

T.C.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ

ANABİLİM DALI

**TIP DOKTORLARININ DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ
VE ÇALIŞMA KOŞULLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Haydar GEZER

ANKARA

2013

T.C.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ

ANABİLİM DALI

**TIP DOKTORLARININ DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ
VE ÇALIŞMA KOŞULLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Haydar GEZER

Tez Danışmanı

Doç Dr. Müge Ersoy KART

ANKARA

2013

T.C.

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ

ANABİLİM DALI

**TIP DOKTORLARININ DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ
VE ÇALIŞMA KOŞULLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Doç Dr. Müge Ersoy KART

Tez Jürisi Üyeleri

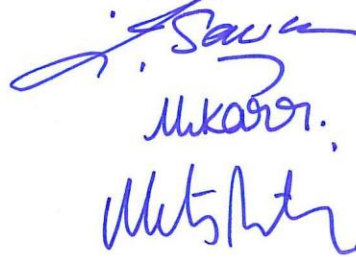
Adı ve Soyadı

Prof. Dr. İlkay SAVCI

Doç Dr. Müge Ersoy KART

Doç. Dr. Metin PİŞKİN

İmzası



Tez Sınavı Tarihi..... **6.3.2013**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlarımı andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim. 06.10.3/2013

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı ve Soyadı

Haydar GEZER



ÖNSÖZ

Hekimlerin, insan sağlığı gibi önemli bir konuda çalışması sebebiyle üstlenmiş oldukları toplumsal rollerinin önemi açıktır. Dolayısıyla hekimlerin iş stresi nedeniyle yaşam kalitesinin etkilenmesi daha olasıdır. Kişinin çalışma koşulları; iş doyumunu, iş verimini ve ruhsal sağlığını büyük oranda etkiler. Ancak içinde bulunulan koşullar ya da karşılaşılan durumlar ile baş etmekte kişilik özellikleri önem taşımaktadır. Bu çalışmada tüm bunlar göz önünde bulundurularak hekimin depresyon düzeyi ile kişilik özellikleri ve çalışma koşulları arasındaki ilişkinin incelenmesinin; izlenecek sağlık politikaları, meslek seçimi, iş stresi ile baş etme yolları gibi aslında doğrudan toplum sağlığı ile ilgili konulara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Her anından büyük keyif duyduğum bu araştırma konusunu seçmemi sağlayan ve beni birlikte çalıştığım süre içerisinde deneyimi ve bilgisiyle yönlendiren, gayrete getiren bana yol gösteren tez danışmanım Doç. Dr. Müge ERSOY KART'a teşekkürlerimi sunarım.

Tezimi oluşturma aşamasında değerli fikirleriyle beni yönlendiren, tez konumun şekillenmesine katkı sağlayan, koşulsuz destek ve yardımıyla yanımda olduğunu hissettiren psikiyatrist Şebnem GELİŞEN'e teşekkürü bir borç bilirim.

Manevi desteklerini benden hiç esirgemeyen ve varlıklarından gurur duyduğum, annem Cemile GEZER, babam Halil GEZER, kardeşlerim Serdar, Burhan, Hüsrev, Özlem ve Serkan'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

NO	KONU	Sayfa
	İÇİNDEKİLER.....	I
	TABLOLAR.....	III
	ŞEKİLLER.....	III
	GİRİŞ.....	1
I.	BÖLÜM GENEL BİLGİLER.....	3
1.1.	Kişilik Kavramı ve İlişkili Kavramlar.....	3
1.1.1.	Kişilik Kuramları.....	4
1.1.2.	Beş Faktör Kişilik Modeli.....	6
1.2.	İş Stresi ve Hekimler.....	9
1.3.	Depresyon ve Hekim.....	18
1.4.	Kişilik Bozuklukları-Kişilik ve Hekimler.....	27
1.5.	Çalışma Koşulları ve Hekimler.....	34
II.	BÖLÜM YÖNTEM.....	42
2.1.	Evren ve Örneklem.....	42
2.2.	Veri Toplama Araçları.....	43
2.2.1.	Beck Depresyon Ölçeği.....	43
2.2.2.	Büyük Beş Kişilik Envanteri.....	44
2.2.3.	Sosyometrik Soru Grubu.....	45
2.3.	Verilerin Toplanması.....	45
III.	BÖLÜM BULGULAR.....	46
3.1.	Grupların Ölçeklerde Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular.....	46
3.2.	Ortalamalar Arası Farklara İlişkin Bulgular.....	47
3.3.	Özel Yaşam ve Çalışma Yaşamına İlişkin Değerlendirmeler Açısından Depresyon Düzeyi ve Kişilik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	51
3.3.1.	Depresyon Düzeyi.....	51
3.3.2.	Kişilik Özellikleri Düzeyi.....	55
3.4.	Korelasyonlara İlişkin Bulgular.....	58
3.4.1.	Katılımcıların Tüm Ölçeklerde Aldıkları Puanlara İlişkin Korelasyonlar.....	59
IV.	BÖLÜM TARTIŞMA.....	64

V. BÖLÜM	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	79
	KAYNAKÇA.....	84
	ÖZET.....	95
	ABSTRACT.....	98
	EKLER.....	101
	Ek.1. Sosyometrik Soru Grubu.....	101
	Ek.2. Beck Depresyon Ölçeği.....	105
	EK.3. Büyük Beş Kişilik Envanteri.....	106
	ÖZGEÇMİŞ.....	108

TABLolar

NO	KONU	Sayfa
Tablo 1-1	Depresyon Tanı Kriterleri.....	18
Tablo 1-2	Kişilik Bozuklukları Sınıflandırması.....	27
Tablo 2-1	Deneklerin Cinsiyet-Statü Açısından Özellikleri.....	42
Tablo 3-1	Grupların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Ortalama ve Standart Kaymaları.....	47
Tablo 3-2	Tüm Puanlara Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları: Cinsiyet Temel Etkisi.....	48
Tablo 3-3	Tüm Puanlara Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları: Statü Temel Etkisi.....	49
Tablo 3-4	Tüm Puanlara Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları: Medeni Durum Temel Etkisi.....	50
Tablo 3-5	Sosyometrik Soru Grubunda Yer Alan Özel Yaşam Ve Çalışma Yaşamına İlişkin Unsurların Depresyon Düzeyi Üzerindeki Etkisi.....	52
Tablo 3-6	Sosyometrik Soru Grubunda Yer Alan Özel Yaşam ve Çalışma Yaşamına İlişkin Unsurların Kişilik Boyutu Düzeyi Üzerine Etkisi: Uzlaşılabilirlik.....	55
Tablo 3-7	Sosyometrik Soru Grubunda Yer Alan Özel Yaşam ve Çalışma Yaşamına İlişkin Unsurların Kişilik Boyutu Düzeyi Üzerine Etkisi: Duygusal Denge.....	57
Tablo 3-8	Deneklerin Ölçeklerden Elde Ettikleri Puanlar Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyonlar.....	59
Tablo 3-9	Sosyometrik Soru Grubu Maddeleri Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	60

ŞEKİLLER

NO	KONU	Sayfa
ŞEKİL 1-1	Strese Sebep Olan Bireysel ve Örgütsel Faktörler.....	17

GİRİŞ

Günlük yaşamımızın büyük bölümü işte geçmektedir. Özellikle hekimlik gibi bire bir insanla çalışılan mesleklerde iş stresinin yaşam kalitesini etkilemesi daha olasıdır. Gerçekten hekimler, insan sağlığı gibi önemli bir konuda çalışmaktadırlar ve çoğu kez yaşam ve ölüm arasındaki ince çizgide zorlu mücadelelere tanıklık etmektedirler. Kuşkusuz bu süreç bazı hekimlerin duygusal dünyası için bir tehdit yaratabilir. Üstelik sadece bu duygusal yıpranma nedeniyle hekimin iş verimi etkilenebilir; hata yapma riski artabilir.

Şifa dağıtmak üzere uzmanlaşmış tıp doktorları, üzerlerinde oluşan stres sonucunda kendileri şifa arar hale gelebilmektedir. Öyle ki pek çok çalışma, hekimlerde ve tıp fakültesi öğrencilerinde “depresyonun” öncelikli sağlık sorunları arasında yer aldığına işaret etmektedir. Hekimlerde depresyon ve diğer psiko-sosyal sorun riskinin yüksek oluşu pek çok faktör ile ilişkili bulunmuştur. Bu nedenler arasında eğitim aşamasındaki güçlükler; çalışma koşullarındaki sorunların yanı sıra kişilik özellikleri ön planda bulunmuştur (Akt; Demir ve ark; 2007:32).

Bu çalışmada hekimlerin depresyon düzeyi ile kişilik özellikleri ve çalışma koşulları arasındaki ilişki incelenecektir. Sonuçların, izlenecek sağlık politikaları, meslek seçimi, iş stresi ve baş etme yolları gibi aslında doğrudan toplum sağlığı ile ilgili konulara ışık tutacağı beklenmektedir.

Özet olarak hekimlerde depresyon düzeyleri ile kişilik özellikleri ve çalışma koşulları arasındaki ilişkinin araştırılması ile hedeflenen amaç;

- Sağlık hizmetinde gerek insan faktörü gerek çalışma koşullarının ele alınması ile çözüm önerilerini tartışarak sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak.

- İnsanla birebir, stresli ortamda, dikkat ve sorumluluk gerektiren kararlar aldıkları göz önünde bulundurularak hekimlerin ruh sağlığının önemine dikkat çekmek ve bu konuda alınacak önlemleri belirlemek.

- Meslek seçiminde kişilik özellikleri ve sonrasında bu kişilik özelliklerinin iş stresi ile baş etmedeki önemini belirleyerek bu konuda yapılacak araştırmalar ve pratik uygulamalara katkıda bulunmak

- Bazı kişilik özelliklerinin depresyona meyil oluşturduğunu ve dolayısı ile aynı çalışma koşullarına farklı psikolojik reaksiyonlar verildiğini göz önünde bulundurularak alınacak koruyucu önlemler tartışılmaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. KİŞİLİK KAVRAMI VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

Kişilik teriminin batı dillerdeki ortak kökeni "persona" sözcüğüne dayanmaktadır. Persona kelimesinin asıl anlamı, Latin dilinde, tiyatro oyuncularının kullandığı "maske" dir. Tarihe baktığımız zaman Çiçero'nun persona sözcüğünü dört ayrı biçimde ele aldığını görürüz: 1- Kişinin belirli bir biçimde görünmesi, ancak öyle olamaması. 2- Kişinin yaşamında oynadığı rol. 3- Kişinin yaşamında oynadığı rol için gerekli tüm özellikler. 4- Görünüş ve asalet (Tomrukçu, 2008).

Kişilik; algılama, ilişki kurma, çevre ve kendisi hakkında düşünüş ve algılayış biçiminde devam eden değişiklikler olarak tanımlanır (Yüksel, 2006:351). Diğer bir anlatımla kişilik kişinin hayata uyumu için içsel ve dışsal davranış biçimlerinin toplamıdır (Yüksel, 2006:351). Kişilik kısmen genetik olarak belirlenmiş olmakla birlikte çevresel faktörler ve yaşam deneyimlerinden de büyük ölçüde etkilenir. Gelişim sürecine koştut olarak davranışlar da değişir (Yüksel, 2006:351). En genel anlamıyla bireye özgü belirgin özellik, manevi ve ruhsal niteliklerinin bütünü olarak ifade edilebilecek kişilik kavramını; Cüceloğlu (1996) bireyleri birbirinden ayırt eden ve bireylerin kendilerine özgü davranışlarının bir bütünü, olarak tanımlamıştır.

Kişilik bireyin kalıcı özelliklerini yansıtır ve farklı birçok faktörden etkilenir. Geçmişin izleri, mevcut zamanın uygulamaları ve geleceğin eğilimleri kişiliği oluşturmaktadır (Zel, 2006). Kişilik, genel olarak kalıtım ve çevre faktörlerinin birleşiminden oluşur. Isır'a (2006) göre kalıtım, fiziksel karakteristikleri içerir. Çevre ise kültürel, sosyal ve durumsal faktörlerden oluşur. Kültürel değer ve normlar bireyin kişilik ve davranış gelişiminde önemli bir yer tutar. Sosyal faktörler; aile, din ve insanların hayatları boyunca katıldığı biçimsel veya biçimsel olmayan grupları içerir. Durumsal faktörler ise kendine güven ve bireysel yeterlilik gibi hususları kapsar. Kalıtım, kişilik özelliklerinin ne kadar gelişebileceği hakkında sınırlama getirir. Çevre ise bu sınırlamalar içerisindeki gelişimi belirler (Akt; Ersoy-Kart, 2011).

Kişiliği bir zaman dilimi içindeki davranış türü olarak görmemek gerekir. Kişilik, geçmişin, mevcut zamanın ve geleceğin oluşturduğu bir bütündür. Bireyin psikolojik tahlilinin yapılması istendiğinde birey, bedensel özellikleri ve sosyal ilişkileri ile birlikte değerlendirilmelidir. Kişilik, ne yalnız başına bedensel özelliğe bağlıdır, ne de çevredeki ortak kalıp ve sosyal olaylara bağlıdır. Kişilik, tüm bu olguların doğurduğu bireysel ayrılıklardır (Tomrukçu, 2008).

1.1.1. Kişilik Kuramları

İlgili alan yazın incelendiğinde, kişilikle ilgili pek çok tanım getirildiği ve pek çok kuramsal açıklama geliştirildiği görülmektedir. Her bir kuramın temelinde farklı varsayımlar yer almış; değişik yöntemler kullanılarak sınamaları

gerçekleştirilmiştir (Ersoy-Kart, 2011). Kaşlı'ya (2009) göre kişilik kuramlarını dört farklı yaklaşım açısından gruplamak mümkündür: (1) Psikanalitik Yaklaşım (psikodinamik), (2) Davranışçı Yaklaşım, (3) İnsancıl Yaklaşım ve (4) Ayırıcı Özellik Yaklaşımı. Ersoy-Kart (2011) bu dört yaklaşımın temel dayanaklarını şöyle özetlemektedir: Freud'un temsilcisi olduğu psiko-analitik yaklaşım, kişiliği bilinç, bilinç öncesi ve bilinçaltı olmak üzere üçe ayırmakta ve geliştirdiği yapısal kişilik modelini de *id*, *ego* ve *süperego* isimli ruhsal sistemlerin karmaşık etkileşimine dayandırmaktadır. Davranışçı yaklaşımda, bireylerin çevreleri ile olan ilişkilerinin ve davranışlarının dikkatli bir biçimde gözlemlenmesinin, kişiliğin gelişiminin temelini oluşturduğu savunulurken; İnsancıl yaklaşımda, davranış bireyin ve diğer insanların dünyayı nasıl algıladıkları ve düşündüklerine bağlı olarak şekillendiği düşünülür; insanların kişilik yapılarının dünyayı onların gözüyle görmekle anlaşılabileceğini ileri sürülür. Ayırıcı Özellik yaklaşımında ise bilinçaltını sorgulamadan önce gözle görünür güduları tam olarak anlamaya çalışmanın çok daha yerinde olacağı inancı hâkimdir. Birey kendi kişiliğinde baskın olan az sayıda özgün özelliklere sahiptir (merkezi özellikler); ancak bazen bir özellik diğerlerine göre daha başat hale dönüşebilir (temel özellik); bazı kişilik özellikleri ise sadece belli koşullarda ortaya çıkacaktır (ikincil özellikler).

Bu çalışmada Ayırıcı Özellikler Yaklaşımı kapsamında geliştirilmiş olan "Büyük Beş Kişilik Modeli" temel alınmıştır. İzleyen bölümde model, ayrıntılı biçimde ele alınmaktadır.

1.1.2. Beş Faktör Kişilik Modeli

Kişiliğin beş boyutta açıklanması 1960'lı yıllarda başlamış, 1980 ve 1990'larda hız kazanmıştır. 1980'lerin sonlarına doğru, kişilik psikologları kişilik alan yazınındaki karmaşık bulguların düzenlenmesi için anlamlı ve kullanışlı bir sınıflandırma sağlayabilen 'Beş Faktör Modeli'nin beş güçlü faktörü üzerinde genel bir anlaşmaya varmışlardır (Tomrukçu, 2008).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, beş-faktör kişilik modeli üzerinde uzlaşmaya varılması bu modelin, evrensel olmamasına rağmen, kişilik özellikleri yapısının anlamlı bir tanımı olarak yaygın kabul görmesini sağlamıştır ve yüzlerce araştırmayla da desteklenerek son yıllara damgasını vurmuştur (Çeribaş, 2007). Bu model önerilmiş pek çok kişilik yapılarını bütünleştirmiş ve genel bir kişilik tanımı oluşturmuştur. Buna göre, yetişkinlerin hem kendilerinin hem de başkalarının kişiliğini betimlerken beş temel boyut kullandıklarını ortaya çıkmıştır. Costa ve McCrae tarafından geliştirilen bu modeldeki boyutlar dışadönüklük, uzlaşılabilirlik, özdisiplin, duygusal denge, deneyime açıklık olarak isimlendirilmiştir (Ersoy-Kart, 2011). Model, çeşitli kişilik testlerinin ve ölçeklerinin kapsamlı bir faktör analizinden ve kişiliği tanımlamak için kullanılan sıfatların kapsamlı bir analizinden doğmuştur (Friedman ve Schustack, 1999). Anılan beş boyut şu şekilde özetlenebilir:

DIŞADÖNÜKLÜK BOYUTU: Bu boyutun özellikleri sıklıkla sosyal olma, sokulgan olma, hakkını savunma, iddialı olma, aktif ve konuşkan olma özellikleriyle birlikte düşünülmektedir (Demirkan, 2006:59). Dışadönük bireyler etkindirler,

sempatiktirler, hırslıdırlar ve heyecan arayan insanlardır. İçedönükler genellikle bu özellikleri göstermezler. İçedönükler; soğuk değil çekingen, izleyici değil bağımsız, uyuşuk değil ağır adımlı insanlardır.

UZLAŞILABİLİRLİK BOYUTU: Bu kişiler yardım sever, güvenilir ve şefkatlidir. Uzlaşılabilir olmayanlar ise düşmanca davranan, kuşkulu insanlardır. Uzlaşılabilir olanlar işbirliğini, rekabete tercih ederken diğerleri, çıkarları ve inançları için mücadeleyi göze alırlar. Gerçekten negatif düşünce üreten ve muhalif davranan insanlar bilişsel olarak güvensiz ve şüpheli, duygusal olarak katı ve sempatiden uzak; davranışsal olarak ise işbirliğine yanaşmayan inatçı ve kaba kişilerdir (Erkoç, 2008). Bu kişiler rekabete daha yatkındırlar. Fedakârlık yapmak onlara göre değildir.

