gözden geçirerek bir sistematik derleme yayınlamışlardır. Dahil etme kriterlerini karşılayan (asistan hekim, tıp öğrencisi, randomize kontrollü çalışmalar, randomize olmayan kontrollü çalışmalar, pre-post modeli, müdahaleli longitidunal kohort çalışmalar) altısı asistanlara yönelik toplam dokuz çalışma bulmuşlardır ve bunların sadece ikisi randomize kontrollü çalışmadır. Bu çalışmalar araştırma kalitesinin değerlendirilmesi için SORT ile derecelendirilmiş, ancak hiçbiri A düzeyinde bulunmamıştır. Çalışmalarda bahsedilen girişimler, çalıştay, asistan destek programı, kendi kendine müdahale, destek grupları, didaktik oturumlar ve stres yönetimi/baş etme eğitimleri şeklinde yapılmıştır.[4]

McCue ve arkadaşları, stres yönetimi ile ilgili bir günlük çalıştayın, sonraki altı haftada asistanların (pediatri ve diğer) duygusal tükenmelerini azalttığını bildirmişlerdir.[107] Osmipa-Krammer ve arkadaşları, 23 aile hekimliği asistanıyla yaptıkları çalışmada ROM (Respiratory-one method) nefes egzersizinin DT puanlarında meditasyona benzer iyileşme gösterdiğini saptamışlardır.[108] Gardiner ve arkadaşlarının, 85 Avusturalyalı aile hekimine verilen stres reaksiyonu, psikoeğitim, gevşeme teknikleri ve bilişsel müdahaleyi içeren 15 saatlik bir stres yönetimi eğitiminin etkisini değerlendirdikleri çalışmada, kursun başlangıcını takip eden 12 haftalık sürede katılımcıların işle ilgili stres düzeylerinde anlamlı azalma, genel iyilik halleri ve yaşam kalitelerinde ise artma saptamışlardır.[109] Feld ve arkadaşları, profesyonel gelişim içindeki bir girişim programının asistanların özfarkındalıklarını ve duygularını araştırma isteklerini arttırdığını bulmuşlardır. Bu program açık tartışma ve sorun çözmeyi içeren 11 oturumdan oluşmuştur ve gündem maddelerini grup belirlemiştir.[110] Isaksson ve arkadaşları, kısa süreli [bir gün (kişisel) veya bir ay (grup)] danışmanlık oturumlarından sonra Norveçli hekimlerde DT'nin azaldığını gözlemlemişlerdir.[111] Krasner ve arkadaşları, iletişim ve kişisel farkındalık konularında yoğun bir eğitim programının

birinci basamak hekimlerin iyilik hali, psikolojik distresi, tükenmişliği ve hastalarla ilişki kurma kapasitesine etkisini araştırmışlardır. Gönüllü 70 birinci basamak hekimine sekiz haftası yoğun faz (2,5 saat/hafta, artı bir tam gün (7 saat)) ardından 10 ay sürdürme fazı (2,5 saat/ay) olacak şekilde eğitim vermişler ve başlangıçta, 2., 12. ve 15.ayda değerlendirme yapmışlardır. Hekimlerin, hem kısa hem de uzun dönemde tükenmişlik puanlarında azalma, iyilik hallerinde ve hasta merkezli bakım tutumlarında iyileşme görülmüştür.[112] Fortney ve arkadaşları ise aynı eğitimin modifiye formunun etkisini araştırmışlardır. Birinci basamakta görev yapan 30 hekim ile yaptıkları çalışmada, tükenmişlik, anksiyete, stres, dayanıklılık ve sevecenlik (merhamet) başlıklarını içeren kısaltılmış farkındalık eğitiminden sonra kursa katılan birinci basamak klinisyenlerinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve algılanan stres puan ortalamalarında anlamlı azalma, kişisel başarı puan ortalamalarında anlamlı artma saptamışlardır (birinci gün, sekizinci hafta, dokuzuncu ay). Bu çalışma ile uyumlu olarak çalışmamızda eğitimden sonra duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamalarında azalma, kişisel başarı puan ortalamasında artış bulunmuştur. Bu değişimlerden sadece kişisel başarı puanının ikinci aydaki artışı anlamlıdır.[77] Çalışmamızın eğitim içeriğinin daha çok bilişsel düzeyde olması relaksasyona yönelik uygulamalar içermemesi algılanan stres, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarında anlamlı değişiklikler olmamasının nedeni olabilir.

Romani ve Ashkar, hekimlerde tükenmişlik başlıklı derlemelerinde stres yönetim programlarının işle ilgili stresi, girişim süresi içinde azalttığını, güçlendirme ve bilgi tazeleme ile ilgili yetersiz kanıt olduğunu vurgulamışlardır. [5]

5.5.Katılımcıların Eğitimle İlgili Geribildirimleri

Katılımcıların eğitim sonunda yazılı olarak verdikleri geri bildirimler genel olarak olumludur. “Oturumlar sırasında kişisel yaşantımı paylaşabildim” ifadesine katılanların ortalaması en düşük iken “Bu eğitimin asistan eğitim programında yer alması gerektiğini düşünüyorum” ifadesine katılanların ortalaması en yüksek olarak bulunmuştur. Açık uçlu geribildirimler incelendiğinde grubun kalabalık ve tanıdık olmasının kişisel yaşantılar ile ilişkili paylaşımları azalttığı, kişisel yoğunluklar nedeniyle öztakip aracı kullanma ve ev ödevi yapma konusunda sıkıntı yaşandığı belirlenmiştir.

Katılımcıların eğitim programı ile ilgili geribildirimlerinde eğitim programının uygulanma zamanı (öğle arası) ve oturumların sıklığı (haftada bir) ifadelerinden alınan

ortalama puanlar en düşüktür. Açık uçlu geribildirimler incelendiğinde eğitimin öğle arasında yapılmasının bazı rotasyonlarda çalışma saatinin öğle arasına sarkması, yemek ve kişisel ihtiyaçlar için gereken zamanın kısıtlanması nedeniyle ayrı bir stres kaynağı yarattığı düşünülmüştür. Eğitim programının genel olarak yararlı olduğu ancak daha sık, daha uzun, daha çok olması, öğle arası yerine daha geniş zaman dilimlerinde yapılması yönünde görüş bildirilmiştir. İki katılımcı basılı materyal dağıtılması önerisinde bulunmuştur.

Çalışmanın altıncı ayında yapılan değerlendirmede, katılımcıların %80,7'sinin eğitimden sonraki süreçte eğitim ile ilgili araştırmaya, öğrenmeye devam etmesi olumlu olarak değerlendirilmiştir. Ancak herhangi bir girişimde bulunan grubun SYBD toplam ve stres yönetimi puanlarının bulunmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük çıkması dikkat çekici bulunmuştur. SYBD ve stres yönetimi konularında kendini geliştirme ihtiyacı hisseden, dolayısıyla puanları daha düşük olan katılımcıların girişimde bulunmuş olmaları bu durumu açıklayabilir.