NEVROTİKLİK BOYUTU: Nevrotik kişilerin duyguları karmaşıktır; kaygılı, depresif, sinirli, sıkılmış, duygusal, üzgün ve güvensiz olma eğilimindedirler. İnsanlarla ilişki kurmada ve bu ilişkileri sağlıklı bir biçimde sürdürmede zorlanmaktadır. Uzun süreli stres yaşamaktadırlar (Bruck ve Allen, 2003). Duygusal dengeli insanlar ise sakin ve hallerinden hoşnutturlar (Friedman ve Schustack, 1999). Uysaldırlar, kendilerine güvenleri yüksektir, olumlu duygular yaşamaya eğilimlidirler (McCrae ve John, 1992). Özetle, nevrotik kişiler, kendileri ve çevreleri hakkında olumsuz algılar geliştirmeye eğilimli iken duygusal dengeyi kurmuş olanlar; rahat, kendinden emin, sakin davranışlar sergileyen kişilerdir (Şengül, 2008).

ÖZDİSİPLİN BOYUTU: Özdisiplin boyutu ne kadar kontrol ve disiplin sahibi olduğumuzu gösterir. Özdisiplini yüksek olanlar; düzenli, kurallara uyan, kendini kontrol edebilen ve amaca ulaşmak için kararlı, oldukça sebatkar kişilerdir. Ancak aşırı özdisiplinlilerde rahatsız edici düzeyde titizlik, ayrıntıcılık, düzenlilik ihtiyacı kendini gösterebilir (Ergin, 2006). Özdisiplin sağlayamamış kişiler ise kendi standartlarını oluşturmakta zorlanırlar ve hayal kırıklığı karşısında çabuk pes etme eğilimi sergilerler (Erkoç, 2008).

DENEYİME AÇIKLIK BOYUTU: Deneyime açıklık; sanatı sevme, maceracılık, yaratıcılık, özgünlük, merak, duygulara açıklık, konuşkanlık, dışadönüklük, hayal gücü gibi özelliklerle tanımlanmaktadır (Şengül, 2008). Bu boyuttan düşük puan alanlar ise, bildik ve tanıdık bir hayatın dışına çıkmaktan hoşlanmayan, geleneksellik, tutuculuk, bildiğinden şaşmama gibi özellikler gösteren kişilerdir (Ergin, 2006).

Burger (2006), özdisiplini yüksek kişiler dikkatli, titiz ve güvenilir oldukları için işi baştan savma yapmayacaklarını; o nedenle de iyi bir çalışan olacaklarına dikkat çekmiştir. Schneieder ve Dachle (1978), çalışanların işleriyle ilgili hislerinin kişilik özelliklerinin sonucunda oluştuğunu bulmuşlardır. Staw (1986), kişilik özelliklerinin iş değerleri ve tutumlarını nasıl etkilediğine dair iki açıklama geliştirmiştir. Bunlardan birincisi hissi durumun kişilerin dünyayı nasıl gördüğünü ve böylece işe bakışlarını etkilediği, ikincisi ise farklı kişiliklerin farklı işlere yöneldiği şeklindedir (Kubat ve Kuruüzüm, 2010:492, 493).

1.2. İŞ STRESİ VE HEKİMLER

Stresi, tıbbi ve biyolojik olarak organizmanın hangi doğada olursa olsun bir uyarana, travmaya karşı geliştirdiği biyolojik reaksiyon olarak tanımlayabiliriz (Soyer, 1999:108). Bilişsel psikoloji ise “stres” kavramını birey ile çevrenin etkileşimi olarak ele alır (Soyer, 1999:108). Son yıllarda bütün kuram ya da yaklaşımların bir sentezi olarak değerlendirilebilecek biyo-davranışsal yaklaşımda; stres, organizmanın kendisi ve çevresi (içsel ve dışsal) arasındaki diyalektik ilişkiye bağlı olarak ortaya çıkar. Optimum düzeyde olduğu sürece gelişmeye ve değişmeye yardımcı, aşırı olduğunda ise bireyin tüm biyolojik ve psikolojik kaynaklarını tüketen bir durum olarak değerlendirilmektedir. Bu modelde, çevresel baskılar kategorisinde ele alınan değişkenler, bireyin tümüyle dışında olanı fiziksel koşullar, aile, işyeri gibi alanlarda ortaya çıkan yaşam olayları, çevresel, sosyal ve ekonomik baskılardır. İçsel baskılar ise yaşanan gerginliğin fizyolojik ve psikolojik belirtilerinin birey tarafından algılanışına bağlıdır (Silah, 2001:99).

Bazı insanların stres karşısındaki direnç düzeyleri diğer insanlardan daha düşük veya daha yüksek olabilir. Stresli olayların sıklığı işyeri koşulları ve bireyin kişiliğinin etkileşimiyle ilgilidir. Stresli olaylar bazı iş ortamında diğerlerine göre fazlayken, bazı insanlar tarafından diğerlerine kıyasla daha yoğun yaşanır (Silah, 2001:109).

Kişinin benzer stres ortamında geçmişte başarılı olması, strese kademeli olarak maruz kalması, olaylara iyimser bakabilmesi strese toleransı yükseltir. Stresli

durumlarda başarısızlığa uğrayanların, kişilik olarak A tipi kişilik yapısı olarak tanımlanan gruba girenlerin olaylara pesimistik tutumla bakanların ve batıl inançlara sahip olanların strese toleransı düşüktür. Araştırmalar A tipi kişilik ile stres olgusu arasında büyük bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu tip kişilik özelliğine sahip kişiler mümkün olan en kısa zamanda en çok iş yapma çabasında oldukları için aşırı hareketlilik gösterirler. Bütün bunlar A tipik kişilik özelliğine sahip kişilerin sürekli gerilim içinde olmalarına ve fizyolojik olarak tahribatlara neden olur. Çalışanın kişiliği yaptığı işe uygun ise başarısının arttığı gözlenirken kişilik ile iş uyumunun olmadığı durumlarda verimin düştüğü ve bireysel stresin arttığı saptanmıştır (Silah, 2001:111).

Maslach ve Jackson (1981) tarafından tükenmişlik sendromu; bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması biçiminde tanımlanmıştır. Kişinin bireysel yapısı, problemlerle başa çıkma yolları duygulanımlarını gösterme ve kontrol şekli kişiliğinin tüm yönlerinin tükenmişlik için önemi vardır.

Tükenmişliğe eğilimi olan kişiler insanlarla ilgilenmede zayıf ve girişken olmayan, sessiz, kaygılı, yardım ilişkisinde zorlukları olan, ilişkilerinde sınırları koruyamayan insanlardır. Böyle insanlar sıklıkla içinde buldukları durumu kontrol edemezler ve pasif bir şekilde boyun eğler. Tükenmişliğe eğilimi olan kişiler ayrıca sabırsız ve toleransı olmayan kişilerdir. Önüne çıkan engellerde çabuk kızar ve hayal kırıklığı yaşarlar. Düşmanca duygularını yardım alana da yansıtabilir ve onlara daha

duyarsız yaklaşabilirler. Bu kişiler kendi değer duygusunu diğer insanların onaylarını olarak gerçekleştirmeye çalışır. Bu uzlaşmacı tutum sıklıkla takdir edilir. Ama zorluklar karşısında bu kişilerin cesaretleri kolayca yıkılır (Dolu, 1997:13).

Selder ve Paustian (1989), “ideal bakım veren” kişilikten bahsetmişlerdir. İdeal bakım veren kişilik; her zaman sıkı çalışmalı, herkes için her şey olmalı, her zaman yardım etmeyi denemeli, asla yanlış yapmamalı, diğerleri için kendi ihtiyaçlarını arka plana itebilmelidir. Kişinin yüklendiklerini gerçekleştirememesi ise tükenmişliği doğurur (Akt; Dolu, 1997:13).

Wessells (1989), kişinin kendinden ve işinden gerçek dışı beklentilerinin olması ve mükemmeliyetçi olmasının ve iş başarısı tanımının bu beklentiler doğrultusunda yapılmasının risk olduğunu bildirmiştir. İşten beklentinin yüksek olması hem yardım verene, hem yardım alana zarar verir (Akt; Dolu, 1997:13).

Birçok değişken iş stresine karşı bireysel incinebilirliği etkileyebilir. Kişilik yapısı, aile yaşantısı, yaşam evreleri, sosyal destek sistemleri stres yanıtını etkileyen en önemli etkenler arasındadır. Agresif, başarı yönelimli kişilikte olan bireylerdeki artmış koroner kalp hastalığı yatkınlığı buna bir örnektir. Kişilik özellikleri aynı zamanda çalışanların iş birliği yapma ve üretken olma yeterliliğini de etkileyebilir (Günçikan, 1997:32).

Psiko-analitik kuramcılar, işi kimlik kazanmanın temel kaynağı olarak görmektedirler. Lazarus (1990), işin psikolojik açıdan önemli bir işlevini sorunlara, yalnızlığa, depresyona karşı bir cennet, sığınak ve başa çıkma yolu olmak şeklinde kavramlaştırmıştır. Ancak tam tersine çalışma ortamı bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığı ve güvenliği açısından olumsuz bir risk faktörüne de dönüşebilir. Bu gerçeği Albert Camus (1929) “*iş olmadan yaşam berbattır, fakat ruhsuz bir işte de yaşam boğulur ve ölür*” şeklinde dile getirmiştir. Üstelik Gardell ve arkadaşları (1991), iş ortamında deneyimsizliğin, özgürlük kaybının, edilgenliğin, sosyal izolasyonun ve yabancılaşmanın sadece psikolojik ve fizyolojik işlevlerde değil, hiç beklenmeyen alanlarda da bireyi etkileyebileceğine işaret etmişlerdir. Örneğin insanları pasif kalmaya zorlayan bir iş, yaşamın diğer alanlarına da yansımakta; kişi yaşamın diğer yönlerinde de edilgen olmaya devam etmektedir (Soyer, 1999:108).

Son yıllarda iş stresi konusunda yapılan araştırmalarda, iş yerinde yaşanan stres ile beden ve ruh sağlığı, verimlilik ve iş tatmini arasındaki ilişki sıklıkla vurgulanmaktadır. Bireyin yaptığı işe karşı genel tutumu olan iş tatmini iş yerindeki fiziksel (gürültü düzeyi, havalandırma miktarı, ışıklandırma durumu, kalabalık vb.), bireysel (sorumluluk düzeyi vb.), kişilerarası (amirler ve meslektaşlar ile ilişkiler) ve kurumsal faktörlere (belirsizlik, idari politikalar, çok ya da az sayıda yapılandırılmışlık) göre farklılaşabilir. İş tatminindeki azalmaya olumsuz yaşam olayları veya gündelik sıkıntılar eşlik ettiğinde, bireyin gerginlik, öfke, kaygı, depresyon ve yorgunluk gibi öznel duygulanımlar yaşaması kaçınılmaz hale gelebilmektedir. Üstelik bu duygulanımların soğuk algınlıklarında artış, allerjik reaksiyonlar, mide-bağırsak rahatsızlıkları ile ilişkili olduğu da bilinmektedir

(Batıgün ve Şahin, 2006:32). Kuşkusuz, kişilik özellikleri de iş tatmini miktarını belirlemede önemli bir değişken olacaktır.

Levi (1984) iş stresinin analizi için mutlaka ele alınması gereken dört faktörden söz etmiştir. Bunlar *iş yükünün niceliği, niteliği, kontrol eksikliği ve sosyal destek eksikliği*dir. Cooper ve Marshall (1987), bu dört faktöre, iş ortamının tehlikeli olup olmaması yanısıra fiziksel koşullarını, çelişki ve çatışmaları içine alan bir örgütlenme şekli ve mesleki alanda gelişmeyi de etkilemişlerdir (Akt; Soyer, 1999:109). Soyer (1999), bu faktörlere işteki ilişkiler, örgütsel yapı ve iş ortamının atmosferinin de etkilenebileceğini bildirmişlerdir.

Bilindiği gibi, hekimlik mesleği insanlarla yüz yüze iletişimin yoğun olduğu iş alanlarından biridir. Öyle ki hekimler belki de en çok tükenmişlik sendromuna tutulan meslek mensuplarıdır. Tükenmişlik konusunda çalışmalara öncülük eden Maslach tükenmişliği; “yorucu ve problemlili insanlar ile yoğun şekilde ilgilenenlerin gösterdikleri zorlanma tepkisi” olarak tanımlamış ve hizmet verilen bireyleri merkeze alan yönetimin, bu işleri yapanların kişilik özelliklerinin ve işi yaparken duygusal yoğunluğun fazla olmasının belirleyici olduğunu ifade etmiştir. Gerçekten hekimler büyük bir umut ve enerjiyle ve çoğu kez gerçekçilikten uzak mesleki beklentilerle (örneğin iyi para kazanmak, acı ve kaybı bertaraf etmek) göreve başlamaktadır. Bu beklentiler, uzun ve yorucu iş saatlerine, gereksiz yüklerle, uykusuzluğa, gergin çalışma ortamlarına, kendi yaşamının diğer yönlerine daha az zaman ayırmaya yol açar. Bir süre sonra beklentilerinin gerçekleşmediğini gören hekim için gelir azlığı, uzun ve yıpratıcı çalışma saatleri, yaşamın değer boyutlarının

engellenmesi bir yıkım kaynağı olmaya başlar. Kişi ilk heyecan ve coşkusunu kaybeder ve durağanlaşır. Krakowski (1982), hekimlerde iş stresi yaratan unsurların uyumsuz ya da dirençli hastalar, tedaviye cevap vermeyen ya da ölümlü sonuçlanan vakalar, hemşire ve diğer çalışanlar ile kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar ve aşırı evrak yükü olarak tanımlanabileceğini ifade etmiştir. Araştırmacı diğer bir çalışmada; stresin özellikle klinik yeterliliği idame ettirme, öfkeli hastalardan kendilerine ya da ailelerine yönelecek şiddet ve yanlış tedavi ile ilgili endişelerin özellikle eğitimlilerinin son yılındaki doktorlarda belirgin olduğunu bildirmişlerdir. (Akt; Linn ve ark., 1985:2775)

Linn ve arkadaşları da (1985), stres faktörlerini klinik yeterlilik ve kişilerarası ilişkiler, pratisyen hekimliğin gerçekleri ile yüzleşmek (hekimin beklentilerinin pratik uygulamalardaki güçlüklerle bağdaşmaması), gelecek kaygısı, zaman baskısı ve hastaların güçlükleri ile baş etmek olarak kategorize etmişlerdir.

Kocabaşoğlu ve arkadaşları (2001), asistan hekimlerin, mesleki yaşantısını etkileyebilecek içsel ve dışsal faktörleri incelemişlerdir. Kaynakların yetersizliği, yıllarca süren eğitim, zorlu sınavlar, yabancı dil sorunu, yenilikleri takip etmede çeşitli güçlükler, düşük ücret, iş güvenliği, çalışma ortamı ve koşullarının zorluğu, çok fazla çalışma, çok emek isteyen iş, rutin tıbbi işlemler, uzman olduktan sonra nerede çalışacaklarının belirsiz oluşunun ön plana çıktığına işaret etmişlerdir.

Karlıdağ ve arkadaşları (2000), hekimlerde tükenmişliğin önlenmesi için bireylerin bu mesleğe isteyerek yönelmeleri, severek yapmaları, ek iş yapmalarına

gerek olmaması, mesleki bilgi ve becerilerini artırıcı ve günlük çalışma saatlerini 8 saat ile sınırlandıran politikaların geliştirilmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

Bilindiği gibi hızlı bir teknolojik gelişim ve sosyal değişim içerisinde bulunmak günümüzde personel yönetimine olan ilgiyi arttırmış, sağlıklı insan ilişkileri, güdüleme süreçleri de giderek önem kazanmıştır. Pek çok örgüt için insan gücü en önemli üretim unsurudur. Özellikle emek yoğun teknolojiye sahip örgütler için bu unsur çok önemlidir. Hastaneler toplumun gereksindiği sağlık hizmetlerini karşılamak amacıyla faaliyet gösteren emek yoğun teknolojiye sahip örgütlerdir. Bu bağlamda denilebilir ki hastanenin başarı ya da başarısızlığı personeline bağlıdır. Sağlık hizmetlerinde en önemli üretim unsuru sağlık personeli olduğuna göre, personeli esas alan bir yönetim sistemi oluşturmak sağlık hizmetlerini başarıya ulaştıracak en önemli faktörlerden birisidir. Yöneticiler verimlilik stratejilerini belirlerken çalışanları etkileyen tüm çevreyi göz önünde bulundurmalarıdır.

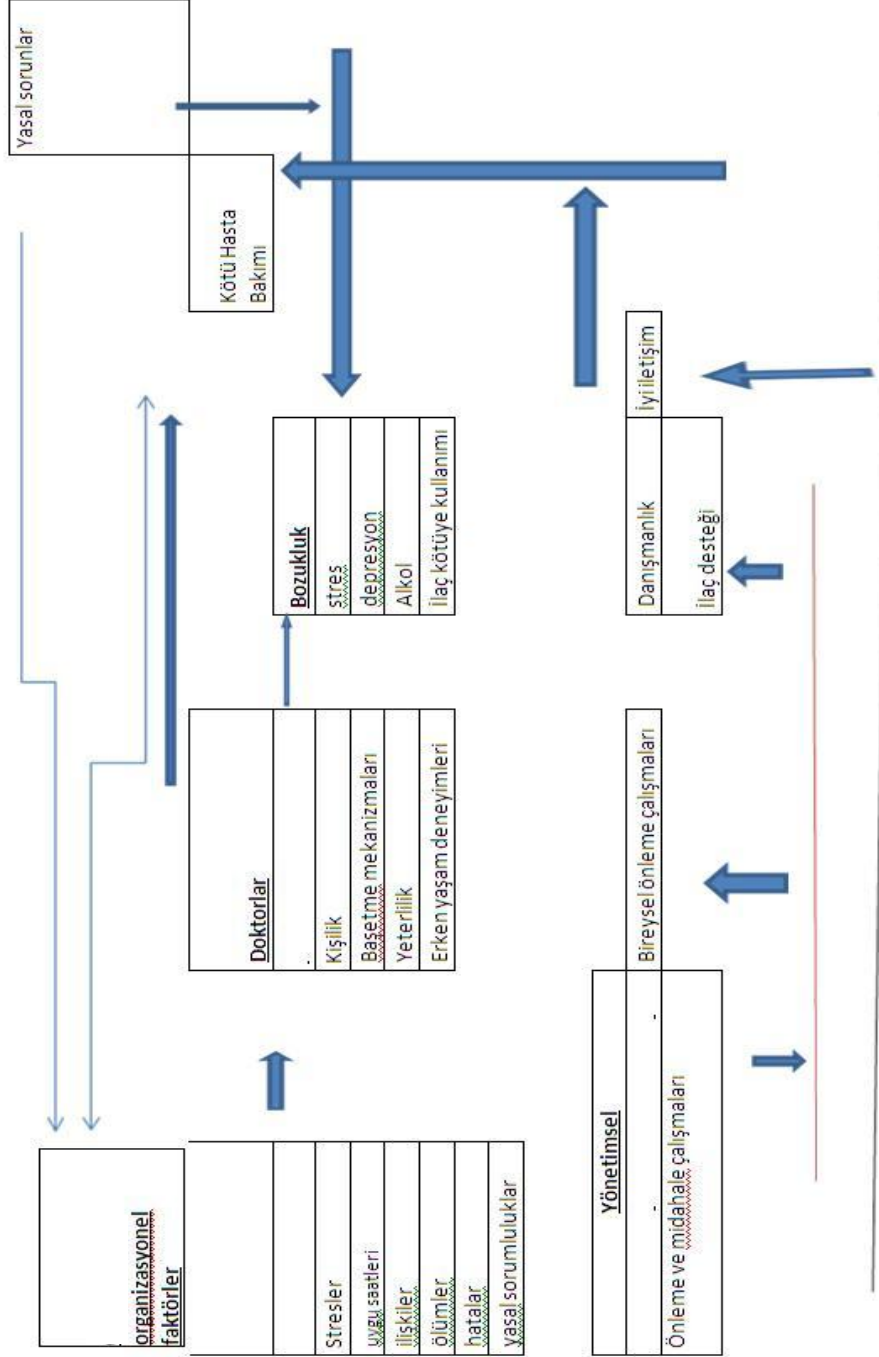
Özer ve Bakır (2003), güdülenme yönünden önemli etmenlerden biri ücret, saygınlık, emniyetli iş koşulları, yönetim uygulamaları, yan ödemeler, kişilerarası ilişkileri kapsayan hijyen etmenlerdir. Hijyen etmenlerinin yetersiz olması durumunda çalışanlar doyumsuzluk yaşarlar; ancak bunların yeterli olması kişinin doyumu ile sonuçlanmaz sadece doyumsuzluk duygusunu ortadan kaldırır (Özer ve Bakır, 2003:118).