5.6. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Literatür taraması sırasında asistanlarda stres, tükenmişlik ve sağlıklı yaşam davranışları konularında yapılan çalışmaların hemen hepsinin kesitsel çalışmalar olduğu, çok az sayıda girişimsel çalışma yapıldığı saptanmıştır. Ulaşılabilen literatüre göre çalışmamız, ülkemizde aile hekimliği asistanlarına stres yönetimi ve sosyal sorun çözme ile ilgili verilen bir eğitim programının etkisini değerlendiren ilk çalışma olması dolayısıyla değerlidir. Bu bağlamda, bulgularımızın konuyla ilgili yapılması planlanan eğitim veya girişimler için umut verici ve yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmayla, aile hekimliği asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri, sağlık davranışları ve sosyal sorun çözme becerileri değerlendirilmiş ve talep edenlere geri bildirim verilerek bu konularda farkındalık yaratılmıştır. Asistanlar, normal eğitim programında yer almayan, kendileri ve hastaları için kullanabilecekleri bir eğitim alarak bilgi ve becerilerini arttırmışlardır. Bununla birlikte, verilen eğitimin kısa ve uzun dönemdeki olumlu etkileriyle ve asistanların geribildirimleriyle bu konudaki eğitim gereksinimi de ortaya konulmuştur.

Her araştırmada olduğu gibi çalışmanın kısıtlılıkları da vardır. Bir kısmı kullanılan yöntemlerin özelliklerine bağlı olan kısıtlılıklar aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

1. Eğitimi veren kişi ile tez danışmanının aynı kişi olması (eğitici ve eğitim ortamının tanıdık olmasının değişikliğin ortaya çıkaracağı etkileri ve karıştırıcı faktörleri azaltacağı da düşünülebilir),
2. Tez asistanının eğitim alan grupta yer alması (Bu kısıtlılık öngörülerek asistan çalışma bitene kadar tezle ilgili hiçbir çalışma yapmamıştır. Ölçekler isimsiz, numara verilerek toplanmıştır, ancak kendi durumlarıyla ilgili geribildirim almak isteyenler isim yazmışlardır)
3. Kullanılan eğitim yönteminin, asistanların alışık olduklarından farklı bir ders işleme sürecini gerektirmesi (farklı bir yöntem denenmediğinde deneysel çalışmanın da olamayacağı gerçeği ve genelde deneysel çalışmalarda durumun böyle olması),
4. Kontrol grubunun olmaması (başka yerlerde eğitim alan aile hekimliği asistanların stres faktörlerinin farklı olabileceği, çalışma grubunun ikiye bölünerek kontrol grubu oluşturulması durumunda ise süreç içerisinde eğitim alan grubun bekleyen grubu etkileyebileceği ön görülerek çalışma kendi kendine kontrollü olarak yapılmıştır.)
5. Asistanların deneysel bir çalışma yürütüldüğünden haberlerinin olması, kendilerinden olumlu yönde değişim umdukları varsayımında olmaları ve bu beklentiyi boşa çıkarmamak için özel bir çaba içine girme olasılıkları (Hawhortne etkisi),
6. Her ne kadar aydınlatılmış onam alınsa da ast-üst ilişkisi nedeniyle asistanların çalışmaya katılım konusunda kendilerini zorunlu hissetmiş olabilecekleri,
7. Bir kısmı eve verilse de asistanların çok fazla anket doldurmak durumunda kalmalarının verilen cevapları etkilemiş olabileceği.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmada, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği asistanlarının stres algıları, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışları değerlendirilmiş, stres yönetimi ve sosyal sorun çözmeyle ilgili yapılandırılmış bir eğitim modelinin algılanan stres, tükenmişlik düzeyleri ve sağlık davranışlarına olan etkisi sınanmıştır.

Araştırma sonucunda, çalışma grubundaki asistanların stres algısı puanı orta düzeyde, duygusal tükenme puanı normal sınırlarda, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı puanları ise yüksek sınırlarda bulunmuştur. Asistanların %19,2'si duygusal tükenme, %88,5'i duyarsızlaşma, %61,5'i kişisel başarı açısından yüksek tükenmişlik düzeylerine sahiptir. Duyarsızlık oranının literatüre göre çok yüksek olması dikkat çekicidir. Duygusal tükenme puanı, kadınlarda, kişisel başarı puanı erkeklerde anlamlı olarak yüksektir. Yaş ve hekimlik yılı ile duygusal tükenme puanı arasında pozitif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır.

Çalışma grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin puanları orta düzeydedir. Kişiler arası ilişki ve tinsellik alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek; fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları ise daha düşüktür. Yaş, hekimlik süresi ve çocuk sayısı ile tinsellik ve kişiler arası ilişki alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta derecede; hekimlik süresi ile stres yönetimi ve SYBD toplam puanı arasında negatif yönde orta derecede; günlük uyku süresi ile beslenme alt ölçek puanı arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki bulunmuştur.

Çalışma grubun sosyal sorun çözme becerileri orta düzeyin biraz üzerinde olarak değerlendirilmiştir. Yönelim ve SSÇE toplam puanları erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Yapılan korelasyon analizlerinde; KB alt ölçek puanı ile DYSZ alt ölçek puanı arasında negatif yönde iyi derecede; SYBD toplam puanı ile tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde iyi-çok iyi derecelerde; fiziksel aktivite- sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişki; beslenme-kişilerarası ilişki alt ölçek puanları dışında tüm alt ölçekler arasında pozitif yönde; SSÇE toplam puanı ile her iki alt bileşeni arasında pozitif yönde

çok iyi derecede; DT alt ölçek puanı ile algılanan stres, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve tinsellik puanları arasında negatif yönde orta-iyi derecelerde; KB alt ölçek puanı ile stres yönetimi, tinsellik, kişiler arası ilişki, SYBD toplam ve yönelim puanları arasında pozitif yönde orta-iyi derecelerde ilişki saptanmıştır.

Araştırma sonucunda, aile hekimliği asistanlarına verilen stres yönetimi ve sorun çözme içerikli psikoeğitimin, hem kısa (iki ay) hem de uzun (altı ay) dönemde olumlu etkileri görülmüştür. Kişisel başarı, tinsellik, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişki, stres yönetimi, yönelim, çözüm, SYBD, SSÇE ölçek puan ortalamalarının eğitim öncesine göre anlamlı değişim gösterdiği; izlem döneminde, tinsellik, beslenme, kişilerarası ilişki, stres yönetimi, yönelim, SYBD ve SSÇE puanlarındaki değişimin anlamlı farklılığının devam ettiği görülmüştür. Ancak, uygulanan eğitim programı asistanların algılanan stres, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarında herhangi anlamlı bir farklılığa neden olmamıştır.

Geri bildirimlerde eğitim programının genel olarak yararlı olduğu, bu eğitimin asistan eğitim programında yer alması gerektiği ancak daha sık, daha uzun süre, daha çok olması, öğle arası yerine daha geniş zaman dilimlerinde yapılması yönünde görüşler bildirilmiştir. Ayrıca, asistanların %80,7'sinin izlem döneminde verilen eğitim ile ilgili araştırmaya ve okumaya devam ettiği saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Asistanlarda stres, tükenmişlik, sağlıklı yaşam davranışları konularında durum tespitinden öte daha çok girişimsel çalışmalara gereksinim olduğu göz önüne alındığında bulgularımızın konuyla ilgili yapılması planlanan eğitim veya girişimler için umut verici ve yol gösterici olacağı düşünülmüştür. Uygulamaya veya araştırmaya yönelik öneriler aşağıda sıralanmıştır:

1. Uygulanan eğitim programı geribildirimlerle geliştirilip, eğitimin etkililiği, kısıtlılıkları en aza indirecek yöntemlerle sınanabilir.
2. Bundan sonra yapılacak girişimlerde, oturumların bir kısmının gündeminin katılımcılar tarafından belirlenmesi, pekiştirme ve güçlendirme için belirli aralıklarla ek oturumlar yapılması planlanabilir.
3. Stres yönetimi, sosyal sorun çözme, sağlıklı yaşam alışkanlıkları ile ilgili etkili eğitim programları geliştirilip, bu eğitim programlarının uzmanlık eğitim müfredatına yerleştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapılabilir.

4. Bireyi güçlendirmeye yönelik girişimlerin yanı sıra kurumsal düzeyde girişimler yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. **Lebensohn P, Dodds S, Benn R, Brooks A, Birch M, Cook P et al.**Resident wellness behaviors: Relationship to stres, depression, and burnout**.** *Fam Med* **2013;**45(8):541-9.
2. **Efeoglu IE, Ozcan S.** Work family conflict and its association with job performance and family satisfaction among physicians**.** *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, **2013;**7(7): 43-48.
3. **Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic´ M. et al.** Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice* **2008;**25(4):245-65.
4. **McCray LW, Cronholm PF, Bogner HR, Gallo JJ, Neill RA et al**. Resident physician burnout: Is there hope? *Fam Med* **2008***;*40(9):626-32.
5. **Romani M, Ashkar K.** Burnout among physicians. *Libyan J Med* **2014;**17;9:1-9.
6. **Pierce D.** Problem solving therapy use and effectiveness in general practice. *Aust Fam Physician* **2012;**41(9):676-9.
7. **Oberg EB, Frank E.** Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb* **2009**;39(4):290–91.
8. **Yaman H, Ungan M.** Tükenmişlik: Aile hekimliği asistan hekimleri üzerinde bir inceleme. *Türk Psikoloji Dergisi* **2002;**17(49):37-44.
9. **Marakoğlu K, Kargın NÇ, Armutlukuyu M.** Tıp fakültesi araştırma görevlilerinde tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg* **2013;**23:102-8.
10. **Dikmetaş E, Top M, Ergin G.** Asistan hekimlerin tükenmişlik ve mobbing düzeylerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* **2011**;22:137-49.
11. **Kurçer MA**. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi hekimlerinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2005**;2(3):10-15.
12. **Partlak N, Günüşen GB.** Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* **2010;** 3(1):40-51.
13. **Can H, Güçlü YA, Dogan S, Erkaleli MB.** Cerrahi ve cerrahi dışı kliniklerdeki asistan hekimlerde tükenmişlik sendromu. *Tepecik Eğil Hast Derg* **2010**;20(1): 33-40
14. **Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven HD.** Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi* 5(2): 71-77
15. **SÜLOĞLU A.** Diyaliz merkezlerinde çalışan doktor ve hemşirelerde tükenmişlik sendromu.Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştirma Hastanesi, İstanbul **2009.**
16. **Gündoğdu P.** Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Stres Algısı ve Stres Algısının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı,Adana, **2012.**
17. **METİN Ö, Özer FG**. Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2007**;10:1.
18. **Ölmez Ş, Özgüven H**. Ankara üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Derg* **1997**; 5:71-8.
19. **Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D.** Ankara'da bir tıp fakültesi'nde okuyan son sınıf öğrencilerinde tükenmişlik sendromu. *Sted* **2005**;14:169
20. **Aslan H, Bengi GS, Alparslan ZN.** Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde tükenme düzeyleri.*Türk Psikiyatri Dergisi* **1996**; 7 (1): 39-45.
21. **Balcıoğlu İ**. Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi *İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri* Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47 **2005;** 09-12
22. **GÜÇLÜ Nezahat**. Stres Yönetimi. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* **2001;** 21:91-109