Ergonomik iş düzenlemesi insanı olumsuz yönde etkileyen iş özelliklerinin bilinmesi ve bunların azaltılması ya da kontrol edilmesi ile sağlanabilir. Bu nedenle

iş sisteminde iş gücüne neden olan değişkenlerin belirlenmesi sorununun çözümü için önemli olmaktadır. Böylece sorunun kaynakları belirlenecek ve çözüm kolaylaşacaktır. İnsan faktörünün iş sisteminin diğer kaynakları gibi yalnızca üretim faktörü olmadığı çağdaş yöneticiler tarafından ayırım sanmıştır. Örgütsel etkinliğin ön koşulu olarak insanın mutluluğu temel alınmıştır. İş sisteminde insanın normal performansla çalışmasını engelleyen fiziksel ve zihinsel yüklenmelere neden olan iş gücü faktörünün belirlenmesi, bunların azaltılması ya da kontrol altına alınması gereklidir (Kurt ve ark., 1997: 2).

Cozens (2001), tıbbi kazaların önemli bir bölümü stres ve diğer psikolojik bozukluklarla ilgili olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada doktorlarda alkol tüketiminin, stres ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu ve bunun hasta bakımını etkilediğini bildirmiştir. Bunun sebeplerinin gözden geçirilmesi suretiyle stresin bireysel ve örgütsel nedenleri ile mücadele etmek üzere bir model önerisi geliştirilmiştir (Cozens, 2001:218). Bu model şekil 1-1 de özetlenmiştir.

Şekil.1.1. Strese Sebep Olan Bireysel ve Örgütsel Faktörleri Göstermektedir.



(Cozens, 2001:219)

1.3. DEPRESYON VE HEKİM

Amerikan Sınıflandırma Sistemi DSMIV'e göre depresyon için tanı kriterleri Tablo.1.1. deki gibidir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994:327)

Tablo.1.1. Depresyon Tanı Kriterleri

<p>A- İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte şu semptomlardan en az birinin olması gerekir:</p> <ol style="list-style-type: none">1. <i>Depresif duygu durumu</i>2. <i>İlgi kaybı ya da artık zevk alamama</i>
<p style="text-align: center;">Ayrıca aşağıdaki semptomların beş ya da daha fazlasının olması;</p> <ol style="list-style-type: none">1. Depresif duygu durum2. İlgi ya da haz almada kayıp3. Uykusuzluk ya da aşırı uyku4. Psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama5. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da alımının olması6. Yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybı7. Değersizlik ya da uygun olmayan suçluluk duyguları8. Düşünme ya da düşüncelerini belli konuda yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık9. Yineleyen ölüm ya da özkıyım düşünceleri

B- Bu semptomlar bir mixt epizodun (atağın) (mani ve depresif belirtilerin birlikte olduğu) tanı kriterlerini karşılamamaktadır.
C- Bu semptomlar klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.
D- Bu semptomlar bir madde kullanımının (Örneğin kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
E- Bu semptomlar yas ile açıklanamaz yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra 2 aydan uzun sürer, ya da bu semptomlar belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşp durma intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor reterdasyonla birlikte dir.

Depresyon oluşum nedenlerine ilişkin yoğun araştırmalara karşı, bu hastalığın tam nedeni henüz bilinmemektedir. Ebert ve arkadaşları (2003), genetik, biyokimyasal, psikodinamik ve psikososyal etkenlerin birlikte rol oynadığı hususunda genel bir uzlaşp olduğu na değinmektedirler (Akt; Birsöz ve Kahraman, 2003:290). Çevresel stres etkenleri ile bağlantılı olan depresyonlar “reaktif depresyon” olarak adlandırılmaktadır (Yüksel, 2005:205). Aslında iş stresi ile gelişen de reaktif depresyondur. Şüphesiz depresyonun gelişmesinde pek çok risk etkenleri vardır ki kişilik özellikleri de risk faktörleri arasındadır. Bu bağlamda düşünülduğünde, bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişilerarası ilişkilerinde güçlük yaratan nevrotik, bağımlı obsesif, içe dönük, kendine güveni olmayan, kaygılı ve karamsar kişilik özellikleri temelinde depresyonun daha çok gelişmekte olduğu bildirilmektedir (Ünal ve Özcan, 2000:42).

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası raporlarına göre toplumda yaygın görülen ve yeti yitimine yol açan bir ruhsal bozukluk olan depresyonun yaygınlığının daha da artacağı, kalp damar hastalıklarından sonra en yaygın görülen ikinci hastalık olacağı öngörülmektedir. O halde, depresyonun yaygınlaşması ve kalıcı sonuçlar doğurmasına neden olan dinamik etkenleri anlamının gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Ayrıca depresyonu engelleyen hususların keşfedilmesi de önem kazanmaktadır. Birçok araştırmada sınınan değişkenler arasında kadın olmak, eğitim düzeyinin düşüklüğü, olumsuz yaşam olaylarının varlığı, işsizlik, ekonomik düzeyin düşüklüğü yer almaktadır. Olumsuz yaşam olayları; erken çocukluk travmaları, yakın ilişki sorunları, cinsiyet rolleri, bireyin psiko-seksüel gelişim süreçleri kadar toplumsal süreçler tarafından belirlenen değişkenlerdir. Bireyin kişilik özelliklerinden sosyal destek düzeyine toplumsal ağ geliştirme yetisinden stresle başa çıkma becerisine varan birçok değişkende toplumsal süreçlerle etkileşim halindedir (Kaya, 2006:16).

Depresyon yaygınlığının artışına katkıda bulunan etkenler ile ilgili çalışmalar arasında depresyon ve çalışma ilişkisini belirlemek için sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmalar vardır. Bu alanda yapılan çalışmalar psikolojik stres, ağır iş yükü, şiddet riski, yönetim yetersizliği, eğitim ve kaynak yetersizliği, iş üzerindeki kontrolün düşük olması, iş doyumunun düşüklüğü ile bağlantılı olarak ruhsal sorunların arttığını göstermiştir (Kaya, 2006:16). İngiltere’de sağlığın toplumsal belirleyicilerini saptama amacıyla yapılan Whitehall çalışmasının ikinci aşaması daha çok iş kaynaklı psikososyal etmenlere odaklanmıştır. Bu çalışma 35-55 yaş arası 10308 kamu çalışanı arasında yürütülmüş ve sonuçlar ulusal sağlık

çalışanlarının ¼' ünde iş stresine bağlı ruh sağlığı sorunları olduğunu göstermiştir. Özellikle İngiltere'de kamu sağlık sisteminin özelleştirmeler nedeniyle küçüldüğü ve çalışanların olası işten atılma stresi ile karşı karşıya olduğu bir dönemde yapılan araştırmalarda, işteki sosyal desteğin ve karar verme serbestliğinin düşüklüğü, işe ilişkin zorunlulukların fazlalığı ve ödül çaba dengesizliği ile psikiyatrik bozukluk artışı ilişkili bulunmuştur (Kaya, 2006:16). Bir vaka-kontrol çalışmasında iş yerindeki stres kaynakları kadar, iş dışındaki olumsuzlukların ve kişilik özelliklerinin de önemli olduğu saptanmış, bunun dışında iş stresi, rol karmaşası, iş yükünde artış, yöneticilerle sorun yaşama, iş ile ilgili içsel ödüllerin kaybı gibi değişkenleri de içeren etmenler depresif bozuklukla ilgili bulunmuştur (Kaya, 2006:16).

Farklı ülkelerde yürütülmüş araştırmalarda, hekimler ve tıp fakültesi öğrencileri arasında depresyonun öncelikli sağlık sorunları arasında yer aldığı görülmüştür. Bu tür sorunların ortaya çıkmasında kişisel özelliklerin yanı sıra eğitim ve iş yaşamıyla ilgili nedenler de ön plana çıkmıştır. Hekimlerde depresyonun varlığı, verdikleri hizmetin niteliğini olumsuz olarak etkilemekte ve iş yaşamında ciddi sorunlara yol açmaktadır. Hekimler arasında yapılan araştırmalar kadın olmanın ve uzmanlıkta ilk yılda bulunmanın depresyon riskini artıran önemli iki etken olduğunu ortaya koymuştur (Demir ve ark., 2007:32).

Kadın hekimlerin erkek hekimlere göre hastaların duygusal tepkilerine daha duyarlı olması, daha fazla empati kurmaları kadın hekimleri yüksek riskli bir grup olarak belirlemektedir. Ayrıca rol model yokluğu, toplumsal cinsiyet rolleri, cinsiyet ayrımcılığı, kadının hem iş yaşamı hem de eş ve anne olma sorumluluğu ile baş

etmek zorunda kalması, erkek meslektaşları tarafından kararlara katılımda bilerek ya da bilmeyerek görmezden gelinmesi gibi pek çok etken kadın hekimlerin psikiyatrik hastalıklar açısından risk grubu haline getirmektedir. Depresyon ve kaygı açısından zorlayıcı olabilecek kişilik özellikleri de bu çalışmada incelenmiş; özellikle nörotizimin daha kıdemsiz hekimlerde stres, anksiyete (kaygı) ve depresyon için yatkınlık yarattığı bildirilmiştir (Demir ve ark., 2007:32).

Buğdaycı ve arkadaşları (2007), hekimlerin meslek yaşamının ilk yıllarında daha yüksek olan depresyon sıklığının, ilerleyen dönemlerde giderek azaldığını bulmuşlardır. Hatta mezuniyetten sonraki ilk yılda bu sıklığın % 31'e kadar yükseldiği bildirilmiştir. Bu araştırmada çalışma süresi 10 yılın üzerinde olanlarda depresyonun daha az olduğu görülmektedir. Mesleğe adaptasyon, deneyim kazanma ve kendine güvenin artması gibi nedenler depresyon sıklığındaki bu azalmayı açıklayabilir. Bu çalışmada pratisyen hekimlerde depresyon sıklığı uzmanlara göre üç kat daha fazla bulunmuştur. Uzman hekimler ile ilgili bu tespitin çalışma özerkliği, gelir, bağımsız karar verebilme gibi maddi ve manevi doyum kaynaklarının yüksek olması ile açıklanmıştır. Yalnızlık en önemli stres etkenlerinden birisidir. Evli olmayanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü ve şiddetli geliştiği görülmektedir.

Robinson (2003), tarafından kadın doktorlardaki stresörlerin gözden geçirildiği bir çalışmada, bu grupta depresyon oranlarının genel evrendeki kadınlardan fazla olmadığı görülmüştür. Ancak intihar ve boşanma oranları daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Robinson, 2003:180).

Welner ve arkadaşları (1979), ise çalışmalarında kadın doktorlarda hem depresyon oranlarının hem de intihar eğiliminin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu bulguyu açıklayabilmek için hekimliği seçenlerdeki eğilimlere atıf yapılabileceğini düşünmüşler ve bunun belli bazı kişilik özellikleriyle (obsesif kompulsif kişilik gibi) ilgili olabileceğini bildirmişlerdir. Hatta bu doktorların, aile üyelerinde ciddi medikal ya da zihinsel hastalık olmasının bile tıp fakültesine girmeleri için baskı yaratması da muhtemel bulunmuştur. (Welner ve ark., 1979:169).

Alan yazın incelendiğinde, ilginç bir durum ortaya çıkmaktadır. Depresyonun yanı sıra ek tanı olarak kişilik bozukluğu da bulunduğu tedaviye cevap ve hastalığın gidişi (prognozu) de etkilenmektedir. Bu durumda, distimi (kronik depresyon) hastalarının ek olarak kişilik bozukluğuna sahip olması muhtemeldir. Bir kişilik bozukluğunun eşlik ettiği depresyon, daha anksiyöz ve depresif bir tablo demektir (Sanderson ve ark; 1992).

Cozens (2001), doktorlarda başlıca psikolojik problemin depresyon ve alkolizm olduğunu bildirmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda doktorların depresyon nedeni ile hastaneye yatış oranları % 21-64 arasında olduğu bulunmuştur. Çalışan doktorlarda yapılan araştırmalar özellikle mezuniyetin ilk yıllarında bu oranı % 30 olarak tespit etmiştir. Bu oran zamanla % 20'nin altına düşmektedir. Alkol kullanım sıklığı ile genel objektif ölçümler (sirozdan ölüm, alkole bağlı problemler ile yatışlar) arasındaki ilişki azımsanamayacak büyüklüktedir. Üstelik hekimlerin karar almada güçlük yaşamasının ve bellek problemleri, konsantrasyon ve seçici dikkatte sorunlar

deneyimlemesinin hasta bakımını negatif yönde etkileyeceği açıktır. Depresif semptomları olan asistan hekimlerin daha yüksek oranlarda tükenmişlik riski ve performans düşüklüğü yaşadıkları bulgusu da şaşırtıcı değildir (Becker ve ark. 2006:1444).

Hsu ve Marshall (1987) da, tıp fakültesi son sınıf öğrencileri ve asistanlar arasında yaptıkları çalışmada yüksek depresyon düzeyleri tespit etmişlerdir. Kadınlarda ve mezuniyetin ilk yıllarında depresyonun daha yüksek oranlara eriştiği bulunmuştur.

İntihar riskini öngören faktörleri araştırmak üzere yapılan bir çalışmada iş yükünün önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Ayrıca kişilik faktörleri, cinsiyet, sosyal destek ve yaşam olayları da yordamaya anlamlı katkı yapan diğer değişkenlerdir. İntihar fikri depresyon ve anksiyete (kaygı) ile yakın ilişkidir. Bu çalışmada “nevrotikliğin” intihar fikri ile ilişkili kişilik faktörü olduğu da belirlenmiştir. (Tyssen ve ark; 2001:70)

Yine de araştırmalar hekimlerde emosyonel sorunlar ve madde kötüye kullanımı gibi nedenlerle psikiyatriye başvuru oranlarının düşük olduğuna işaret etmektedir. Belki de “süper insan”, “güçlü ve çok çalışkan kişi” imajı, hekimlerin gözünde bu hastalıklarla ve psikiyatriye başvuru gereksinimiyle çatışmaktadır. Borenstein (1985), hekimlerin kendilerinin deneyimledikleri psikiyatrik hastalıkların önlenmesi ve tedavisi sürecinde kendi camialarından meslektaşlarıyla iletişime geçmenin önemli bir yol olabileceğine de dikkat çekmektedir. Kuşkusuz depresyon,

diğer hastalarda olduğu gibi doktorlarda da yaygın ümitsizlik korku ve belirsizlik hislerine yol açar. Olağan baş etme mekanizmalarının yetersizliğinin farkına varmak suçluluk hisleri ve kaygıya neden olur. Gerçeği değerlendirmede yetersizlik, sorumlulukları yerine getirme ve başarıda düşmeye neden olur. İntihar düşüncesi bazen açık olurken, bazen de sıkıntı yaşarken akılda bulundurulmuş bir soluk alma yoludur (Bittker, 1976:1715). Doktorların yardım arayışı günlük yaşamdaki kapasiteleri tehlikeye girdiği zaman olur. Yardım almadaki isteksizlik, psikiyatrik hasta olarak damgalanma şeklindeki korkular ile büyür. Bununla birlikte depresyondaki doktor birkaç anahtar konudaki gereksinimi ile yüzleştiiği zaman tedaviye başvurur. Bu kapsamda değerlendirildiğinde, hekimlerin depresyonu kabullenme ve tedaviye yönelme hususunda teşvik edilmesi ve bir dizi tedbirin alınmasında fayda var gibi görünmektedir. Çalışma saatlerinin haftada 70 saatten fazla olmamasının desteklenmesi, duygularını düzenleme ve başkalarını etkin dinleme konusunda yönlendirilmesi, hekimlerdeki depresyonun anlaşılması ve önlenmesi konusunda danışmanlar görevlendirilmesi bunlara örnek olabilir. Öyle ki Bittker (1976), bu danışmanların aynı zamanda duygusal zorlanma yaşayan doktorlara ilk desteği sunacak kişiler olmasını önermiştir.

Borenstein (1985), hekimlerin görece daha entelektüel ve daha yetenekli olduklarını; rekabetçi özellikler taşıdıklarını vurgulamıştır. Ancak buna rağmen depresyon ve kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama ihtimallerinin yüksek olduğuna işaret etmiştir. Gerçekten hekimlerin pek çok özelliği depresyon için risk faktörü oluşturabilir. Örneğin “başarı gereksinimi” ile hekimlerin bazı psikiyatrik sorunları arasındaki ilişki Bisel ve Jones’in (1976), çalışmasında gösterilmiştir. 98 Alkol

bağımlısı doktor üzerinde yapılan araştırmada, başarı sorumluluğunun obsesif kişilikle bütünleştiği bulunmuştur. Bu kişilik özelliğinin otoriter ve sınırlayıcı ebeveyn tarafından yetiştirilen bireylerde daha başat olduğuna ilişkin bulgular ışığında, tıpkı çocukken ebeveyninin isteklerini yerine getirdiğinde duyumsadığı özgüveni arar gibi takıntılı biçimde çalışan hekimler kaçınılmaz biçimde depresyona gireceklerdir. Doktorların sosyal rolü de bu aşırı başarıyı destekler, çünkü tıp fakültesini kazanmış ve bitirmiş birisinin “tembel” olma şansı yoktur. Mükemmel özelliklerle donanmış olduğuna dair hatalı benlik kavramı hekimlerin incinen duygu dünyalarıyla yüzleşmelerinin önüne konan belki de en güçlü engeldir. O kadar ki yardım aramak ve almak, suçluluk duygusu yaratabilir. Bittker (1976), hastaların gereksinimlerini karşılayıp onları iyileştirmeye odaklanarak hekimin kendi sorunlarından kaçması mümkün olabilmektedir. Bu bağlamda hekim, ailesi ve arkadaşlarıyla ilişkilere veya hoşuna giden etkinliklere daha az zaman ayırıp, profesyonel yaşamın zorlukları içinde boğulabilir.