23. **Deniz ME, Yılmaz E.** Üniversite öğrencilerinde duygusal zeka ve stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* **2005;** *25*: 17-26.
24. **Doğan B, Eser M.** Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma yöntemleri: Nazilli myo örneği *Electronic Journal of Vocational Colleges* **2013;** UMYOS özel sayı:29-39.
25. **Kaya M, Genç M, Kaya B** Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi **2007***; *18(2)*: 137-146.
26. **Yılmaz A, Ekici S.** Örgütsel yaşamda stresin kamu çalışanlarının performansına etkileri üzerine bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi. B.F.* **2003;**10:1-19.
27. Stres ve Başaçıkma yöntemi.Erişim**:(**http://psikiyatriksosyalhizmet.com/stres-ve-basa-cikma-yontemi) Erişim tarihi:15.07.2015
28. **Aydın İ. (2000*).*** *İş Yaşamında Stres***.** 3.Baskı, Ankara: Pegem Akademi s:6-9.
29. **Yavuz R.** Stres ve Kişilik .Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47, **2005**; 39-43
30. **Akgemci T.** Örgütlerde stres yönetimi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* **2001;** 15: 301-309.
31. **Baltaş Z, Baltaş A.** *Stres ve Başa Çıkma Yolları***.**31.Basım,İstanbul:Remzi Kitabevi, **2013**
32. **Çınar O.** Eğitim ve sağlık alanı çalışanlarının iş stresi düzeyleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* **2010**; 9: 101-121.
33. **Özmen M,Önen B.** Stresle Başa Çıkma Yolları İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47 **2005**; 171-180.
34. **Çapri B.** Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* **2006**;2: 62-77.
35. **Oruç S.** Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilimdalı, Yüksek Lisans, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dali, Adana **2007.**
36. **Maslach C**. *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, New-Jersey: Prentice Hall. Cambridge Malor books, **1982**.
37. **Budak G, Sürgevil O.** Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama*, D.E.Ü.İİ.B.F. Dergisi* **2005**;20:95-108.
38. **Yıldırım MH, İçerli L**. Tükenmişlik sendromu: Maslach ve Kopenhag tükenmişlik ölçeklerinin karşilaştırmalı analizi, *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi* **2010;**2:123-31.
39. **Baysal A.** Lise ve dengi okul öğretmenlerinde meslekte tükenmişliğe etki eden faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,Yüksek Lisans, İzmir,**1995.**
40. **Demir S.** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalısanlarının Tükenmişlik ve iş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans , Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı Ankara, **2010.**
41. **Günüşen NP, Üstün B.** Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* **2010;** 3 (1), 40-51.
42. Erişim:(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.541acfd01b3936.43026830) Erişim tarihi:20/07/2015 Türk Dil Kurumu, Sorun
43. **D' Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A**. Social Problem Solving: Theory, Research and Training, American Psychological Association, Washington, DC **2004**.
44. **Yiğit E**.Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sosyal Sorunlarını Çözme Yaklaşım ve Tarzlarının Belirlenmesi ve Yöneldikleri Davranışlarla İlişkisi,Uzmanlık, Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi Aile Hekimliği Anabilimdalı, Adana **2014.**
45. **Eskin M**. *Sorun Çözme Terapisi*,3.Baskı, Ankara: HYB Yayıncılık. **2009.**
46. **D' Zurilla TJ, Nezu AM.** Problem- solving therapy: a positive approach to clinical intervention, third edition. Springer Publishing Company**, 2007.**
47. **Günüşen NP, Üstün B**. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Beceri Düzeyleri İle Kontrol Odağı Arasındaki İlişki *Deuhyo ed* **2011**; 4: 72-77.

48. **Ocakçı A**. Sağlığın Korunma ve Geliştirilmesinde Hemşirelik Hizmetlerinin Rolü. Erişim: (http://server.karaelmas.edu.tr/saglik/skg.htm) Erişim tarihi:25.07.2015
49. **Zaybak A, Fadıloğlu** Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniv Hemşire YO Derg* **2004;** 20(1):77-95.
50. **Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N .**Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *TJFMPC*, **2012**; 6:13- 21.
51. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Ankara **2004.** Erişim: http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/torehberi.pdf Erişim tarihi:01.08.2015.
52. **Kavas A.** Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. 3. Basım, İstanbul: Literatür Yayıncılık**, 2003**; 6-15.
53. **Tunay BV.** Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite, Hacettepe Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, **2008.**
54. **Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G**. Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlikli Yaşam, Ankara Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ,**2008.**
55. **Çetinkaya B, Altundağ S, Azak A.** Spirütüel bakım ve hemşirelik**.** *Adnan Menderes Univ Tıp Fak Derg* **,2007;** 8(1):47-50.
56. **Kostak MA.** Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu**.** *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* **2007;** 2(6):105-15.
57. **Yılmaz M.** Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011;** 14(2):61-70.
58. **Eğlence R, Şimşek N.** Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **2014**;5:48-53.
59. **ERGÜL Ş, Bayık A.** Hemşirelik ve manevi bakım *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **2004**; 8 (1):37-45
60. **Dedeli Ö , Karadeniz G.** Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi **2009**;21(2):45-53.
61. **Arslan H, Şener DK.** Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *52. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* **2009;** 2(1):51-58.
62. **Tuncay T**.Kronik hastalıklarda baş etmede tinsellik. *Sağlık ve Toplum* **2007**;2:13-20.
63. **Sucaklı MH.** Akut Hastalık yönetiminin psikososyokültürel ve varoluşsal boyutu. *TJFM* **2014**;8(4):117-23.
64. **Ekşi F.** Kişilerarası ilişkiler:psikolojik danışmanlık ve halkla ilişkiler öğrencilerinin karşılaştırılması. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi* Dergisi **2011;** 11(2):79-94.
65. **Velioğlu P, Pektekin Ç, Şanli T.** Hemşirelikte kişilerarasi ilişkiler. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları Yayın No: 102/HKİ Erişim: (http:// www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1208/unite05.pdf) Erişim Tarihi:05.08.2015
66. **Can G, Yaşar Ş, Suğur N, Yürük AT, Bayrak C, Suğur S.** Çağdaş yaşam çağdaş insan, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayinlari No: 1020, **1998.**
67. **Minkler M.** Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. Health Education & Behavior **1999**; 26 (1):121-140.
68. Temel Sağlik Hizmetleri Uluslararasi Konferansi Bildirisi (Alma Ata) Erişim: (http://195.142.135.65/who/ALMAATA.HTM) Erişim Tarihi:06.08.2015
69. **Fişek NH.** Günümüzde halk sağlığı anlayışı. Erişim:(http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3020.doc) Erişim tarihi:07.08.2015
70. **ERGİN C.** Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması", Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara,1**992;**143-54.
71. **Dyrbye LN, MD, Thomas MR, MD, Shanafelt TD, MD.** Systematic review of depression, anxiety,and other ındicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* **2006**; 81:354–73.
72. **Thomas H, Mosley JR, Sean G, Perrin MA, Susan M, Patricia M at al.** Stress, coping, and well-being among third-year medical students *Acad Med* **1994;**69(9):765-67.
73. **Lee FJ MD, Stewart M PhD, Brown JB .**Stress, burnout, and strategies for reducing them what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician* **2008;**54:234-35.
74. **Goehring C, Gallacchi MB, Künzi B, Bovier P.** Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey *Swıss Med Wkly* **2005**;135:101–08. ·

75. **Ergin C.** Doktor ve hemşirelerde tükenmişllik ve Maslach Tükenmişllik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, **1993;**143-54

76. **Alosaimi FD, Kazim SN, Almufleh AS, Aladwani BS, Alsubaie AS**. Prevalence of stress and its determinants among residents in Saudi Arabia. *Saudi Med J* **2015**;36 (5):605-12.

77. **Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D.** Abbreviated mindfulness ıntervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: A Pilot Study. *Ann Med* **2013;**11(5): 412-20.

78. **Eskin M, Ph. D., Kurt İ, M. D., Demirkiran F, Ph. D.** Does social problem-solving training reduce psychological distress in nurses employed in an academic hospital . *J. Basic. Appl. Sci. Res.* **2012;** 2(10)10450-458.