Kendler ve arkadaşları (2006), nevroklik ile major depresyona girme riski arasında anlamlı korelasyon bulmuşlardır. Buna karşılık dışadönüklük ve major depresyon arasındaki ilişki zayıf ve negatiftir. Major depresyon için içedönüklük ise önemli bir işarettir. Pek çok araştırma nevroklikliğin ve benzeri özelliklerin gelecekteki ataklar konusunda gösterge olabileceğini bildirmiştir. Dışadönüklük ise bu ataklar ile ilişkili değildir.

1.4. KİŞİLİK BOZUKLUKLARI-KİŞİLİK VE HEKİMLER

Amerikan sınıflandırma sistemi DSMIV, kişilik bozuklarını üç kümeye ayırarak incelemektedir ve bu sınıflama Tablo.1.2.'de sunulmuştur (Yüksel, 2006:351).:

Tablo.1.2: Kişilik Bozuklukları Sınıflandırılması

A	Paranoid Kişilik Bozukluğu, Şizoid Kişilik Bozukluğu, Şizotipal Kişilik kümesi: Bozukluğu.
B	Histrionik Kişilik Bozukluğu, Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Narsisistik kümesi: Kişilik Bozukluğu, Sınır (Boderline) Kişilik Bozukluğu.
C	Çekingen Kişilik Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu, kümesi: Bağımlı Kişilik Bozukluğu, Başka Türü Adlandırılmayan Kişilik Bozuklukları.

Paranoid Kişilik Bozukluğu: Bu kişilik bozukluğunun temel özelliği; yaygın bir şekilde diğerlerinden şüphe etmek, onlara güvenmemek ve kötü niyetli olduklarını düşünmektir. Birey hiçbir kanıt olmadığı halde diğerlerinin kendisini kullandıklarını, kendisine zarar vereceklerini ve kendisini aldatacaklarını önceden kabul etmektedir. Arkadaşlarının ya da beraber oldukları kişilerin güvenilirliklerinden yersiz ve sürekli bir biçimde şüphe etmektedirler. Bir gün kendilerine karşı ve kötü bir maksatla kullanılabileceğini düşündüklerinden başkalarına yaklaşımdan, açılmaktan

kaçınırlar. Kendileri için özel bir anlam taşımadığı ve karşıt olmadığı halde bazı olaylara, bazı sözlere karşı küçültücü ve aşağılayıcı anlamlar yüklerler (Arkonaç, 1996:310). Bu olgular düşmanca, inatçı ve savunucudurlar. İnsanlardan çok cansız nesnelere ilgilidirler (Yüksel, 2003:353). Tipik olarak kendileri için tedavi arayışında değillerdir; aile bireyleri ya da işverenler tarafından tedavi için yönlendirilir (Ebert ve ark.:2003:468).

Şizoid Kişilik Bozukluğu: DSMIV'e göre temel nitelikleri sosyal ilişkilere karşı sürekli isteksizlik, duygusal yaşantı ve ifadelerde kısıtlılıktır. İş başarısı kişilerarası ilişkilere göre iyidir. Sosyal ilişkilere ilgisizlik gösterir. Bu açıdan becerileri kısıtlıdır. Aile bireyleri dahil, yakın ilişkileri istemezler. Yalnız kalmayı tercih ederler. Övgü ve eleştirilere de duyarız kalırlar. Öfke ve saldırganlıklarını ifade edemezler. İşlevsellik önemli derecede etkilenir (Yüksel, 2003:354).

Şizotipal Kişilik Bozukluğu: Toplumda ve kişilerarası ilişkilerde yaygın ve kapsamlı bir eksikliğin görülmesi; sıkıntı, huzursuzluk, bilişsel ve algısal çarpıklıklar, davranış gariplikleriyle erken ergenlik döneminde başlayan bir bozukluktur. Bu bireylerin batıl itikatları, akıl okuma ve sihirli düşünceler gibi paranormal görüngüler ile ileri derecede meşgul olmaları sık görülür (Arkonaç, 1996:310). Konuşmaları olağandışı ya da kendilerine özgüdür. Kişilerarası ilişkileri fakirdir. Arkadaşları olsa bile az sayıdadır (Kaplan ve Sadock, 1988:435).

Histrionik Kişilik Bozukluğu: Histerik kişilik, durumla orantısız olarak teatral davranışları olan insanlardır. Çabucak heyecana kapılırlar, insanlarla ilişkilerinde

tutarsızdırlar. İyimserlikleri bir süre sonra kötümserliğe dönüşebilir. Topluluk önünde yapmacık davranışlarda bulunur, rol yapma, yalan uydurma sık başvurduğu davranışlardır. Özsever, benmerkezci, kolayca incinebilir ve telkine uygun kişilerdir (Sayıl, 1996:273).

Narsisistik Kişilik Bozukluğu: Temel özellikler, başkaları tarafından yapılan değerlendirmelere aşırı duyarlılık ve empati yoksunluğudur. Bireysel önemlerini aşırı bir biçimde abartırlar. Depresyon; süreğen ve yoğun imrenme biçiminde yaşanır. Sınırsız güç ve sevgi üzerine kafa yorurlar. Eşi bulunmaz olduklarına inanırlar. Eleştiriye öfke, utanma ve aşağılanma duygusu ile yanıt verirler. İnsanları kendi çıkarları için kullanır, kandırır ve sömürürler. Arkadaşlıklarını bireysel yarar açısından değerlendirirler. Sınırsız başarı fantezileri vardır. Benlik saygıları çabuk incinir. Kişilerarası ilişkileri genellikle bozuktur (Yüksel, 2003:355). Bu kişiler aslında yüzeydeki görkemli görünüm altında, boşluk içinde kalmış yetersiz ve bağımlı kişilerdir. Hayranlık uyandıracak ve ilgi çekecek biçimde dışarıya vurdukları üstünlük duyguları yanında aşağılık duygularını görmezden gelirler. Abartılmış kendilik duygusunun korunması için çeşitli girişimleri olur. Örneğin ona hiç bir şey olmaz; yaralanmaz, hastalanmaz ya da sürekli sahte bir iyimserlik içindedir (Sayıl, 1996:274).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu: Sürekli olarak yasal problemler ve antisosyal davranışlar gösteren bireylerdir. Bu bozuklukta iş performansı düşüktür, akademik yetersizlik, dürtüsellik gösterirler. Bunların dışında subjektif disfori, gerginlik, depresyon sıkıntıyı tolere edememe söz konusudur. Bir işte uzun süre kalamaz, uzun

vadeli planlar yapamazlar. Genellikle sabit adresleri olmaz. Sorumlu bir anne baba da olamazlar. Doyum gereksinimini erteleyemezler (Yüksel, 2006:356).

Sınır (boderline) Kişilik Bozukluğu: Sınır (boderline) kişilik bozukluğu belirgin rahatsızlığa; sosyal, mesleksel ve rol işlevselliğinde bozulmaya neden olur. Yüksek oranda kendine zarar verme davranışı (intihar girişimleri gibi) ve tamamlanmış intihar ile ilişkilidir. Sınır kişilik bozukluğunun önemli bir özelliği süreğen olarak kişilerarası ilişkilerde, duygulanımda, kendilik imajında dengesizlikle birlikte belirgin dürtüselliktir. Bu ölçütlerin pek çoğu birbiriyle bağlantılıdır. Terk edilme riski olmaksızın birebir ilişki oluşturmaya çalışırlar. Boderline kişi için başkalarına güvenmek zor olduğundan, reddedilecekleri düşüncesiyle panik düzeyde anksiyete yaşarlar. Disforik (nahoş) duygular, öfke ve depresyon kendi gereksinimlerini başkalarının dikkate almadığı düşüncesiyle gelişir. Sık tartışmalar, tekrarlayan ayrılıklar, başkalarında korku ve öfke yaratan uygunsuz davranışlar nedeniyle yakın ilişkilerde karmaşa görülür. Yalnızlığı gidermek için kısa süreli bir yabancıyı arkadaş olarak kabul edebilir ya da rastgele bir cinsel ilişki yaşayabilirler (Köroğlu ve Güleç, 2007:520, 521).

Çekingen Kişilik Bozukluğu: Utangaç, çekingen ve sosyal ilişkileri kısıtlı kişilerdir. Spor, okul, iş, sosyal ve ev hayatlarında tekrarlayan başarısızlıkları olan ve kolayca vazgeçen kişilerdir (Sayıl, 1996:274). Bu bozukluk yaygın yetersizlik duyguları, sosyal geri çekilme ve eleştiriye aşırı duyarlılık ile görülen bir bozukluktur. Başkalarının kendini beğenmeyeceğini ya da istemeyeceğini düşünerek insanların arasına karışmazlar; insan içindeyken huzursuz ve sıkılgandırlar. Bu yüzden

insanlarla yakın ilişki gerektiren sosyal ya da mesleki etkinliklerden kaçınırlar. Öte yandan kendi ailesi ve yakın çevresi içinde rahattırlar. Bu kişiler toplum içindeyken uygunsuz bir şey söyleyeceği korkusu ile pek konuşmaz, konuşursa ağzından aptalca bir şey kaçacak ve insanlar onun söylediğine gülecek diye korkarlar. Küçük bir söz veya davranıştan çok incinebilirler (Koroğlu ve Güleç, 2007:516).

Bağımlı Kişilik Bozukluğu: Bu kişilik bozukluğunun temel özelliği bağımlılık ve boyun eğici tutumdur. Günlük konularda kararsızlık ve güven arama ihtiyacı vardır. Kendi kendilerine bir işe başlayamazlar. Yalnız kaldıklarında çaresizlik yaşarlar. Sürekli olarak yalnız kalma ve bırakılma korkuları yaşarlar. Eleştiriden çabucak incinirler. Sık olarak başkalarının fikirlerine katılırlar. Kısa bir süre için bile yalnız kalmaya katlanmazlar. Yoğun depresyon ve anksiyete yaşarlar. Kafaları sürekli olarak bırakılma ve terk edilme düşünceleri ile doludur (Yüksel, 2003:360).

Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu: Genellikle endişe ve takıntılarla tanımlanırlar. Başkalarında gördükleri uyumsuzluğa ya da ahlak dışı düşüncelere öfkelenirler. Bu kişiler, başkalarının da kendi standartlarına uymasını beklerler. Başkalarına karşı aşırı vicdanlıdırlar. Günlük yaşamın küçük ayrıntıları ile uğraşırlar. Ayrıntılar içinde boğularak asıl sorunu göremez ve vakit kaybederler. Dışarıdan pek çok konuda fikri olan, kesin ve doğru düşüncelere sahip zeki biri izlenimini verirler. Bir yandan insanları incitmemeye özen gösterir, bir yandan kıyasıya kin beslerler. Tek başlarına karar veremezler ve yaşama gerçek anlamıyla katılamazlar. Onlar için önemli olan yaşamak değil bazı görevleri tamamlamak ve bitirmektir (Sayıl, 1996:275).

Başka Türlü Adlandırılmayan Kişilik Bozuklukları: Bu gruba anılan bozukluklara yerleştiremeyen kişilik bozuklukları girer. Olgu birden fazla kişilik bozukluğunun özelliğini taşıyordur. Ancak hiçbirinin tanı ölçütleri karşılanmaz (Yüksel, 2003:361).

Hekimlerde görülen psikiyatrik hastalıklar inceleyen alan yazının gözden geçirilmesi sonucunda tıp eğitimi öncesinde var olan kişilik özellikleri, yaşam deneyimleri ve ailedeki psikiyatrik hastalık öyküsünün, hekimlikle bağlantılı mesleki zorluklardan çok daha önemli etiyolojik faktörler olduğu bulunmuştur.

Hekimlerde görülen duygusal rahatsızlıklara yol açan faktörler arasında işle ilgili beklentilerin fazlalığı, ilaçlara ulaşılabilirliğin kolaylığı ile bağımlılığa eğilim, yaşam ve ölüm arasında hissettikleri sorumluluk ve uzun eğitim süreci sayılabilir. Ancak tabii ki aynı beklentilerle aynı koşullarda çalışmalarına ve aynı profesyonel baskı altında olmalarına rağmen sadece bazı hekimler psikiyatrik hastalık tanısı almaktadır. O nedenle denilebilir ki bu tür rahatsızlıklara tutulmada, tıp eğitimi ya da hekimlik uygulamaları yerine bireysel özellikler ve geçmiş yaşantılar çok daha belirleyici olmaktadır (Waring, 1974).

Valliant ve arkadaşları (1972) psikiyatrik hastalık geçiren doktorlarda daha fazla kullanılan mekanizmaları hipokondriazis, reaksiyon formasyon ve inkar olarak açıklamışlardır. Obsesif kişilik, zevk veren aktivite arayışının yokluğu, iyi bir doktor ve faydalı öğrenci olmanın kaçınılmaz olduğu hissi orta yaşlarda duygulanım bozukluğu geliştirmeye yatkınlık oluşturan diğer bir faktördür. Özet olarak doktorlar

benzer sosyoekonomik gruptan kişilere göre psikiyatrik hastalık geliştirmeye en azından daha yatkındır denebilir ve en önemli etiyolojik faktör; tıp eğitimi öncesindeki yaşam deneyimleri ve kişiliktir. Valliant (1972) doktorların büyük bölümünün yardım arayışından fobik bir şekilde kaçtığını ifade etmiştir. Bir görüşe göre bu açık olarak inkar mekanizması ile ilgilidir. Gold; doktorların yardım arayışında olmamalarını çeşitli faktörler ile ilişkili bulmuştur. Bunlardan biri söz konusu kişilerin kendi tanı ve tedavilerini kendilerinin yürütüyor olması ile ilgilidir. Bu durum kendi tanısında objektif olmamayı getirdiği gibi, yetersiz doz ve sürede tedaviye de neden olabilir. Buna hipokandriak (hastalık hastalığı) olarak düşünülebileceği korkuları ya da ciddi bir hastalık tespit edilebileceği korkuları eşlik eder. Bütün bunlar, göstermektedir ki tıp mesleği içinde iş yaşantısı ve psikiyatrik hastalıklara karşı tutum değişikliği gerekmektedir. Hekimler kendi zaman ve enerjisinden daha az ödün vermeli, tatil, dinlenme ve diğer gereksinimler konusunda daha rahat olmalıdırlar (Waring ,1974:527).

Vallant ve ark., (1972) doktorların psikolojik olarak zedelenebilirliklerini araştırdıkları çalışmalarında bağımlılık, pesimizm (kötümserlik), edilgenlik, kendinden emin olmama gibi özellikleri göstermelerinin daha muhtemel olduğunu göstermiştir. Terman'ın prospektif olarak yaptığı çalışmada doktorlar arasında kontrol grubuna oranla inferioritenin (özgüven eksikliği) daha sık olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada istatistiksel olarak anlamlı diğer bir bulgu; doktor anne-babalarının daha fazla koruyucu, kollayıcı olmasıdır.

Bazı doktorlar için uzun saatler çalışmak, ilaçlara ulaşımın kolaylığı, hastaların beklentisinin yüksek olması psikolojik sorunlar için risk oluşturmaz. Bunlar sorunsuz çocukluk geçirmiş ve tıp eğitimine başladığında psikolojik anlamda görünür sorunu olmayan kişilerdir. Ancak benzer şekilde kötü çocukluk geçirmiş doktorlar da hastaların minnet duygusu ile güç ve huzur bulabilirler (Vaillant ve ark.; 1972:374). Brich ve Kamali (2001) hem kadın hem erkek doktorlarda nevrozluğun daha yüksek, dışa dönüklüğün daha düşük olduğunu bulmuştur. Ancak bu kişilik söz konusu olduğunda cinsiyet farklılıkları için genel bir kavramdır. Kadınlarda nevrozlu puanları ile iş doyumunu arasında anlamlı negatif ilişki vardır. Fakat erkekler arasında bu ilişki anlamlı bulunmamıştır. Kişiler stresli durumlara farklı yanıtlar verirler. Uygun baş etme mekanizmalarını benimsemiş olan doktorlar iş stresi ile daha rahat başa çıkarlar. Stresli durumlarla başa çıkma yolları kişilik özellikleri ile ilgilidir. Bu çalışmada kişilik özellikleri nedeni ile bazı aile hekimlerinin stres, anksiyete ve depresyona daha yatkın olduğu görülmüştür (Brich ve Kamali, 2001:111).

1.5. ÇALIŞMA KOŞULLARI VE HEKİMLER

Hekimin sağlığı ve güvenliği toplum sağlığı ve güvenliği ile doğrudan ilişkilidir. Hekimlik sağlık için riskli bir meslektir. Hekim'in yaşamını, işgücünü tehdit eden mesleki hastalıklar, hastalardan ve hastanelerden edinilebilecek fiziksel hastalıklar, iş kazaları, aynı zamanda problem yaratan hekime karşı şiddet,

tükenmişlik sendromu ve depresyon bu tehdidin en önemli unsurlarıdır (Saygılı, 2011).

Sağlıkta yeniden yapılanma süreci çalışma koşullarında da değişim yaratmıştır. Özellikle bu dönüşümle “Yeni Kamu İşletmeciliği” yaklaşımı hakim kamu yaklaşımı haline gelmiştir. Bu yaklaşım ile sağlık hizmetlerinin örgütlenme, sunum ve yönetiminde kamunun rolünü ve temel hizmet ve ilkelerini köklü bir değişime uğratmıştır. Bu değişim sağlık emek sisteminde üç dönüştürücü işleviyle dikkat çekmektedir. Öncelikle performans sağlamak üzere güçlü bir işletme işlevi ortaya çıkmıştır. Bu işlev, verimlilik ve etkililiği geliştirmek üzere, kamuda şirket işletme tekniklerinin kullanılması ve profesyonel işletmeciler rollerinin geliştirilmesini içerir. Böylece sağlık hizmeti üretim süreci, meta üretim sürecine benzer işletme teknikleriyle yeniden kurulmaktadır. İkinci olarak örgütsel yapılarda, tek parça yapıların, ayrı bölümlere bölünmesini içeren değişiklikler göze çarpmaktadır. Böylece alışılmış kamusal hiyerarşide parçalanma ve çok sayıda yeni özerk sağlık kuruluşu ortaya çıkmaktadır (örneğin; aile hekimliği, bağımsızlaşan görüntüleme birimleri). Üçüncü temel işlev ise piyasa yönelimidir. Piyasa yönelimi, sağlık hizmet üretiminin kamusal ihtiyaçlardan ziyade arz/talep dengesine odaklanmasını ifade eder. Dolayısıyla bu yaklaşımın benimsediği bu ilkelerin, kamunun özel sektör ilkeleriyle örgütlenmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

Kamunun örgütsel ve yönetsel dönüşümü ile birlikte kamunun emek sürecinde dönüşmüştür. Kamu çalışanları özellikle kamuda istihdam edilen profesyoneller (örneğin; hekimler) açısından ise önemli bir mesleki dönüşüm söz konusu olmuştur. Kamu hizmetlerinin piyasa benzeri örgütlenme biçimi, bu

hizmetlerin emek sürecinin de piyasa ilke ve ihtiyaçları etrafında örgütlenmesine yol açmıştır (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

Bir yandan teknolojik dönüşümle hastaların izlenmesinin kolaylaşması, sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve hastaların tüketici olarak konumlandırılmasıyla, hasta-sağlık çalışanı arasındaki mahrem ilişki zedelenerek sigorta şirketleri, döner sermaye işletmeleri gibi çok sayıda tarafı da içeren ticari bir ilişki olarak yeniden inşa edilmiştir (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

Sağlık hizmetleri üretiminin “toplam kalite yönetimi” esaslarına göre “talep odaklı” örgütlenmesi, sağlığın ticarileşmesi sürecini doğrudan doğruya hizmet üretim noktasında tamamlayan bir anlama sahiptir (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

Kamusal sağlık hizmetlerinde kadroya dayalı güvenceli istihdam biçimi, yerini giderek esnek istihdam biçimine bırakmaktadır. Bu dönüşüm yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerinde başlayan sağlıkta taşeronlaşma süreci, önce diğer destek hizmetlerine, daha sonrada tedavi hizmetlerine kadar yayılmıştır (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

1980’den itibaren sağlık çalışanlarına yönelik ücret politikası, temel ücretleri sürekli baskılamak ve böylece emeklilik kazancına yansımayan ek ödemelerin toplam ücretteki payını yükseltmek olmuştur. Özellikle benimsenen

performansa dayalı ücretlendirme yöntemi, bireysel ve kamusal performansın birlikte değerlendirilmesi nedeniyle, hem kurum içi hem de kurumlar arası rekabeti gerekli kılmaktadır. Bu durum pek çok sağlık kurumunda iş barışını bozucu bir etki yaratmıştır. Dolayısıyla performansa dayalı ücretlendirme, salt yeni bir “ esnek ücretlendirme” modeli değildir; aynı zamanda, yeni bir yönetsel model ve yeni bir denetim türüdür (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

Hekimin çalışma saatlerinin uzun oluşu ve dinlenme sürelerinin kısa oluşu hem sağlık hem de depresyon için risk faktörüdür. Avrupa Birliği mahkemelerince hekimlerin nöbetler dahil haftalık çalışma sürelerinin 2000, 2003 ve en son 2007 tarihli kararları ile en çok 48 saat olabileceği belirtilmiştir. Kamu görevlisi hekimlerin günlük çalışma sürelerine yönelik bir üst sınır belirtilmese de, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 99. Maddesi uyarınca haftalık çalışma süresi 40 saattir. Özel kurum ve kuruluşlarda çalışan hekimlerin çalışma süresi İş Kanunu ile belirlenmiş, kanunun 63. maddesi iş akdine dayalı olarak görev yapan hekimler için haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiş ve tarafların iş sözleşmesi ile bu sürenin altında bir çalışma süresi kararlaştırabileceği, ayrıca maddenin 2.fikrasında günlük çalışma süresinin 11 saati aşamayacağı belirtilmiştir. Hekimlerin çalışma saatleri yasal düzenlemelere ve uluslararası kurallara uymamaktadır (Saygılı, 2011).

Hekimlerin sağlığı ve güvenliği alanı hastanelerin mimarisi, tıbbi cihazların çokluğu, havalandırma sistemi, radyasyon, elektrik, gürültü, kanserojen ajanlar gibi

iyi bilinen riskler yanında aydınlatma düzeyi gibi etkenlerde sağlığı tehdit eden önemli fiziksel koşullardır (Saygılı, 2011).

Bu çerçevede son yıllarda ölkemizde gerçekleşen, zorunlu hizmet yasaının yeniden uygulanması, toplam kalite yönetimi, performans, finansman denetimi gibi uygulamalarla, teknolojik ve bürokratik denetimin yoğunlaşması, hekim sayısının ve hekimler arası rekabetin artması, hasta memnuniyetinin öne çıkması, özel sağlık kurumlarının sayısının artması, kamu istihdamının güvencesiz çalışma biçimlerinin yaygınlaşması gibi gelişmeler, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de, hekim özerkliğini ve hekimlerin ayrıcalıklı toplumsal konumunu, kalıcı bir biçimde sarsmıştır (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

Dolayısıyla ölkemizde hekimlerin proleterleşmesine yönelik tartışmalar günümüzde üç temel hat üzerine yürütölmektedir. İlki 5947 sayılı Üniversite Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa, ikincisi Tıp Faköltesi sayılarının ve kontenjanlarının arttırılması, diğeri ise yabancı hekim çalıştırılmasıdır.

Tam Gün Çalışma: 21.01.2010 tarihinde 5947 sayılı Üniversite Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Yasalarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa’nın kabul edilmesiyle, yeniden tam süreli çalışma uygulamasına geçilmiştir. Bu yasa ile öğretim elemanlarının üniversitede devamlı suretle görev yapması, bu maddenin

yayımlandığı tarihte kısmi statüde görev yapmakta olan öğretim üyelerinden, yasanın yayımlandığı tarihten itibaren bir yıl içerisinde talepte bulunanlar devamlı statüye geçirilip, talepte bulunmayanların istifa etmiş sayılacağı belirtilmiştir. Aynı biçimde tabipler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların; kamu kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunan/bulunmayan özel sağlık kurum, kuruluş ve vakıf üniversiteleri ile serbest meslek icrasından yalnızca birini seçebileceği belirtilmiştir. Böylece kamuda çalışan hekimlerin aynı zamanda bir özel sağlık kurumunda veya muayenehanede çalışmaları engellenmiştir.

Tam Gün ve Kamu Hastane Birlikleri yasa tasarılarının hastaneleri işletmeleştirme ve hekimleri işçileştirme anlayışına dayandığı, özel sektörde büyük hastane zincirlerine, kamuda özelleştirme yolundaki üniversite ve devlet hastanelerine ucuz işgücü sağlanmasının amaçlandığı vurgulanmış, broşürlerde, ve bildirilerde ve toplantılarda hekim emeğinin ucuzlatılması ve işçileştirme hedefleri sıkça gündeme getirilmiştir. Aynı şekilde özellikle uzmanlık derneklerince hekimlerin statü ve saygınlığının azalacağı yönünde kaygılarda ifade edilmiştir. Gerçekten hekimlerin kamuda güvenceli istihdam olanaklarından yoksun bulunduğu ve sağlık kurumlarının çeşitli yöntemlerle işletmeleştirildiği ve/veya özelleştirildiği günümüzde, hekimlerin serbest çalışmasının engellenmesi, hekim emeğinin ucuzlatılması ile sonuçlanabilecektir. Sosyalleştirme döneminden farklı olarak günümüzde hastanelerin yalnızca kendi elde ettikleri gelirlerle ayakta kaldıkları, bu gelirden sağlık çalışanlarına hizmet başına ücret dağıttıkları rekabetçi bir sağlık piyasası sistemi planlanmaktadır. Bu sistemde hekimlerin başka gelir elde etme

olanağından yoksun oluşu pazarlık gücünü zayıflatarak, ücretlerin aşağı çekilmesiyle sonuçlanabilir

Hekimlerin Sayılarındaki Artış: Tıp fakültesi sayısı hızla artmış, 1970 yılında 9 olan tıp fakültesi sayısı, 1990 yılında 25 ve 2010 yılına gelindiğinde 61'i faal olmak üzere 74'e yükselmiştir (Akt; Ünlütürk-Ulaş, 2011). Her yıl 4500'den fazla öğrenci Tıp Fakülteleri'nden mezun olmaktadır (Akt; Ünlütürk-Ulaş, 2011). Yıllar itibariyle hekim sayısı artmış ve bunun içinde Tıp Fakültesi kontenjanlarının arttırılması yönünde adım atılmıştır (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

Sağlık çalışanlarının %60'ı Türkiye'nin en büyük 15 ilinde bulunurken, bunların yarısı da İstanbul, Ankara ve İzmir'dedir (Akt; Ünlütürk-Ulaş, 2011). Bu hekim sayısının yetersiz olduğu söylemine karşı asıl sorunun hekim sayısı değil, hekimlerin bölgesel dağılımı olduğunu öne sürmektedir (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

Türkiye'de Yabancı Hekim Çalıştırılması Tartışmaları: Hekimlerin arzının arttırmaya yönelik çabaların içinde yabancı hekim istihdamı da yer almaktadır. Ancak bu çabanın sakıncaları ise şu şekilde ifade edilmektedir:

- Hasta tedavisinde en önemli evre hasta öyküsünün alınması, yakınmalarının ayrıntılı biçimde soruşturulması ve olabildiğince kendi sözcükleriyle dosyasına işlenmesidir.

- Sağlık emek-gücünün eğitim maliyetlerini düşürmenin ve sağlık emek-gücü gereksinimini karşılamının yanı sıra istihdam fazlası yaratmayı teşvik ederek, sağlık emekçilerinin daha düşük ücretle, iş güvencesiz çalıştırılabilmesi koşullarının yaratıldığı belirtilmiştir (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

Sonuç olarak; dönüşüm teması, yalnızca bu dönüşümü hedefleyen “reform” politikalarına bakılarak değil, aynı zamanda sağlık hizmeti üretim noktasına bakılarak çözümlenebilir. Dolayısıyla dönüşüm teması emek sürecine ve hizmetlerin örgütlenmesine analitik öncelik verilerek çözülmeye çalışılmalıdır (Ünlütürk-Ulaş, 2011).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu araştırmanın örneklemini Ankara'nın çeşitli kamu, özel ve eğitim hastanelerinde çalışan uzman ve pratisyen hekimler oluşturmuştur. Araştırmamızın amacına uygun olarak araştırma evrenini; çalışma koşullarının görece farklılık göstereceği; Ankara ilinin çeşitli semtlerindeki sağlık ocakları, özel hastaneler, kamu hastaneleri ve eğitim hastaneleri oluşturmuştur. Ancak örneklemin belirlenmesi Ankara'daki tüm hekimlere ulaşmanın zorluğu göz önünde bulundurularak belirlenen belli sağlık kuruluşlarından seçilmiştir. Deneklerin cinsiyet ve statü açısından özellikleri Tablo 2.1.'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan 128 hekimin % 49.3'ü erkek, % 50.7'si kadındır. Statü dağılımına bakıldığında, araştırmaya katılanların % 48.5'ü pratisyen, % 51.5 uzman hekimdir.

TABLO 2.1. Deneklerin Cinsiyet-Statü Açısından Özellikleri

		Statü	
		Uzman	Pratisyen
Cinsiyet	Erkek	32	31
	Kadın	34	31
TOPLAM		66	62

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Katılımcılara depresyon düzeylerini belirlemek üzere; Beck Depresyon Ölçeği, kişilik boyutlarını belirlemek üzere Beş Faktörlü Kişilik Envanteri uygulanmıştır. Her iki ölçek de kendini değerlendirme ölçeği özelliği taşımakta ve katılımcıların kendileri tarafından derecelendirilmektedir. Sosyo-demografik veriler ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi araştırmacı tarafından oluşturulan sosyometrik soru grubu ile yapılmıştır. İzleyen bölümde veri toplamak üzere kullanılan araçlara ilişkin bilgi verilmektedir.

2.2.1. Beck Depresyon Ölçeği

Ölçeğin özgün formu Beck ve arkadaşları (1961), tarafından geliştirilmiştir. Ölçek denekte depresyon yönünden riski belirler, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçer. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Sağlıklılara ve psikiyatrik hasta gruplarına uygulanır. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Her madde sıfır-üç arasında giderek artan puan alır. Toplam 0-63 arasında değişir (Aydemir ve Köroğlu, 2006:121). Hisli (1988); tarafından yapılan beck depresyon envanterinin geçerliliği ile ilgili yapılan çalışmada, Beck Depresyon ölçeğinden alınan 17 ve üzerindeki depresyon puanının normalin üzerindeki depresyonun % 90'nın üzerinde belirleyebileceği ifade edilmiştir. Bu çalışmanın bulguları beck depresyon ölçeğinin Türkçe formunun da İngilizce formu gibi depresyon belirtilerini yakalamak için geçerli bir form olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada da diğer birçok çalışmada önerildiği gibi, ölçek puanında 17 puanlık bir kesme noktasının

linik depresyonu yakalamaya yardımcı olduğu kanısına varılmış ve beck depresyon ölçeğinin depresyonun teşhisinde ve ciddiyet derecesinin belirlenmesinde yardımcı olabilecek bir ölçme aracı olarak kullanılabileceği ifade edilmiştir.

2.2.2 Büyük Beş Kişilik Envanteri

İlk olarak, Fiske tarafından 1949 yılında ortaya konmuştur. Bu konuda 1980’li ve 1990’lı yıllar boyunca pek çok araştırma yapılmış ve analiz edilmiş ve eleştirilerde bulunulmuştur (Tomrukçu, 2008).

Araştırmamızda ölçeğin Tomrukçu (2008) tarafından hazırlanan 42 maddelik formu kullanılmıştır. Söz konusu araştırmada beş faktör kişilik özelliğine ait soruların cronbach Alpha değeri 0,80 olarak tespit edilmiş ve aracın güvenilirliği için yeterli bulunmuştur.

Goldberg tanımlanan kişiliğin beş boyutu

1. Dışadönüklük
2. Uzlaşabilirlik
3. Özdisiplin
4. Nörotizm
5. Deneyime açıklıktır (Goldberg, 1993:27)

Beş Faktör Kişilik Envanterinde cevap verenler katılma ya da katılmama derecesini göre kendilerinin tasvir derecelerine göre değerlendiren 42 sözcük içerir. Yanıtlar 1’den 5’e kadar derecelendirilmiştir (1- Kesinlikle katılmıyorum, 2-

Katılmıyorum, 3- Kısmen katılıyorum, 4- Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum)
(Tomrukçu, 2008)

2.2.3. Sosyometrik Soru Grubu

Çalışmanın amaçlarıyla tutarlı olarak hekimlerin çalışma koşulları ile kimi demografik özelliklerini belirlemek ve bunların depresyona yatkınlığı etkileyip etkilemediğini görmek üzere araştırmacı tarafından hazırlanan 30 soru içeren sosyometrik anket oluşturulmuştur. Her bir soru maddesi kapalı uçlu yanıt yöntemine uygun olarak değerlendirilmiştir. (bkz. Ek1)

2.3 VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler Mart 2012-Mayıs 2012 tarihleri arasında, Ankara'da Abidinpaşa Sağlık Ocağı, Karapürçek Sağlık Ocağı, Eryaman Sağlık Ocağı, Özel Bilgi Hastanesi, Ankara Onkoloji Hastanesi, Ankara Numune Hastanesi, Gazi Üniversitesi Hastanesinde çalışan uzman ya da pratisyen olarak görev yapan hekimlerden toplanmıştır. Katılımcılara ölçekler dağıtılarak yanıtlamaları istenmiştir. Çalışma bireysel olarak yürütülmüş; uygulamalardan önce gönüllü katılım ilkesine bağlı kalınmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın amacında belirtildiği gibi, bu çalışmada hekimlerin depresyon düzeyleri ile kişilik özellikleri ve çalışma koşulları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Farklı çalışma koşulları içinde olma ve uzman ya da pratisyen hekim olmanın depresyon üzerinde etkili olacağı düşünülerek; çeşitli kamu, özel ve eğitim hastanelerinde çalışan uzman ve pratisyen hekimlerden oluşan bir örneklem oluşturulmuştur.

3.1. GRUPLARIN ÖLÇEKLERDE ALDIKLARI PUANLARA İLİŞKİN BULGULAR

Yöntem bölümünde belirtildiği gibi deneklere Beck Depresyon Ölçeği ve Büyük Beş Kişilik Envanteri uygulanmıştır.

Tablo 3-1: Grupların Ölçeklerden Aldıkları Puanların Ortalama ve Standart Kaymaları Gösterilmiştir

GRUPLAR		Depresyon X / S		Dışadönüklük X / S		Uzlaşılabilirlik X / S		Duygusal Denge X / S		Özdisiplin X/S		Deneyime Açıklık X / S	
UZMAN	ERKEK	6,66	6,25	24,84	8,04	38,22	17,04	17,03	4,07	35,78	8,80	32,72	4,70
	KADIN	8,79	7,18	22,85	4,59	35,32	3,27	16,97	4,37	35,47	5,03	32,59	5,05
PRATİSYEN	ERKEK	6,87	7,63	23,13	5,69	32,87	4,67	16,90	3,88	33,84	4,49	32,16	4,39
	KADIN	12,39	10,38	21,45	3,63	33,10	5,05	19,68	5,24	34,16	4,20	30,39	6,07

Tablo 3-1’de gösterilen ortalamalar arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla, her bir puan için varyans analizi uygulanmıştır.

3.2. ORTALAMALAR ARASI FARKLARA İLİŞKİN BULGULAR

Ölçeklerden elde edilen puanlara uygulanan varyans analizi sonuçları Tablo 3.2., Tablo 3.3. ve Tablo 3.4.’de gösterilmiştir.

Tablo 3.2. Tüm Puanlara Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları: Cinsiyet Temel Etkisi

Değişim kaynağı	Hata varyansı	F*	p
Depresyon	448,88	6,98	0,05
Dışadönüklük	105,43	3,20	-
Uzlaşılabilirlik	56,23	,626	-
Duyusal Denge	53,51	2,66	-
Özdisiplin	,01	,00	-
Deneyime Açıklık	26,26	1,01	-

Tabloda da görüldüğü gibi sadece depresyon puanı açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($F(1-127)= 6,98, p<.05$). Bu farkı oluşturan kadın ve erkek hekimlerin depresyon puanları ortalamaları sırasıyla 10,51 ve 6,76'dır. Buna göre kadın hekimlerin depresyon düzeyi erkek hekimlere kıyasla daha yüksektir.

Tablo 3.3. Tüm Puanlara Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları: Statü Temel Etkisi

Değişim kaynağı	Hata varyansı	F*	P
Depresyon	111,97	1,67	-
Dışadönüklük	74,63	2,25	-
Uzlaşılabilirlik	447,98	5,17	.05
Duygusal Denge	53,23	2,64	-
Özdisiplin	84,024	2,42	-
Deneyime Açıklık	60,645	2,35	-

Tablodan da görüldüğü gibi sadece uzlaşılabilirlik puanı açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($F(1-127)= 5,17, p<.05$). Bu farkı oluşturan uzman ve pratisyen hekimlerin uzlaşılabilirlik puanları ortalamaları sırasıyla 36,73 ve 32,98'dir. Buna göre pratisyen hekimlerin uzlaşılabilirlik düzeyi uzmanlığını almış hekimlere kıyasla daha yüksektir.