79. **Daele TV, Hermans D, PhD, Audenhove CV**. Stress reduction through psychoeducation: A meta- analytic review. *Health Education & Behavior* **2015;**39(4) 474–85

80. **Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç.** Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması:güvenirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal* **2013**;51(3):132-40.

81. **Alosaimi FD, Almufleh A, Kazim S, Aladwani B.** Stress-coping strategies among medical residents in Saudi Arabia: A cross-sectional national study *Pak J Med Sci* **2015 ;**31(3):504-09.

82. **Koçak R.** Okul yöneticilerinin mesleki tükenmişlik düzeylerinin bazi değişkenler açısından incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* **2009**;19(1): 65-83.

83. **Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A.** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II nin geçerlik ve güvenirlik çalısması. *C.Ü.Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* **2008**; 12(1):1-13.

84. **Duyan V, Gelbal S, Eskin M. and Aycan Z.** Sosyal sorun çözme envanteri'nin Türkçeye uyarlama çalişmasi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* **2008;**19(1):7-28.

85. **Oktay Özdemir.** *Medical İstatistik* İstanbul Medical Yayıncılık, 1. baskı **2006.**

86. **Atanes ACM, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marin J, Barros VV, Ronzani TM.** Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals.*BMC Complement Altern Med***. 2015;**15:303.

87. **Abut YC, Kitapcioglu D, Erkalp K, Toprak N, Boztepe A, Sivrikaya U at al.** Job burnout in 159 anesthesiology trainees. *Saudi J Anaesth* **2012**; 6: 46-51.

88. **Türkol E, Güneş G.**İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları .*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2012;**19(3):159-66.

89. **Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY.** Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ,*TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*,**2007**; 6(6): 409-20.

90. **Bozhüyük A.** Çukurova Üniversitesi Sağlik Bilimleri Öğrencilerinin Sağlikli Yaşam Biçimi Davranişlarinin Değerlendirilmesi.Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dali, Adana **2010.**

91. **Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö.** ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* **2012**; 26(3):151 – 57.

92. **Stark MA, Manning-Walsh J, Vliem S.** Caring for self while learning to care for others: A challenge for nursing students. *Part of the Medicine and Health Sciences Commons Social Work Faculty Publications* **2005**;4(6):266-70.

93. **Choi Hui WH.** The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong Kong. *J Prof Nurs* **2002**; 18(2): 101-11

94. **Diez SMU, Perez-Fortis A.** Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. *Health Promot Int* **2010**; 25(1):85-93.

95. **Levey RE.** Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Acad Med* **2001**; 76(2): 142-50.

96. **Choi SM, Park YS, Yoo JH, Kim GY.** Occupational stress and physical symptoms among family medicine residents. *Fam Med* **2013;** 34(1): 49-57.

97. **Zare SM, Galanko J, Behrns KE et al.** Psychological well-being of surgery residents before the 80-hour work week: a multi-institutional study. *J Am Coll Surg* **2004**; 198(4): 633-40.

98. **Schweitzer B.** Stress and burnout in junior doctors. *South African Medical Journal,* **1994;**84:352-54.

99. **Maslach C, Jackson SE.** The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles* **1985;**12 (7-8): 837-51.

100. **Belloch GS,Renovell FV, Calabuig AJR, Gomez SL.** The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *Anales de Medicina İnterna*, **2000;**17(3):118-22.
101. **Erşan EE, Doğan O**. Analyzing of factors related to burnout in health professionals of Sivas Numune Hospital *Cumhuriyet Med J* **2011;** 33:33-41.
102. **Rabatin J, Williams E, Baier ML, Schwartz MD, Brown RL, Linzer M.** Predictors and outcomes of burnout in primary care physicians. *J Prim Care Community Health.* **2015;**1(3):1-3.
103. **Küpeli E.** Çukurova Üniversitesi Doktora Öğrencilerinin Özyeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi**.** Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana **2015.**
104. **Lee RL, Loke AJ**. Health-promoting behaviors and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. *Public Health Nurs* **2005**;22(3):209-20.
105. **Westerlund L, Ray C, Roos E.** Associations between sleeping habits and food consumption patterns among 10–11-year-old children in Finland British Journal of Nutrition. *Br J Nutrition* **2009;**102(10):1531–37.
106. **Chaput JP, Despres JP, PhD , Tremblay A.** The association between sleep duration and weight gain in adults: A 6-year prospective study from the quebec family study,*Sleep* **2008**;31(4):517–23.
107. **McCue JD, Sachs CL**. A stress management workshop improves residents' coping skills. *Arch Intern Med*. **1991**; 151(11): 2273-7.
108. **Ospina-Kammerer V, Figley CR**. An evaluation of the respiratory one method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. *Int J Emerg Ment Health*. **2003**; 5(1): 29-32.
109. **Gardiner M, Lovell G, Williamson P.** Physician you can heal yourself! cognitive behavioral training reduces stress in GPs. *Fam Pract***. 2004**; 21(5): 545-51.
110. **Feld J, Heyse-Moore L.** An evaluation of a support group for junior doctors working in palliative medicine. *Am J Hosp Palliat Care* **2006**; 23(4):287-96.
111. **Isaksson K, Gude T, Tyssen R, Aasland EG.** Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ*. **2008**;337: a2004.
112. **Krasner M, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ at al**. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians**.** *JAMA* **2009**;302(12):1284-93.

EKLER

EK-1 : Bilgilendirme, Onam ve Anket Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı,

Stres yönetimi ve sosyal sorun çözme eğitiminin, aile hekimliği asistanlarının stres algılarına, tükenmişlik düzeylerine ve sağlıklı davranışlarına etkisinin değerlendirileceği bir çalışma planlanmıştır. Bu çalışmaya katılarak stres algınız ve tükenmişlik düzeyiniz ile ilgili geribildirim ve danışmanlık almanın yanısıra, stres yönetimi ve sosyal sorun çözme ile ilgili sekiz saatlik ücretsiz bir eğitim alabileceksiniz.

Gönüllü olarak doldurduğunuz/doldurmak istemediğiniz bu anket ve alacağınız/almak istemediğiniz eğitim nedeniyle asistanlık süreciniz etkilenmeyecektir. Ankette ad, soyad, gibi tanımlayıcı bilgiler yer almamaktadır. Sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır, cevaplarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Ancak doldurduğunuz anketin sonucu konusunda geribildirim ve danışmanlık almak isterseniz bir rumuz eklemeniz gerekmektedir. Sorulara dürüst olarak doğru cevaplar vermeniz sağlıklı sonuçlar alınabilmesi açısından önemlidir.

Ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Dr. Havva BÖLÜKBAŞI
Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN
Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği AD
Tel:05056865608

RUMUZ:

1. Cinsiyetiniz	1.Erkek 2. Kadın
2. Doğum yılınız	
3.Medeni durum 4.Çocuğunuz var mı? 5.Mesleğinizin kaçıncı yılındasınız?	1.Evli 2.Bekar 3.Sözlü/Nişanlı 1.Evet (çocuk sayınız…….) 2.Hayır
6.Asistanlık kıdeminiz?	
7.İkamet ettiğiniz yer	1. Ailemle evde (anne, baba, kardeş, vs) 2.Eşim ve çocuklarımla evde 3.Arkadaşlarımla evde 4.Evde yalnız 5. Diğer….....
8. Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren, hekim tarafından tanı konmuş bir hastalığınız var mı? 9. Varsa lütfen açıklayınız	1.Evet 2.Hayır Hastalık……İlaç…….
11.Geçen aydaki nöbet sayınız? 12.Son bir yıl içinde yaşamınızı etkileyen büyük bir stres (ölüm, hastalık, kaza, ayrılık vb.) yaşadınız mı?	1.Evet 2.Hayır
13.Günde ortalama kaç saat uyursunuz?(son bir ay içinde)	

Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi 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**	**Sıkça**	**Çok sık**
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 öfkelendiniz?					
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?					

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Her gün
1. "Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum."	1	2	3	4	5
2. "İşgününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum."	1	2	3	4	5
3. "Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum."	1	2	3	4	5
4. "Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim."	1	2	3	4	5
5."Bazı hastalarıma onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
6."Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir."	1	2	3	4	5
7."Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim."	1	2	3	4	5
8."İşimin beni tükettiğini hissediyorum."	1	2	3	4	5
9."İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum."	1	2	3	4	5
10."Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
11."Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum."	1	2	3	4	5
12."Kendimi çok enerjik hissediyorum."	1	2	3	4	5
13."İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum."					
14."İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum."	1	2	3	4	5
15."Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil."	1	2	3	4	5
16."Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor."	1	2	3	4	5
17."Hastalarıma rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim."	1	2	3	4	5
18."Hastalarımla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum."	1	2	3	4	5
19."Bu meslekte pek çok değerli işler başardım."	1	2	3	4	5
20."Kendimi çok çaresiz hissediyorum."	1	2	3	4	5
21."İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim."	1	2	3	4	5
22."Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum."	1	2	3	4	5

Sosyal Sorun Çözme Envanteri

Aşağıda günlük yaşamda sorunlarla karşılaştıklarında insanların düşünebileceği, hissedebileceği ve davranabileceği kimi ifadeler yer almaktadır. Sizin ya da sevdiklerinizin mutluluğunu büyük ölçüde etkileyebilecek sağlık, aile üyeleriyle çatışma, okul ya da işteki performansınızla ilgili önemli sorunlardan söz ediyoruz. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizin için aşağıda belirtilen rakamlardan en doğru olduğuna inandığınız rakamı seçiniz. İfade edilen durumlarla karşılaştığınızda genellikle ne düşündüğünüzü, ne hissettiğinizi ve nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak, uygun seçeneği rakamların yanındaki parantez içine yazınız.

0 = Benim için kesinlikle doğru değil 1 = Benim için çok az doğru 2 = Benim için orta düzeyde doğru

3 = Benim için oldukça doğru 4 = Benim için kesinlikle doğru

No	Seç	İfade
1	**( )**	**Bir sorunu kısa sürede ve pek fazla çaba harcamadan çözemediğimde, aptal ya da yetersiz olduğumu düşünme eğilimindeyim.**
2	( )	Çözmem gereken bir sorunum olduğunda, yaptığım şeylerden biri, sorun hakkında sahip olduğum tüm bilgileri incelemek ve neyin en uygun veya önemli olduğuna karar vermeye çalışmaktır.
3	**( )**	**Sorunlarımı çözmek için çaba harcamak yerine, onlar hakkında endişelenerek daha fazla zaman harcarım.**
4	( )	Çözmem gereken önemli bir sorunum olduğunda, genellikle kendimi tehdit edilmiş hisseder ve korkarım.
5	**( )**	**Karar verirken, genellikle farklı seçenekleri yeteri kadar dikkatli bir şekilde değerlendirmem ve karşılaştırmam.**
6	( )	Bir sorunum olduğunda, bunun bir çözümü olduğundan sıklıkla kuşku duyarım.
7	**( )**	**Bir sorun için en iyi çözümün ne olduğuna karar verirken, her bir seçeneğin diğer insanların morali üzerindeki olası etkisini dikkate almada genellikle başarısız olurum.**
8	( )	Bir soruna çözüm bulmaya çalıştığımda, çoğunlukla bir dizi olası çözüm üzerinde düşünür ve daha iyi bir çözüm için farklı çözümleri bütünleştirmeye çalışırım.
9	**( )**	**Önemli bir karar vermem gerektiğinde genellikle kendimi sinirli hissederim ve kendimden emin değilimdir.**
10	( )	Bir sorunu çözmek için ilk çabalarım boşa çıktığında, genellikle ısrar eder ve kolayca vazgeçmezsem, en sonunda iyi bir çözüm bulabileceğimi düşünürüm.
11	**( )**	**Bir sorunu çözmeye teşebbüs ettiğimde genellikle akla gelen ilk fikre göre hareket ederim.**
12	( )	Bir sorunum olduğunda, genellikle bunun bir çözümü olduğuna inanırım.
13	**( )**	**Büyük, karmaşık bir sorunla karşılaştığımda, genellikle onu bir kerede çözebileceğim daha küçük sorunlara bölmek için çaba harcarım.**
14	( )	Bir soruna çözüm bulduktan sonra, ortaya çıkan sonuçla, çözüme karar verdiğimde öngördüğüm sonucu karşılaştırmak için genellikle zaman harcamam.
15	**( )**	**Sorunları kendim çözmeye çalışmadan önce, genellikle kendiliğinden çözülüp çözülmeyeceğini görmek için beklerim.**
16	( )	Çözmem gereken bir sorunum olduğunda, yaptığım şeylerden biri durumu analiz etmek ve beni isteğimden alıkoyan engelleri belirlemeye çalışmaktır.
17	( )	Bir sorunu çözmek için ilk çabalarım boşa çıktığında, çok öfkelenir ve hüsran yaşarım.
18	( )	Zor bir sorunla karşılaştığımda, ne kadar sıkı çalışırsam çalışayım, onu kendi kendime çözebileceğimden sıklıkla şüphe duyarım.
19	( )	Soruna ilişkin çözümlerimi uyguladıktan sonra, sonuçlarından genellikle memnun