Tablo 3.4. Tüm Puanlara Uygulanan Varyans Analizi Sonuçları: Medeni Durum Temel Etkisi

Değişim kaynağı	Hata varyansı	F*	P
Depresyon	244,633	3,792	,05
Dışadönüklük	2,694	,079	-
Uzlaşılabilirlik	134,440	1,514	-
Duygusal Denge	88,139	4,564	,05
Özdisiplin	47,807	1,370	-
Deneyime Açıklık	20,112	,944	-

Tablo 3.4.'de de görüldüğü gibi depresyon ve duygusal denge puanları açısından gruplar arasındaki farklar anlamlıdır. Bu farkı oluşturan evli (Grup1), bekâr (Grup 2) ve diğer bir yakın ilişkinin tarafı olan (Grup 3) hekimlerin depresyon puanları ortalamaları sırasıyla 7,41; 11,38 ve 13,00'dir. Depresyon puanlarına uygulanan Tukey-Kramer testi sonuçlarına göre Grup A ile Grup B ($q = -3,96$; $p > .05$) için ortalamalar arası farklar anlamlı bulunmuştur. O halde, evli hekimlerin bekarlara kıyasla depresyon düzeyleri çok daha düşüktür. Duygusal denge puanları açısından A, B ve C Grupları için ortalamalar sırasıyla 16,88; 19,12 ve 20,67'dir. Duygusal Denge puanlarına uygulanan Tukey-Kramer testi sonuçlarına göre Grup A ile Grup B ($q = -2,24$; $p > .05$) ve Grup A ile Grup C ($q = 3,78$; $p > .05$) için ortalamalar arası farklar anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar, evli hekimlerin hem bekâr hem de diğer bir yakın ilişkinin tarafı olanlara nazaran daha az nevroitik eğilimlere sahip olduğuna işaret etmektedir.

Çalışılan kurumun (kamu-özel-eğitim hastanesi) ise anılan puanlar açısından herhangi bir anlamlı fark ortaya çıkarmadığı saptanmıştır.

3.3. ÖZEL YAŞAM VE ÇALIŞMA YAŞAMINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER AÇISINDAN DEPRESYON DÜZEYİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde her bir sosyometrik soru grubu maddesi bağımlı değişken olarak ele alınarak depresyon ve kişilik özellikleri puanlarına göre fark olup olmadığı incelenmiştir.

3.3.1 Depresyon Düzeyi

30 sorudan oluşan sosyometrik soru grubunda yer alan özel yaşam ve çalışma yaşamına ilişkin unsurların depresyon düzeyi üzerindeki etkisi Tablo 3.5.'de sunulmuştur.

Tablo.3.5. Sosyometrik soru grubunda yer alan özel yaşam ve çalışma yaşamına ilişkin unsurların depresyon düzeyi üzerindeki etkisi

DEĞİŞİM KAYNAĞI	Hata varyansı	F	P
17 Yas Öncesi Ebeveyn Kaybı	,179	1,997	,05
Çocuk Sahibi Olma	,221	,992	-
Branş	,256	1,021	-
Meslek Seçimi Öncesi 1.Derece Ebeyn kaybı	,060	,883	-
1.Derece yakınları ya da kendisinde ciddi kronik, mental ya da bedensel hastalık	1,162	,291	-
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	,142	1,311	-
Günde bakılan hasta sayısı	,553	,891	-
Nöbet tutma sıklığı	1,612	1,622	,05
Yönetim tarafından alınan kararlara katılabilme	,629	1,335	-
Mesleki gelişim için gerekli fırsatların sağlanabilmesi	,456	1,034	-
Yönetim ve işle ilgili sorunların paylaşılabilceği çözüm önerilerinin tartışılabilceği toplantılar	,423	1,231	-
Öğle tatilleri için yeterli süre	,332	1,580	-
Bugüne kadar psikiyatrist/psikoloğa başvuru öyküsü	,117	,683	-
Psikolojik sorunlar için (uykusuzluk vs.) ilaç kullanımı	,339	2,637	,05
Sigara kullanımı	,245	1,059	-
Alkol kullanım sıklığı	,601	1,929	,05
İş konusunda yeterli inisiyatif alabilirim	,162	,995	-
Yönetim birimine karşılaştığım sorunlarda yanımda olacaklarına güvenirim	,543	,913	-
Çalıştığım kurum nedeniyle gelecek kaygılarım var	,266	1,341	-
Aldığım ücret tatmin edici	3,114	,900	-
İşim nedeni ile işim kısıtlı	,322	1,568	-
İş yaşamım aile yaşamımı etkiliyor	,438	2,358	,05
İş arkadaşlarınızla ilişkiniz	,863	2,578	,05
İş arkadaşlarınız arasındaki rekabeti nasıl değerlendirirsiniz	,556	,847	-
Çalıştığım işyerinde performans sistemi uygulanıyor	,130	,754	-
Hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile uyumlu çalışabiliyor musunuz?	,215	2,478	,05
İşyerinizin fiziksel koşulları (havalandırma, aydınlatma, yemek....vb.) yeterli mi?	,342	1,528	-

Tablodan da izlenebileceği gibi; 17 yaş öncesi ebeveyn kaybı, nöbet tutma sıklığı, psikolojik sorunlar için (uykusuzluk vs.) ilaç kullanım sıklığı, alkol kullanımı, iş yaşamım aile yaşamımı etkiliyor, is arkadaşlarınızla ilişkiniz, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile uyumlu çalışabiliyor musunuz, maddelerinin hekimlerin depresyon düzeyinde anlamlı farklılıklardan sorumlu oldukları anlaşılmaktadır.

Buna göre, 17 yaşından önce ebeveyn kaybı yaşayanların ve yaşamayanların depresyon puanı ortalamaları sırasıyla 15,06 ve 7,75'tir. O halde erken yaşta ana-baba kaybı deneyimlemiş olan hekimlerde depresyon düzeyi daha yüksektir.

Ayda bir ile üç gece nöbet tutanların ve hiç gece nöbeti olmayanların depresyon puanı ortalamaları sırasıyla 10,14 ve 5,68'dir. Bu sonuç, gece nöbeti tutmak durumundaki hekimlerin diğerlerine kıyasla daha yüksek depresyon düzeyleri sergilediklerine, işaret etmektedir.

Psikolojik sorunlar için (uykusuzluk vs.) ilaç kullanımına başvurduğunu söyleyenlerin depresyon puan ortalaması 15,38 iken bu amaçla herhangi bir ilaç kullanmayanların depresyon puanı ortalaması 6,70'dir. Bu bulguyu psikolojik sorunlar için ilaç kullandığını beyan eden hekimlerin depresyon puanları daha yüksektir.

Haftada en az bir-iki kez alkol kullanan hekimlerin ve hiç alkol tüketmediğini beyan edenlerin depresyon puanı ortalamalarının sırasıyla 11,93 ve

6,17 olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre alkol kullanım sıklığının fazla olduğu hekimlerde daha yüksek depresyon eğiliminin bulunduğu söylenebilir.

İş yaşamının aile yaşamını etkilediğinden şikayet edenlerin ortalama depresyon puanı (11,82) böylesi bir sorun bildirmeyenlerin depresyon puanı ortalamasına (4,06) kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir.

İş arkadaşlarıyla ilişkilerinin doyurucu ve uyumlu olduğunu düşünenlerin (Grup A), yetersiz ve gergin olarak tanımlayanların (Grup B) ve hiçbir ilişki kuramamaktan yakınanların (Grup C) ortalama depresyon puanları sırasıyla 6,17; 11,58 ve 12,85'tir. Depresyon puanlarına uygulanan Tukey-Kramer testi sonuçlarına göre Grup A ile Grup B ($q = -5,41; p > .05$) ve Grup A ile Grup C ($q = -6,68, p > .05$) için ortalamalar arası farklar anlamlı bulunmuştur. O halde, çalışma arkadaşlarıyla uyumlu ve doyurucu ilişki kuranların hem yetersiz ve gergin ilişkiden yakınanlara hem de hiç ilişki kurmadığını duyumsayanlara göre depresyon düzeyleri çok daha düşüktür.

Hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile uyumlu çalışıp çalışamama açısından hekimler değerlendirildiğinde depresyon puanı ortalamalarının anlamlı farkı yansıttığı anlaşılmaktadır. Uyum içinde çalışabildiğini ifade edenlerin ortalama depresyon puanı 7,24 iken uyumsuz ilişkilerden yakınanların depresyon puan ortalaması 17,94'tür.

3.3.2. Kişilik Özellikleri Düzeyi

30 sorudan oluşan sosyometrik soru grubunda yer alan özel yaşam ve çalışma yaşamına ilişkin değerlendirmelerin hekimlerin kişilik boyutları puanlarına göre değişip değişmediğini ortaya çıkarmak için yapılan analizler izleyen bölümde özetlenmiştir.

Dışadönüklük ve Deneyime Açıklık kişilik boyutları açısından bakıldığında anlamlı her hangi bir sonuç ortaya çıkmamaktadır. Ancak Uzlaşılabilirlik ve Duygusal Denge puanları bazı sorular açısından gruplar arasında anlamlı fark yaratmaktadır. İzleyen bölümde sadece anlamlı çıkan sonuçlar sunulmuştur.

TABLO 3.6. Uzlaşılabilirlik

DEĞİŞİM KAYNAĞI	Hata varyansı	F	P
Alkol kullanımı	,228	1,24	,05
İş konusunda yeterli inisiyatif alabilirim	,25	1,75	,05
İşim nedeni ile sosyal yaşamım kısıtlı	,37	1,84	,05
İş arkadaşlarınızla ilişkiniz	,85	2,30	,05

Alkol kullananların uzlaşılabilirlik puanı ortalaması 35,73 iken hiç alkol almayanlarınki 34,75'dir. Buna göre görece daha az uzlaşılabilir kişilik özelliğine sahip hekimler alkole daha çok sığınmaktadırlar.

İşle ilgili inisiyatif alabileceğini düşünen hekimlerin uzlaşılabilirlik puanı ortalaması (37,72) diğerlerinden (31,71) daha yüksektir. Dolayısıyla yüksek uzlaşılabilirlik mesleki inisiyatif kullanmaya daha çok izin vermektedir.

İşi nedeni ile sosyal yaşam etkinliğinin nedeniyle işindeki etkinliğinin kısıtlandığını düşünenlerin ortalama uzlaşılabilirlik puanının (33,21) böyle düşünmeyenlere (37,96) nazaran daha düşük olması; işle özel yaşamı arasında daha uzlaşılabilirlik özelliği taşıyanların görece daha dengeli bir bağlantı kurabildiklerine işaret etmektedir.

İş arkadaşlarıyla olan ilişkilerini doyurucu ve uyumlu (Grup A) görenlerin, yetersiz ve gergin algılayanların (Grup B) ve hiçbir ilişki kuramamaktan yakınanların (Grup C) uzlaşılabilirlik puanı ortalamaları sırasıyla 37,03; 32,79 ve 30,23'tür. Uzlaşılabilirlik puanlarına uygulanan Tukey-Kramer testi sonuçlarına göre Grup A ile Grup B ($q = 4,24; p > .05$) ve Grup A ile Grup C ($q = 6,80, p > .05$) için ortalamalar arası farklar anlamlı bulunmuştur. O halde, çalışma arkadaşlarıyla uyumlu ve doyurucu ilişki kuranların hem yetersiz ve gergin ilişkiden yakınanlara hem de hiç ilişki kuramadığını duyumsayanlara göre uzlaşılabilirlik düzeyleri çok daha yüksektir.

TABLO 3.7. Duygusal Denge

DEĞİŞİM KAYNAĞI	Hata varyansı	F	p
17 Yas Öncesi Ebeveyn Kaybı	,19	2,00	,05
Öğle tatilleri için yeterli süre	,37	1,74	,05
Bugüne kadar psikiyatriste/psikologa başvuru öyküsü	,13	,77	,05
Psikolojik sorunlar için (uykusuzluk vs.) ilaç kullanımı	,36	2,50	,05
Alkol kullanımı	,58	1,71	,05
İş yaşamım aile yaşamımı etkiliyor	,42	1,98	,05

17 yaş öncesi ebeveyn kaybı yaşayıp yaşamamanın duygusal denge puanları açısından anlamlı bir fark yarattığı görülmektedir. Bu farkı oluşturan gruplar arası ortalamalar incelendiğinde; böylesi bir kayıp yaşamış hekimlerin ortalama duygusal denge puanlarının (20,12) diğerlerinininkine (17,27) nazaran daha yüksek olduğu (nevrotik özellikler sergiledikleri) anlaşılmaktadır.

Öğle tatilleri için yeterli süreye sahip olduğunu düşünen hekimlerin ortalama duygusal denge puanları 16,49 iken bu süreyi yetersiz bulanların puanı 19,45'tir. Bu durumda görece daha nevrotik olan hekimlerin gün içi dinlenme sürelerini az buldukları söylenebilir.

Evvelce bir psikiyatrist ya da psikologa başvurarak yardım almış olduğunu beyan edenlerin ortalama duygusal denge puanları 18,48 iken henüz böyle bir durumla karşılaşmayanların duygusal denge puanları 17,42'dir.

Benzer şekilde, psikolojik sorunları için ilaç kullanmakta olan hekimlerin ortalama duygusal denge puanı (20,45) diğerlerinininkinden (16,80) anlamlı olarak daha yüksektir.

Haftada bir iki kez alkol aldığını ifade eden hekimlerin ortalama duygusal denge puanı (19,16) hiç alkole sığınmayanlarınkinden (16,56) daha yüksektir.

İş yaşamının aile yaşamı üzerinde önemli etkileri olduğuna inanan hekimlerin duygusal denge puanı ortalamaları 19,03 iken bu tür bir hisse kapılmayanlarınki 15,58'dir. Buna göre nevroitik eğilimleri olan hekimlerin iş-aile yaşamı dengesizliğinden daha çok incindikleri düşünülebilir.

3.4 KORELASYONLARA İLİŞKİN BULGULAR

Giriş bölümünde ve amaçlar kısmında belirtildiği gibi depresyon puanları ve kişilik özellikleri boyutları arasında korelasyonlar beklenmiştir. Bu amaçla hesaplanan korelasyonlar izleyen bölümde sunulmaktadır.

3.4.1. KATILIMCILARIN TÜM ÖLÇEKLERDE ALDIKLARI PUANLARA İLİŞKİN KORELASYONLAR

Kamu, özel ve eğitim hastanelerinde görevli pratisyen ya da uzman kadın ve erkek hekimlerin ölçeklerden elde ettikleri puanlar arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla bu ölçeklerden alınan puanlara ilişkin korelasyonlar hesaplanmış ve bu korelasyonları içeren matris Tablo 3.8.'de gösterilmiştir.

TABLO 3.8. Ölçeklerden Alınan Puanlara İlişkin Korelasyonlar

	Depresyon	Dışadönüklük	Uzlaşılabilirlik	Duygusal denge	Özdisiplin	Deneyime açıklık
Depresyon	1					
Dışadönüklük	-,259**	1				
Uzlaşılabilirlik	-,248**	,155	1			
Duygusal denge	,585**	-,306**	-,315**	1		
Özdisiplin	-,124	,010	,327**	-,267**	1	
Deneyime açıklık	-,106	,253**	,030	-,174*	,035	1

** p>.05

Tabloda da görüldüğü gibi, depresyon puanları ile dışadönüklük, uzlaşılabilirlik ve nevroitiklik puanları arasındaki korelasyonlar anlamlıdır (p>.05). nevroitiklik daha belirgin oldukça depresyon puanı da artmakta iken; uzlaşılabilirlik ve dışadönüklük puanı yükseldiğinde depresyon düşmektedir.

TABLO 3.9. Sosyometrik Soru Grubu Maddeleri İle Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

	Depresyon	Dışadönüklük	Uzlaşılabilirlik	Duygusal denge	Özdisiplin	Deneyime açıklık
17 Yas Öncesi Ebeveyn Kaybı	,296**	,095	,094	,210*	,054	,027
Meslek Seçimi Öncesi 1.Derece Ebeveyn kaybı	-,101	,099	,023	-0,077	,044	-,007
Birinci derece yakınları ya da kendisinde ciddi kronik, mental ya da bedensel hastalık	-,119	,057	-,017	-0,042	-,009	-,052
Ailede ruhsal hastalık öyküsü	-,140	,149	,084	,186*	,118	,085
Günde bakılan hasta sayısı	,082	,006	-,210*	,235**	-,173	0,02
Nöbet tutma	,355**	-,080	-,231**	,209*	-,018	-,034
Yönetim tarafından alınan kararlara katılabilme	-,258**	,063	-,105	0,129	-,103	,053
	Depresyon	Dışadönüklük	Uzlaşılabilirlik	Duygusal denge	Özdisiplin	Deneyime açıklık
Mesleki gelişim için gerekli fırsatların sağlanabilmesi	-,326**	,063	-,069	-,180*	-,132	,015
Yönetim ve işle ilgili sorunların paylaşılacağı çözüm önerilerinin tartışılacağı toplantılar	,155	,247**	-,095	0,004	-,095	,068
Öğle tatilleri için yeterli süre	-,255*	-0,147	,220*	-,319**	-,043	,110
Bugüne kadar psikiyatrist/psikologa başvuru öyküsü	-,136	,017	,044	-0,094	,110	-,009
Psikolojik sorunlar için (uygusuzluk vs.) ilaç kullanımı	,445**	,208*	,169	,340**	,121	,295**
Sigara kullanımı	-,265**	,098	,179*	-,186*	,042	,138
Alkol kullanımı	,354**	,014	-,016	,258*	-,011	,065
İs konusunda yeterli inisiyatif alabilirim	,111	-,071	-,171	0,133	-,035	,216*
Yönetim birimine karşılaştığım sorunlarda yanımda olacaklarına güvenirim	,085	-,037	,039	0,069	,081	,031
Çalıştığım kurum nedeniyle gelecek kaygılarım var	,313**	-,218*	,015	,194*	,059	,045
Aldığım ücret tatmin edici	,094	-,046	-,014	0,132	-,024	-,089
İşim nedeni ile sosyal yaşamım kısıtlı	,364**	-,233**	-,242**	,274**	,035	,002
İs yaşamım aile yaşamımı etkiliyor	,466**	-,237**	-,220*	,377**	-,015	-,072

	Depresyon	Dışadönüklük	Uzlaşılabilirlik	Duygusal denge	Özdisiplin	Deneyime açıklık
İs arkadaşlarınızla ilişkiniz	-,333**	,176*	,263**	-,424**	-,076	-,171
İs arkadaşlarınız arasındaki rekabeti nasıl değerlendirirsiniz	,165	-,150	-,052	0,13	,263**	-,030
Çalıştığım işyerinde performans sistemi uygulanıyor	,184*	,013	-,008	-0,156	,040	,051
Hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile uyumlu çalışabiliyor musunuz?	-,444**	-,085	-,087	-,181*	-,001	,083
İşyerinizin fiziksel koşulları (havalandırma, aydınlatma, yemek....vb.) yeterli mi?	-,270**	-,055	,203*	-,197*	-,061	,157

Tablo incelendiğinde 17 yaş öncesi ebeveyn kaybı yaşamayan, daha genç yaşlarda böyle bir yaşam olayıyla karşılaşmaya nazaran daha ılımlı depresyon ve nevrotik kişilik özelliklerine katkı yaptığı anlaşılmaktadır. Ailede ruhsal hastalık öyküsünün bulunması yine nevrotik kişilik özelliklerinin daha belirginleşmesine yol açmaktadır. Hekimlerin gün içinde baktıkları hasta sayısı arttıkça yine nevrotik kişilik özelliklerinin daha çok sergileniyor olması da bir diğer ilginç bulgudur. Hekimlerin tuttuğu nöbet sayısı arttıkça yine depresyon ve nevrotiklik düzeyi çoğalmakta, uzlaşılabilir kişilik özelliği düşmektedir. Yönetim tarafından alınan kararlara katılabilme miktarının azaldıkça hatta hiç seçeneği daha çok vurgulandığında hekimlerde ilave bir gerilim oluşmaktadır çünkü depresyon puanları bu koşulda yükselmektedir. Aynı durum Mesleki gelişim için gerekli fırsatların sağlanabilmesi koşulunda da söz konusudur; ancak bu alternatif hekimlerin daha dengeli bir duygu dünyasına kavuşmasına zemin hazırlamaktadır. Yönetim ve işle ilgili sorunların paylaşılabilmesi çözümü önerilerinin tartışılacağı toplantılar arttıkça hekimlerin dışadönüklük puanları da yükselmektedir; bu durumda fırsat

verilirse rahatlıkla kendilerini ifade edebilecekleri ve buna istekli oldukları söylenebilir.

Psikolojik sorunlar için (uykusuzluk vs.) ilaç kullanımına başvuran hekimlerin depresyonlarının ve nevrotik kişilik özellikleri sergileme eğilimleri artmakta; buna ilaveten deneyime açıklık puanlarının arttığı görülmektedir.

Hekimlerdeki sigara kullanımı arttıkça yine hem depresyon puanları hem de nevrotiklik puanları azalmaktadır. Üstelik sigara kullanmak uzlaşılabilir kişilik özelliklerini sergileme eğilimini de artırıyor görülmektedir. Ancak alkol kullanımı ile depresyon puanları arasında anlamlı ve pozitif bir korelasyon vardır. Bu durumda depresyon düzeyi yükseldikçe alkol kullanımının da arttığı anlaşılmaktadır. Fakat alkol hekimlerdeki nevrotik özellikleri de baskılıyor gibi görülmektedir.

İş konusunda yeterli inisiyatif alabileceğini düşünen hekimlerde deneyime açıklık puanlarının yükseldiği görülmektedir. Çalışılan kurum nedeni ile gelecek kaygılarının oluşu depresyon puanı ve nevrotiklik eğilimini artırıyor görülmektedir. İş yaşamının aile ve sosyal yaşamını etkilediğini düşünen hekimlerde depresyon puanı ve nevrotiklik eğilimi yüksek, uzlaşılabilirlik ve deneyime açıklık düşük bulunmuştur.

İş arkadaşları ile ilişkinin olumlu oluşu depresyon düzeylerini düşürmektedir. Bu kişilerin dışadönüklük ve uzlaşılabilirlik puanları yüksek,

nevrotiklik düzeyleri düşüktür. İş arkadaşları ile aralarındaki rekabeti nasıl değerlendirirsiniz sorusuna özdisiplin düzeyi yüksek olan hekimlerin bunun kendi çalışmalarını son derece olumlu etkilediğini belirttikleri görülmektedir. Depresyon düzeyi ile nevrotiklik özelliği yüksek hekimlerin iş arkadaşlarıyla olan ilişkilerini yetersiz ya da gergin olarak değerlendirme eğilimleri daha yüksektir. Aynı durum içe dönüklük ve uzlaşılabilirlik puanı düşük hekimler için de söz konusudur.

Çalışılan işyerinde performans sisteminin uygulanıyor olması depresyon düzeyleri ile pozitif korelasyon göstermektedir. Diğer sağlık çalışanları ile ilişkiyi olumlu değerlendirenlerde depresyon düzeyleri ve nevrotiklik eğilimi düşüktür. İşyerinin fiziksel koşullarının olumlu oluşu depresyon ve nevrotiklik düzeylerinin düşmesine, uzlaşılabilirlik düzeylerinin artmasına neden olmuştur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Çalışma koşulları ve kişilik özelliklerinin depresyon ilişkisinin araştırıldığı çalışmamızda amaç hekimlerde depresyonun ne kadar bireysel faktörler ne kadar sağlık alanındaki örgütsel işleyiş ile ilgili olduğunu belirleyerek; sağlık sisteminde konuyla ilgili alınacak önlemlere ışık tutmaktır.

Bu bölümde sunulan çalışmanın bulguları, ilgili alan yazın ışığında değerlendirmekte ve yorumlanmaktadır.

Cinsiyet temel alınarak yapılan varyans analizi sonuçlarına göre kadın hekimlerde depresyon düzeyi erkek hekimlere göre daha yüksektir. Bu bulgu diğer araştırma bulguları ile uyumludur (Welner ve ark., 1979:169; Demir ve ark., 2007:35; Brich ve Kamali, 2001:109; Hendrie ve ark, 1990:205). Çalışma yaşamının örgütlenmesi mevcut toplumsal sistemin yapılanma özelliklerini aynı şekilde yansıtması ile karakterize olur. Toplumda, var olan toplumsal cinsiyet ilişkilerinin niteliği gereği toplumsal yaşamın da ikili özellik göstermesinin en çarpıcı örneklerinden birini çalışma yaşamında göstermektedir (Savcı, 1999:135). Kadın hekimlerde depresyon düzeyinin yüksek oluşunun, kadından ailenin (eş, anne ve belki de kendi anne ve babalarının) beklentilerinin yüksek oluşu sonucu kadının yaşadığı rol karmaşası ile iş stresi birleştiğinde depresyona eğilimin artışı ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca kadın hekimlerin hastalarına duyarlılığın daha

fazla oluşunun hastaları ile daha fazla empati kurmaları, bunun sonucunda onlara daha fazla vakit ayırmaları, tedavi sürecinde gelişen olumsuz sonuçlardan daha fazla etkilenmeleri depresyon düzeyinin yüksekliğinin diğer bir nedeni olabilir. Üstlendiği roller nedeniyle kadınlar sosyal hayattan daha izole olabilir ve dolayısıyla sosyal yaşam desteğini daha az hissetmektedirler. Gerek anne olarak üstlendikleri sorumluluklar nedeni ile ve gerekse gebelik dönemleri ile ilgili olarak kariyerlerinde gecikme ve aksamalar olabilir. Bu özgüven ve motivasyonu etkiler ve depresyona zemin oluşturur. Yine işyerinde çeşitli alanlarda yapılan muhtemel cinsiyet ayrımcılığı kadınlar için ek stres kaynağı olabilir.

Evli hekimlerin depresyon puanları, bekarlara ya da diğer yakın ilişki bildirenlere göre kıyasla çok daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu yapılan diğer araştırmalar ile uyumludur (Gallery ve ark., 1992:62; Waring, 1974:522). Bu bulguların iyi giden evliliklerin sosyal ve finansal anlamda uyumlu bir paylaşım, düzenli bir yaşam, iş stresi paylaşımının depresyondan koruyucu bir faktör olması ile ilişkilendirilebilir.

Özel, kamu ve eğitim hastanelerinde çalışan hekimler arasında, araştırılan faktörler açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Beklenen bu farklılığın bulunmayışı son zamanlarda kamu hastanelerinde de performans sisteminin uygulanıyor oluşu ile ilişkilendirilebilir. Performans sistemi, zaman konusunda baskıyı, iş ortamındaki rekabeti tetikleyen dolayısıyla iş stresini etkileyebilecek bir faktör olarak düşünülmüştür. Bu hastanelerde uygulamanın benzer oluşu beklenen farklılığın saptanmamasına neden olmuş olabilir.

Çalışma koşulları açısından bakıldığında; çalışmamızda, nöbet tutma sıklığı ile depresyon düzeyleri arasında ilişki bulunmuştur. Friedman ve arkadaşları (1971) stajyer hekimleri (internleri) inceledikleri çalışmalarında, katılımcıların uykusuzluk düzeyinin duygu durumları ile yakın ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Freidman ve ark., 1971:201). Yine Cozens (2001), doktorlarda uyku süresinin azalmasının depresyonla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada uykusuzluğun, depresyonun nedeni olabileceği kadar sonucu da olabileceği vurgulanmış; endüstriyel ve askeri alanda yapılan pek çok çalışmada da uykusuzluk ile duygu durumun ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda nöbet sıklığı ile depresyon arasındaki ilişkinin anlamlı bulunuşu; uykusuzluk ile açıklanabileceği gibi, nöbet sıklığında artışın, aile ilişkilerini etkileyişi ve diğer sosyal ilişkilerden izole eden bir faktör oluşu ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

İş arkadaşları ile doyurucu ve uyumlu ilişki kuranların, yetersiz ve gergin ilişkiden yakınanlara ya da ilişki kurmadığını ifade edenlere göre depresyon düzeyleri çok daha düşüktür. Caplan ve arkadaşları ve Van Dijkhuizen; iş arkadaşları desteğinin stresi azalttığını bildirmişlerdi (Akt; Soyer, 1999:111). İş arkadaşları ile ilişkilerin iyi olması; gerek iş gücünün paylaşımıyla gerekse duygusal dışavurumu sağlayarak depresyondan koruyan bir faktör olabilir.

Çalışmamızda hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile uyumlu çalışmanın depresyon puanı ile negatif ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bu sonucun sağlık hizmetinin bir ekip çalışması olması ve ekip içindeki uyumun, hem iş stresini

azaltması hem de iş doyumunu artırması ile depresyon puanlarının düşmesine neden olması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Alkol kullanma sıklığı ve uykusuzluk gibi sebepler nedeni ile ilaç kullanımı ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu sonuç diğer araştırmalar ile uyumludur (Cozens, 2001: 218; Borenstein, 1985:1053; Vaillant ve ark.,1972: 372; Akvardar ve ark., 2004:502; Bittker, 1976:1713). Doktorların depresif belirtileri iş yaşamlarındaki performanslarını etkiler. Yardım almaktan kaçınırlar; bu kaçınma psikiyatrik hastalığı kabullenememe, meslektaşları tarafında etiketlenme korkuları ile ilgili olabilir. Ayrıca kişilik özelliklerinin burada etkili olabileceği, hep diğerlerinin isteklerini yerine getirerek özgüvenini sağlayacak şekilde yetişen hekimlerde yardım almanın, suçluluk hislerine neden olabileceği bildirilmiştir (Bittker, 1976:1714). Bizim çalışmamızda alkol kullanım sıklığı ile depresyon düzeyleri arasındaki anlamlı ilişkinin; hastalığı kabullenememe, etiketlenme ya da kariyerini kaybetme endişeleri nedeni ile uygun yardım arayışının olmayışı ve sosyal yaşam desteğinin yetersizliği sonucu, kaygıyı geçici olarak gidermek üzere depresif hekimlerin alkole daha çok sığınmaları ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Psikiyatrik ilaçların (uykusuzluk ve diğer nedenlerle) kullanımı ile depresyon arasındaki anlamlı ilişkinin; bu kişilerin zaten depresyon tedavisi görüyor olması ile ilişkili olabileceği açıktır. Ancak hekimlerin psikiyatrik tedavilerden kaçınmaları, ilaçlara kolay ulaşabilirlikleri göz önünde bulundurulursa bu ilaçların uygunsuz kullanılıyor olabileceği de düşünülebilir. Akvardar ve ark. (2003) tarafından tıp fakültesi öğrencileri ve doktorlar arasında yapılan çalışmada sedatif ve

hipnotiklerin (kaygı giderici-uyku veren ilaçların) kullanım sıklığının yüksek olduğunu bildirmişlerdir ki bu görüşümüzü destekleyen bir bulgudur.

Roy (1983) tarafından 17 yaş öncesi ebeveyn kaybının yetişkin dönemde depresyon için risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda hekimlerde depresyon düzeyiyle 17 yaş öncesi ebeveyn kaybı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bileşen bir yandan da ebeveyn kaybının erken yaşta ölümle karşılaşma sonucu sağlık alanında bir meslek seçimine yönlendiren bir faktör olabileceğini de düşündürmüştür. Konuyla ilişkili alan yazını gözden geçiren bir çalışmada tıp fakültesi öncesi yaşam deneyimlerinin depresyon düzeyiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Waring, 1974). Bulgumuz bu sonucu desteklemesi anlamında da önemlidir.

Çalışmamızda iş yaşamının aile yaşamını etkilediğini bildiren hekimlerde, depresyon puanı böyle bir sorun bildirmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Mesleğin kişinin özel hayatını etkilemesi tükenmişlik için zemin hazırlamaktadır. İşyerindeki stresten evde kurtulamayan kişinin özel hayatı da etkilenmekte problemler çıkmaktadır (Dolu, 1997:74). Aile ilişkilerinin iyi olması iş stresinde uzaklaşmayı sağlayan önemli bir faktördür. Ancak iş, aile yaşamını negatif etkilediğinde bu koruyucu faktör ortadan kalkar. Çalışmamızda iş yaşamının aile yaşamını etkilediğini düşünenlerin depresyon puanlarının anlamlı yüksekliğinin bununla ilgili olduğu düşünülmüştür.

Kişilik özellikleri açısından bakıldığında depresyon; dışa dönüklük, uzlaşabilirlik ve nevrotiklik ile anlamlı ilişki içindedir. Nevrotik eğilimin artışı depresyon düzeyini artırırken, dışadönüklüğün artışı depresyon düzeylerinde düşüş ile sonuçlanmaktadır. Bu bulgu yapılan araştırmalar ile uyumludur (Ünal ve Özcan, 2000:42; Kendler ve ark; 2006:1118). Çalışmamızda uzlaşabilirliğin artışının, depresyon puanlarında düşüş ile sonuçlandığı tespit edilmiştir. Kişilik özellikleri, kişinin kendini algılayışını, yaşamı boyunca karşılaştığı stres faktörleri ile başa çıkma yollarını ve kişilerarası ilişkilerinde seçtiği tarzı belirler. Bu durumda nevrotik eğilimi yüksek kişiler; kaygılı, güvensiz ve kendine acıyan yönleri ile stres faktörleri ile başa çıkmakta zorlanmakta, depresyondan koruyucu bir faktör olan kişiler arası ilişkilerde güçlük çekmekte ve depresyona zemin hazırlayan özgüven eksikliği taşımaktadırlar. Nevrotik eğilimin, depresyon ile negatif ilişkisinin bu etkenlerle ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Dışadönük bireyler; sosyal, şefkatli ve eğlenceyi seven özellikler taşımaktadır (Burger, 2006:253). Bu bireyler, sosyal destek açısından zengin olmaları ile depresyondan korunuyor olabilirler. Uzlaşabilirliği yüksek olan bireyler; uyumlu, kişilerarası ilişkilerde güvenli, işbirliği yapan bireyler olarak tanımlanabilir. Bu kişilerin hem iş ortamında hem de aile ortamında kurdukları doyumsuz ilişkilerin duygusal olarak beslenmelerini sağladığı, stresle başa çıkmada doğru stratejiler belirledikleri böylece depresif duygulanıma sürüklenmedikleri düşünülebilir.

Özel yaşam ve çalışma yaşamına ilişkin değerlendirmelerin hekimlerin kişilik boyutları ile ilişkisine bakıldığında dışa dönüklük ve deneyime açıklık

boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmazken, uzlaşabilirlik ve nevroitiklik eğilimi ile bazı soru grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre, daha az uzlaşabilirlik kişilik özelliğine sahip hekimler alkole daha çok sığınmaktadır. Akvardar ve arkadaşları (2005), alkol kullanım bozukluklarında kişilik özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında; alkol kullanım bozukluğu olanların işbirliğine daha az yatkın olduklarını bulmuşlardır (Akvardar ve ark., 2005:58). Bu bulgu çalışmamız ile örtüşmektedir. Uyumluluk boyutu düşük olan bireyler işbirliğine yatkın olmayan, sosyal ilişkileri daha zayıf bireylerdir. Bu kişilerin alkole yöneliminde sosyal desteklerinin yetersiz oluşunun etkili olduğu düşünülebilir. İşi ile ilgili inisiyatif alabilme ile uzlaşabilirlik arasında pozitif bir ilişki vardır. Bu uzlaşabilir kişilerin işbirliğine daha yatkın, kişiler olmaları ile ilişkili olabilir.

İşi nedeni ile sosyal yaşamının etkilendiğini düşünenlerin ortalama uzlaşabilirlik puanının düşük olması, bu kişilerin iş yaşamları ve sosyal yaşamları arasındaki dengeyi daha kolay sağlayamadıklarını düşündürmektedir. Uzlaşabilirlik puanı yüksek olan kişiler iş arkadaşları ile olan ilişkilerini de böyle düşünmeyenlere göre daha uyumlu ve doyurucu bulmuşlardır. Bu sonuç, bu kişilerin işbirliğine yatkınlık, empati, yardımseverlik gibi sosyal kabulde etkili özellikleri taşıyor olmaları ile ilişkili olabilir.

Uzlaşabilirlik puanı pratisyen hekimlerde uzmanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kişiliğe uzlaşabilirlik boyutu ile baktığımızda; uzlaşabilirliği yüksek kişilerin işbirliğini rekabete tercih ettikleri bilinmektedir. Bu bulgu; pratisyen

hekimlerin tıp fakültesi sonrası kariyer konusunda rekabetçi bir tutum sergilememeleri ile ilgili olabilir.

Nevrotiklik puanları açısından; evli, bekâr ve diğer yakın ilişkisinin tarafı olan gruplar karşılaştırıldığında evli hekimlerin daha az nevroitik eğilimlere sahip olduğu belirlenmiştir. Nevrotiklik boyutu düşük olan bireyler sakin, uyumlu, aşırı ve uyumsuz tepkilere yatkın olmayan kişilerdir. Evli hekimlerin nevroitik eğilimlerinin düşük oluşu, bu kişilerin genel olarak ilişki kurma ve sürdürmede başarılarıyla ilgili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda öğle tatilleri için yeterli süreye sahip olmadığını düşünen hekimlerin nevroitiklik eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sheiner ve Dachle (1978), çalışanların işi ile ilgili hislerinin kişilik özellikleri sonucu oluştuğunu bildirmişlerdir. (Akt; Kubat ve Kuruüzüm, 2010:492). Bu bağlamda elde ettiğimiz sonuç; nevroitik eğilimi olan kişilerin günlük olaylar karşısında daha sık stres yaşamalarına ve öğle tatili sürelerini daha kısa algılamalarına bağlı olabilir.