		olurum.
20	( )	Bir sorunu çözmeye çalışmadan önce, genellikle sorunun çözülmesi gereken daha önemli bir başka sorundan kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemeye çalışırım.
21	( )	Yaşamımda bir sorun ortaya çıktığında, genellikle mümkün olduğu kadar onu çözmeye çalışmayı sonraya ertelerim.
22	( )	Bir soruna çözüm bulduktan sonra, sonuçların tümünü değerlendirmek için genellikle zaman harcamam.
23	( )	Yaşamımdaki sorunlarla uğraşmaktan kaçınmak için genellikle yolumu değiştiririm.
24	( )	Zor sorunlar beni altüst eder.
25	( )	Bir sorun için en iyi çözümün ne olduğuna karar vermeye çalışırken, her bir eylem seçeneğini gerçekleştirmenin genel sonuçlarını tahmin etmeye çalışırım.
26	( )	Onlardan kaçınmaya çalışmak yerine, genellikle sorunlarımla doğrudan yüzleşirim.
27	( )	Bir sorunu çözmeye çalıştığımda, sıklıkla yaratıcı olmaya ve orijinal ya da geleneksel olmayan çözümler bulmaya çalışırım.
28	( )	Bir sorunu çözmeye teşebbüs ettiğimde, genellikle akla gelen ilk iyi fikirle yola çıkarım.
29	( )	Bir soruna çözüm bulmaya çalıştığımda, genellikle bir dizi olası çözüm düşünür, sonra da bunların üzerinden gider, daha iyi bir çözüm oluşturmak için farklı çözümlerin bu duruma nasıl aktarılabileceğini düşünürüm.
30	( )	Bir sorun için olası çözümler düşünmeye çalıştığımda, genellikle çok fazla seçenek üretemem.
31	( )	Sorunlarla yüzleşmek ve onlarla uğraşmaya zorlanmak yerine genellikle kaçınmayı tercih ederim.
32	( )	Karar verirken, genellikle her bir olası eylemin kısa vadeli sonuçlarını değil aynı zamanda uzun vadeli sonuçlarını da dikkate alırım.
33	( )	Bir soruna çözüm bulduktan sonra, genellikle neyin doğru neyin yanlış gittiğini analiz etmeye çalışırım.
34	( )	Bir soruna çözüm bulmaya çalıştığımda, sorunu ele almak için, genellikle mümkün olduğu ölçüde farklı seçenekler düşünmeye çalışırım.
35	( )	Bir soruna çözüm bulduktan sonra, genellikle duygularımı inceler ve onların daha iyiye doğru ne kadar değiştiklerini değerlendiririm.
36	( )	Bir soruna çözüm getirmeden önce başarı şansımı artırmak için sıklıkla bulduğum çözümü uygular ya da prova ederim.
37	( )	Zor bir sorunla karşılaştığımda, yeteri kadar sıkı çalışırsam, genellikle bu sorunu kendi kendime çözebileceğime inanırım.
38	( )	Çözmem gereken bir sorunum olduğunda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorun hakkında mümkün olduğu kadar çok veri toplamaktır.
39	( )	Bir sorunu çözmeye çalışmadan önce, sıklıkla bu sorunun daha büyük, daha önemli bir sorunun parçası olup olmadığını anlamaya çalışırım.
40	( )	Sorunları çözmeyi genellikle bir şey yapabilmek için çok geç olana kadar ertelerim.
41	( )	Bir sorunu çözmeye çalışmadan önce, genellikle sorunun benim ya da sevdiklerimin iyiliği için ne kadar önemli olduğunu belirlemek üzere durumu değerlendiririm.
42	( )	Sorunlarımdan kaçmak için harcadığım zamanın onları çözmek için harcadığım zamandan daha fazla olduğunu düşünüyorum.
43	( )	Bir sorunu çözmeye çalıştığımda, sıklıkla kendimi açıkça düşünemeyecek kadar altüst hissederim.
44	( )	Bir sorun için çözüm düşünmeye başlamadan önce, genellikle tam olarak neyi başarmak istediğimi açık hale getiren spesifik bir amaç oluştururum.
45	( )	Bir sorun için en iyi çözümün ne olduğuna karar vermeye çalıştığımda, genellikle her bir çözüm seçeneğinin artı ve eksilerini değerlendirmek için zaman ayırmam.
46	( )	Bir sorun için bulduğum çözümün sonucu tatmin edici değilse, genellikle neyin yanlış gittiğini bulmaya çalışır ve ardından yeniden denerim.
47	( )	Zor bir sorun üzerinde çalıştığımda, öylesine altüst olurum ki, sıklıkla kendimi şaşkın ve aklı karışmış hissederim.
48	( )	Yaşamımdaki sorunları çözmek zorunda olmaktan nefret ediyorum.
49	( )	Bir soruna çözüm bulduktan sonra, genellikle durumun daha iyiye doğru değişip değişmediğini mümkün olduğu ölçüde dikkatli bir şekilde değerlendirmeye çalışırım.
50	( )	Sorunları çözerken, genellikle serinkanlı, sakin ve kendine hâkim kalabilirim.
51	( )	Bir sorunum olduğunda, genellikle onu bir sorun olarak değil de, olumlu yönde

		yararlanılacak, bir fırsat olarak görmeye çalışırım.
52	( )	Bir sorunu çözmeye çalıştığımda, genellikle aklıma daha başka bir fikir gelmeyinceye kadar olabildiğince çok alternatif çözümler düşünürüm.
53	( )	Bir sorun için en iyi çözümün ne olduğuna karar vermeye çalıştığımda, genellikle her bir çözüm seçeneğinin sonuçlarını tartmaya ve birbirleriyle karşılaştırmaya çalışırım.
54	( )	Çözmem gereken önemli bir sorunum olduğunda, sıklıkla bunalır ve hareket edemeyecek hale gelirim.
55	( )	Sorunlara ilişkin çözümlerim, genellikle sorun çözme amaçlarıma ulaşmada başarılıdır.
56	( )	Zor bir sorunla karşılaştığımda, genellikle sorundan kaçınmaya ya da onu çözmek için bir başkasından yardım almaya çalışırım.
57	( )	Bir sorun için en iyi çözümün ne olduğuna karar vermeye çalıştığımda, genellikle her bir alternatif eylemin kişisel duygularım üzerindeki etkisini değerlendiririm.
58	( )	Çözmem gereken bir sorunum olduğunda, yaptığım şeylerden biri çevremdeki hangi dışsal etmenlerin soruna katkı verebileceğini incelemektir.
59	( )	Yaşamımda bir sorun ortaya çıktığında, genellikle kendimi buna neden olmakla suçlarım.
60	( )	Karar verirken, genellikle her bir seçeneğin sonuçları hakkında çok fazla düşünmeksizin duygularımla hareket ederim.
61	( )	Karar verirken, seçenekleri değerlendirmek ve karşılaştırmak için genellikle sistematik bir yöntem kullanırım.
62	( )	Bir soruna çözüm bulmaya çalıştığımda, amacımın ne olduğunu her zaman aklımda tutmaya çalışırım.
63	( )	Bir sorunu çözmek için ilk çabalarım başarısız olunca, genellikle vazgeçmem gerektiğini ve yardım aramam gerektiğini düşünürüm.
64	( )	Olumsuz duygulara sahip olduğumda, bu duygulara neden olabilecek sorunu bulmaya çalışmak yerine, o ruh halimi sürdürmeye eğilimim vardır.
65	( )	Bir soruna çözüm bulmaya çalıştığımda, soruna mümkün olduğu kadar farklı açılardan yaklaşmaya çalışırım.
66	( )	Bir sorunu anlamakta güçlük çektiğimde, genellikle onu açığa kavuşturmaya yardımcı olacak daha spesifik ve somut bilgi elde etmeye çalışırım.
67	( )	Bir sorunum olduğunda, sorunu başarılı bir şekilde çözememem durumunda yaşayacağım zarar ve kayıp üzerinde durma eğilimim vardır.
68	( )	Bir sorunu çözmek için ilk çabalarım boşa çıktığında, cesareti kırılmış ve depresif hissetme eğilimim vardır.
69	( )	Uyguladığım bir çözüm, sorunumu tatmin edici bir şekilde çözemediğinde, bunun neden işe yaramadığını incelemek için zaman ayırmam.
70	( )	İş karar vermeye geldiğinde, fazla düşünmeden hareket ettiğimi düşünüyorum.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği – II

	Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneğe çarpı atarak belirtiniz. Hiçbir zaman, bazen, sık sık ve düzenli olarak değerlendirilmektedir.	**Hiçbir zaman**	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli olarak**
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı konuşurum.				
2	Yağı düşük, doymuş yağı düşük ve kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve şeker içeren gıdaları (tatlı vb.) kısıtlı tüketirim.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az 3 kez 20 dakika veya daha uzun süreli tempolu egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans ve step egzersiz gibi)				
11	Her gün gevşemek için zaman ayırırım.				
12	Yaşamamın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyurucu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün ekmek, tahıl, pirinç ve makarnadan toplam 6-11 porsiyon yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivitede bulunurum (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla, 30-40 dakika kesintisiz yürürüm.).				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili kaygılarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme,bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeliyle konuşurum.				
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.				
32	Her gün 3-4 porsiyon süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim,asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park eder ve yürürüm.).				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Mahrem ihtiyaçlarımı karşılayacak yollar bulurum.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan sadece 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığı ile ilişkim olduğunu hissederim.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

DEĞERLENDİRME FORMU

Lütfen, aşağıdaki ifadelere katılma düzeyinizi puanlayınız.

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta derecede 4.İyi derecede 5.Çok iyi derecede

1. Bu eğitimde önerilen öz takip araçlarını kullandım	1	2	3	4	5
2. Bu eğitimde verilen ev ödevlerini yaptım	1	2	3	4	5
3. Bireysel ve grup çalışmalarına aktif olarak katıldım	1	2	3	4	5
4. Oturumlar sırasında kişisel yaşantımı paylaşabildim	1	2	3	4	5
5. Bu eğitimde öğrendiklerimi günlük yaşamımda uygulayabildim	1	2	3	4	5
6. Bu eğitim, konuyla bilgi ve beceri gereksinimlerimi belirlememe yardımcı oldu	1	2	3	4	5
7. Bu eğitimde kazandığım bilgi ve becerileri kullanabileceğimi düşünüyorum (kendim için).	1	2	3	4	5
8. Bu eğitimde kazandığım bilgi ve becerileri kullanabileceğimi düşünüyorum (hastalarım için).	1	2	3	4	5
9. Bu eğitimin asistan eğitim programında yer alması gerektiğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
10. Genel olarak bu eğitim programından yararlandım	1	2	3	4	5

Lütfen **1,2,3** olarak değerlendirdiğiniz başlıklarla ilgili **geliştirilmesi gereken yönleri ve önerilerinizi** başlık numarasını belirterek yazınız

Lütfen, aşağıdaki ifadelere katılma düzeyinizi puanlayınız.

1.Hiç 2.Biraz 3.Orta derecede 4.İyi derecede 5.Çok iyi derecede

1. Fizik ortam	1	2	3	4	5
2. Organizasyon (Öncesi ve sonrası bilgilendirme)	1	2	3	4	5
3. Eğitim programının uygulanma zamanı (öğle arası)	1	2	3	4	5
4. Eğitim programının uygulanma günü (Çarşamba)	1	2	3	4	5
5. Bir oturum süresi (1 saat)	1	2	3	4	5
6. Oturumların sıklığı (haftada bir)	1	2	3	4	5
7. Toplam oturum sayısı (8 oturum)	1	2	3	4	5
8. Oturumların içeriği ve akışı	1	2	3	4	5
9. Eğiticinin konuyu aktarmadaki becerisi	1	2	3	4	5
10. Eğiticinin eğitim sırasındaki tutum ve davranışları	1	2	3	4	5
11. Eğitim sırasındaki bireysel çalışmalar	1	2	3	4	5
12. Eğitim sırasındaki grup çalışmaları	1	2	3	4	5
13. Ev ödevleri	1	2	3	4	5
14. Öz takip araçları	1	2	3	4	5
15. Okuma önerileri	1	2	3	4	5

Lütfen **1,2,3** olarak değerlendirdiğiniz başlıklarla ilgili **geliştirilmesi gereken yönleri ve önerilerinizi** başlık numarasını belirterek yazınız

EK-2 : Etik Kurul Onay Formu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
32		6 Haziran 2014

KARAR NO 10- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Sevgi Özcan yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Havva Bölükbaşı tarafından yürütülmesi öngörülen, "Aile Hekimliği Asistanlarının Stres Algıları, Tükenmişlik Düzeyleri ve Sağlık Davranışları: Bir Eğitim Programının Etkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Doç Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	**Prof Dr Mülkiye Kasap** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465 Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Havva Bölükbaşı

Doğum Tarih ve Yeri : 27.07.1983/Bahçe

Medeni Durumu : Evli

Adres : Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği ABD, ADANA

Telefon : 05056865608

E. posta : drhavvadagli@hotmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri :2007–2008 Osmaniye Merkez Şirinevler Sağlık Ocağı

2008-2010 Osmaniye Devlet Hastanesi Acil Servisi

2010-2012 Osmaniye 2 nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

2012-2015 Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği A.D

Dernek Üyelikleri : ÇAHMED

TAHUD

Yabancı Dil : İngilizce