Nevrotik eğilim açısından; psikiyatrist ya da psikoloğa başvurma, psikolojik nedenlerle ilaç kullanım sıklığı ile anlamlı ve doğru orantılı ilişki araştırmamız ile tespit edilen diğer bir sonuçtur. Kendler ve arkadaşları (2006), nörotizmin, yaşam boyu depresyon geçirme riski ile anlamlı derecede ilişkili olduğunu bildirmiştir (Kendler ve ark., 2006:1118). Yine Brich ve Kamali (2001), hem kadın hem erkek hekimlerde; stres, anksiyete ve depresyonun nörotizim puanları ile orantılı olduğunu tespit etmişlerdir (Brich ve Kamali, 2001:109). Dolayısıyla nörotizim puanı yüksek

olanların depresyon ve anksiyeteye yatkınlıkları nedeni ile daha sık profesyonel yardım, ilaç kullanımı ya da alkole eğilim gösterdikleri düşünülmüştür.

Nevrotiklik eğilimi olanların, iş yaşamlarının aile yaşamlarını anlamlı derecede etkilediği tespit edilmiştir. Bu bulgu; duygularında aşırı değişkenlik gösteren, uyumsuz tepkileri olan, günlük olaylar karşısında görece daha belirgin stres yaşadıkları belirlenmiş olan bu kişilerin iş stresini, aile yaşamına daha çok yansıtmaları bunun yanı sıra ikili ilişkilerde sorun yaşama potansiyellerinin daha yüksek oluşu ile ilgili olabilir.

Hekimlerin depresyon düzeyi ile ücret, gelecek kaygısı, yönetim ile ilişkiler, çalışılan ortamın fiziksel koşulları arasında beklenen anlamlı bağlantının bulunmaması depresyon ve tükenmişlik kavramlarının farklılığına işaret ediyor olabilir. Tükenmişlik iş yaşamında yoğun ve aşılamayan kronik stres sonucu gelişen fiziksel, duygusal ve mental bir tükenme durumu olarak tanımlanır. Tükenme insancıl hizmet veren mesleklerin herhangi birinde çalışan kronik olarak düş kırıklığı ve apatiye maruz kalan insanların yaşamlarını anlatan bir kavramdır. Tükenmişliği deneyimleyen kişi genelde, kişisel mesleki doyumsuzluğun ve yorgunluğun karmaşık bir duygusunu fark eder. İşe gitmeyi istememek, terslik, tahammülsüzlük duygusu, güçlü bir şekilde kendinden şüphelenme hissi ve bazen kendilik imajına uygun olmayan tarzlarda davranma görülür (Gözüm, 1996:7).

Tükenmişliğin birçok sonuçları içinde depresyonda vardır. Ancak depresyon bunun dışında; yaşamın birçok alanına ilgi kaybı, uyku bozuklukları, değersizlik ve

suçluluk duyguları, odaklanmada güçlük, ölüm düşünceleri gibi belirtileri içeren, tanımlanmış bir sendromdur. Depresyonda kişinin duygu durumu genel bir vazgeçmişlik ve ilgi kaybı olduğundan iş yaşamının bileşenleri ikinci planda algılanıyor olabilir. Bu bulgunun ayrıca hekimlerin mesleki özellikleri gereği alternatif çalışma olanaklarının diğer çalışma alanlarına kıyasla görece daha fazla bulunması ile ilgili olabilir. Dolayısı ile gelecekteki araştırmalar depresyonun yanı sıra tükenmişliği de kapsayacak şekilde genişletilebilir.

Tablo 3.9 baz alındığında, çalışma koşulları ve özel yaşam verileri bazı kişilik özelliklerinin keskin yönlerini belirginleştiriyor ya da esnetiyor olabileceği düşünülmüştür.

Ailede ruhsal hastalık öyküsünün olması nevrotiklik eğilimi arasında ilişkili bulunmuştur. Psikoanalitik yaklaşımın önemli isimlerinden Laren Horney'in kuramına göre; nevrotiklerin ana özelliği kişilerarası ilişkilerde kendine zarar veren bir tarzın içinde sıkışmış olmalarıdır. Horney, bu durumun nedeni olarak özellikle çocuklukta yaşanan bozuk kişilerarası ilişkilere değinir. Özellikle kaygı duygusunu güçlendiren ailelerde büyüyen çocuklara dikkat çeker. Anne-babanın yaptığı pek çok şey bu duyguya yol açar (Burger, 2006:173). Bu bulgu kişilik özelliklerinin gelişiminde erken yaşam dönemlerinde ebeveyn-çocuk ilişkisinin kalitesi, aile yaşamının stabilitesi, aile bireyleri ile özdeşim ile ilişkili olmasına bağlanabilir. Ailede ruhsal hastalık bulunması bu faktörleri önemli derecede etkiler.

Uzlaşabilirliği az ve nevroitik eğilimi fazla bireyler hem nöbet tutma sıklığını hem de günde bakılan hasta sayısını görece daha fazla algılamışlardır. İyimser kişiler genellikle terslikler ile daha iyi başa çıkarlar. Bunun nedeni büyük olasılıkla kötümserlere göre daha çok doğrudan ve aktif başa çıkma stratejisi kullanmalarıdır (Burger, 2006:339). Bu bulgunun nevroitik eğilimi fazla ve uzlaşabilirliği az bireylerin ortak özelliğinin koşulları olumsuz değerlendiriyor olmaları ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Psikolojik sorunlar için ilaç kullanımı deneyime açıklık ile ilişkili bulunmuştur. O halde bu bulgu deneyime açık olmayan kişiler tanıdık bildik hayatın dışına çıkmaktan hoşlanmayan kişilerdir (Ergin, 2006). Bu bulgu deneyime açıklığı yüksek hekimlerin geleneksel düşünce dışına çıkarak psikiyatrik yardımı kabul etmeleri ile ilişkili olabilir.

Uzlaşabilirliği yüksek olan bireyler öğle tatillerin süresini yeterli algılamışlardır. Bu bulgu tüm veriler ele alındığında elde edilmiştir. O halde uzlaşabilirliği düşük olan bireyler, negatif düşünce üreten, şüpheli, duygusal olarak katı ve sempatiden uzak, işbirliğine yanaşmayan kişilerdir (Erkoç, 2008). Uzlaşabilirliği yüksek kişilerin çalışma arkadaşları ile olumlu ilişki içerisinde olması bu süre etkin kullanmalarını sağlamakta ve bu süreyi olumlu değerlendirmelerine neden olabilir.

Nevrotiklik eğilimi fazla olan bireyler mesleki gelişim için sağlanan fırsatları da yetersiz olarak değerlendirmiştir. Nevrotik kişiler kendileri ve çevreleri

hakkında olumsuz duygu geliştirme eğiliminde iken duygusal dengeyi kurmuş olanlar; rahat, kendinden emin, sakin davranışlar sergileyen kişilerdir (Şengün, 2008). Mesleki gelişim için sağlanan fırsatların nevrotik eğilimi olan kişiler tarafından yetersiz olarak değerlendirilmesi olumsuz bakış açısının bir sonucu olabilir.

Sigara kullanımının depresyon düzeyini düşürdüğü görülmüştür. Tütün kullanıcıları sigara içiminin duygu durumunda yükselmeye neden olduğunu; gerginliği ve depresif duyguları azalttığını bildirmektedir (Kaplan ve Sadock, 2004:107). Dolayısıyla bu bulgunun sigaranın fizyolojik ve psikolojik olarak kaygı düzeyini, geçicide olsa azaltıcı etkisi ile ilgili olabileceğini düşündürmüştür. Aynı şekilde nevrotiklik eğilimi arttıkça sigara kullanımının artıyor olması bu kişilerin kaygılı olumsuz düşünmeye meyilli oluşu nedeniyle kaygılarını azaltmak üzere sigara kullanımına yönelmeleriyle ilgili olabilir.

Uzlaşabilirlik sigara kullanımını artıran diğer bir kişilik özelliğidir. Araştırmacılar uyumlu insanların uyumsuzlara göre daha hoş sosyal ilişkileri olduğunu ve daha az kavga yaşadıklarını belirtmişlerdir (Burger, 2006:255). Uzlaşabilirlik bir yandan olumlu bir kişilik özelliği gibi görünürken; bu kişilerin uyum sağlama, iyi ilişki kurma adına hayır diyemeyen ve sınır koyamayan bireyler olması bağımlılığa yatkınlık için zemin hazırlıyor olabilir.

Dışadönüklük düzeyinin az ve nevrotiklik eğilimi fazla olması, çalışılan kurum nedeni ile gelecek kaygılarını arttırmaktadır. Nevrotik eğilimi olan kişiler

ilişki kurmada ve bu ilişkileri sağlıklı bir biçimde sürdürmekte zorlanmaktadır (Bruck ve Allen, 2003). Dışadönüklük boyutu da yine sosyal olma, sıkılgan olma, iddialı, aktif ve konuşkan olma eğilimi ile belirlidir (Demirkan, 2006:59). Böylece nevrotik eğilimli, dışadönüklüğü az kişilerin çalışılan kurumda yönetim, meslektaşlar ve diğer sağlık çalışanları ile olan yetersiz ilişkiler bu kişilerin kurumsal kaygılarını artırıyor olabilir.

Çalışılan kurum nedeni ile gelecek kaygılarının olması depresyon düzeylerinde artışa neden olmaktadır. Bu bulgunun kişinin işi konusunda belirsizlik yaşıyor olmasının geleceğe güvenle bakamaması, hedef oluşturamaması ve umutsuzluk yaşamasının depresif duygu durumuna meyil oluşturması ile ilgili olabilir.

İşî nedeni ile aile ve sosyal yaşamının etkilendiğini düşünen hekimlerde depresyon ve nevrotiklik düzeyleri yüksek; uzlaşabilirlik ve dışadönüklük düzeyleri düşüktür. Hekimlerin aile ve sosyal yaşamındaki aksamalar depresyon için koruyucu bir faktör olan olumlu ilişkileri zedelemekte ve depresyona meyil oluşturmaktadır. Nevrotik eğilimin yüksek oluşu aile ve sosyal yaşamdaki olumsuz etkisi bu kişilerin tepkisel, ilişkilerde tolerans düzeyi düşük, olumsuzluklarına ilişkilerine yansıtan ilişkileriyle ilişkili olabilir. Uzlaşabilirliği ve dışadönüklük düzeyleri düşük olan bireylerin ilişki geliştirme ve sürdürmede daha sorun yaşıyor olmaları iş yaşantısının, aile ve sosyal yaşama olumsuz yansımalarına yol açıyor olabilir.

Nevrotiklik eğilimi arttıkça; meslektaşlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkinin olumsuz yönde etkilenmesi bu kişilerin ilişki kurmadaki genel güçlüklerinin yansıması gibi görülmektedir. Meslektaşlarla ilişkinin dışadönük bireylerde daha olumlu değerlendiriyor olması iletişim becerilerinin dışadönüklük düzeyleri ile ilişkisinden doğuyor olabilir.

Özdisiplini yüksek olan kişilerin iş arkadaşları ile rekabeti olumlu değerlendirmesi beklenen bir bulgudur. Bu kişiler disiplin sahibi, kontrollü, sebatkar yapıdadır (Ergin, 2006). Dolayısı ile mevcut rekabeti motive edici bir faktör olarak algılıyor olabilirler.

Çalışılan iş yerlerinde performans sisteminin uygulanıyor oluşu depresyon düzeyini arttırmaktadır. Bu bulgu mesleki başarı açısından değerlendiriliyor olmanın yarattığı ek stres, bazı koşullarda rekabetin ilişkileri olumsuz etkileyen yönü ve zaman konusundaki baskının artışı ile ilgili olabilir.

İşyerindeki fiziksel koşulların iyi olması depresyon düzeyini düşürmektedir. Bu bulgu günlük yaşamın önemli bir bölümünün geçtiği iş ortamında bireysel ihtiyaçların giderilmesini sağlayan koşulların kalitesinin kişinin kendini iyi ve değerli hissetmesine neden olması ile açıklanabilir. Ayrıca depresyonun havalandırma ve aydınlanma gibi bazı çevresel koşullarla ilişkisi depresyonun bir hastalık olarak düşünüldüğünde doğasına uygun bir sonuçtur. Kurt ve arkadaşları (1997); insanın normal performansla çalışmasını engelleyen fiziksel ve zihinsel yüklenmelere neden olan işgüçlüğü faktörlerinin azaltılması ya da kontrol altına alınması, gerektiğini

bildirmişlerdir. Yine diğer çalışma koşulları gibi nevroitik bireyler fiziksel koşulları da daha olumsuz, uzlaşabilir kişiler ise daha olumlu değerlendirmişlerdir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda hekimlerde; sosyodemografik verilerden cinsiyet ve medeni durumun depresyonla anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Kadın hekimlerde depresyon puanları daha yüksektir. Medeni durum temel alındığında, evli hekimlerde depresyon puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumda, bekarların ve kadın hekimlerin depresyon için risk grubu olduğu söylenebilir. Bu bulgu alınacak pratik önlemler açısından önem taşır. Eğitim yaşamının ilk yıllarından itibaren, üniversitelerin medikososyal birimlerinde bu gruba özel danışmanlık birimlerinin oluşturulması; tıp fakültelerinin bu birimlere başvuru konusunda bilgilendiren ve cesaretlendiren seminerler düzenlenmesi; meslek yaşantısında ise sağlık politikaları belirlenirken kadınların cinsiyet rollerinin getirdiği sorumlulukları hafifletmeye yönelik önlemler alınması (hastanelere bağlı kreşler, hamilelik ve sonrasındaki izin sürelerinin düzenlenmesi), akademik hayatta ilerlemeye yönelik kolaylaştırıcı önlemler, gerek akademik hayat gerekse klinik pratikte yöneticilerin bu grubun hassasiyetleri konusunda bilgilendirilmesi ve farkındalılığın geliştirilmesi gerekmektedir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda, kadın hekimlere özel iş stresi faktörlerinin araştırılması, sağlık hizmetlerine katkısı yanı sıra sosyolojik bir probleme de katkıda bulunacaktır.

Çalışma koşulları ile depresyon ilişkisine bakıldığında hekimlerin gerek meslektaşları gerekse diğer sağlık çalışanları ile uyumlu çalışmasının depresyondan

koruyucu bir faktör olduğu söylenebilir. İzlenecek sağlık politikalarında; sağlık hizmetlerinin ekip çalışması olduğu göz önünde bulundurulmalı, iş yerinde uyumlu çalışma için farklı gruplardan sağlık çalışanlarının sınırlarını, sorunlarını tartıştıkları toplantılar düzenlenmeli, meslektaşların ortak stres kaynağına sahip oldukları bilinci ile dayanışma ve paylaşımlarının sağlanacağı sosyal destek grupları oluşturulmalı ve profesyonel destek ile, kuruma ve içinde buldukları özgül şartlara yönelik stresle başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi gerekmektedir.

İş yaşamının aile yaşamını etkilediğini düşünen hekimlerde depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak yine araştırmamızda tespit edilen diğer bir bulgu iş yaşamının aile yaşamını etkilediğini düşünen hekimlerde nevrotiklik eğiliminin yüksek olduğudur. Hekimlerin iş yaşamının aile yaşamını etkilememesi için, iş stresini etkileyen faktörlerin tespitine yönelik araştırmaların artması, bu araştırmalarda tespit edilen faktörlerin sadece tespit ile kalmaması sağlık politikalarını oluşturanlarca dikkate alınması gerekmektedir. Aynı koşullarda, zorlayıcı faktörlere verilen yanıt farklı kişilik özelliklerine göre değişmektedir. Araştırmamızda nevrotik eğilimi olan hekimlerin daha sıklıkla iş yaşamının aile yaşamını etkilediğini bildirmesi, hekimler için mesleki ortamda bireysel danışmanlık hizmetinin önemine işaret etmektedir.

Araştırmamızda öğle tatilleri için yeterli sürenin varoluğu ile ilgili anket sorusunun depresyonla ilişkisinin anlamlı olmayıp duygusal denge puanı ile ilişkili oluşu da iş yaşamında mevcut koşulların bireysel algılama ile ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Ayda tutulan nöbet sayısının depresyon düzeyini artırdığı araştırmamızda tespit edilmiştir. Bu bulgu kurumsal olarak nöbet sayısı, nöbet sonrası dinlenme zamanları konusunda düzenlemeler yapılması gerektiğini göstermektedir.

Alkol kullanımının artışı ile nevroitiklik ve depresyon puanları artmaktadır. Bu bulgu hekimlerin boş zamanlarını kısa süreli haz kaynaklarına yönettiklerini, yardım arayışı yerine depresyonun psikiyatri alan yazınında sık karşılaştığı üzere, geçici haz kaynakları ile giderilmeye çalışıldığını ve duygusal denge puanları göz önünde bulundurulursa alkole eğilimin kişilik özellikleri ile ilintili olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetinde insan faktörünün temel alınması gerektiği açıktır. Doktorların doğru ve doyurucu haz kaynaklarına yönelmeleri için gerekli sosyal yaşam alanlarının oluşturulması, yardım arayışı için cesaretlendirilmeleri, meslektaşların birbirlerinin sağlık sorunları konusunda farkındalıklarının ve iletişimlerinin artmasına yönelik seminerler düzenlemesi önemlidir. Bu önlemler, sorunun oluşmadan engellenmesini ya da erken tespitini sağlayacaktır.

Psikolojik sorunlar için ilaç kullanımı ile depresyon ilişkisi çalışmamızda anlamlı bulunmuştur. Bu kişilerin zaten depresyonları için ilaç kullanıyor olması ile ilgili olabileceği gibi, ilaçlara kolay ulaşabilirlik ve yardım arayışından kaçınma ve dolayısıyla uygunsuz ilaç kullanımı ile ilgili olabileceğinden yine doktorların doğru tedavi protokolüne ulaşmak için yönlendirilmeleri gerektiğini, kurumlarda bunun için oluşturulmuş danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Depresyon, nevroitiklik ile doğru, dışadönüklük ve uzlaşabilirlik puanı ile ters orantılıdır. Hekimlerin çalışma koşullarını değerlendirilmesinde de kişilik özellikleri etkilidir. Bu durumda kişilik hem depresyona meyil oluşturabilir, hem de aynı çalışma koşullarını farklı algılamaya neden olabilir.

İş ile ilgili insiyatif alma, iş yaşamının aile yaşamını etkilemesi, alkol kullanımı, iş arkadaşları ile uyumlu çalışma, öğle tatillerinin süresinin yeterliliğinin değerlendirilmesi, daha önce psikolog ya da psikiyatriste başvurma, bazı kişilik özellikleri ile ilintilidir. Bu durum oluşturulacak danışmanlık hizmetlerinin riskli gruba yönelik önlemler alması gerektiğini göstermektedir. Psikolojik danışmanlık hizmeti, zorlu eğitim yaşantısından başlayarak klinik ya da akademik hayatta da devam etmeli, stresle başa çıkma yöntemleri bireysel özellikler de göz önünde bulundurularak öğretilmelidir. Bu durumda mevcut iş koşullarını daha farklı bir bakış açısı ile değerlendirme sağlanacak, iş doyumunun artışı ile birey için koruyucu önlemler alınmış olacaktır. İş doyumunun artışı, iş verimine dolayısı ile kurumun işlevselliğine yansıtacaktır. Böylece sağlık hizmetinde en önemli insan faktörü olan hekimin ruh sağlığının korunması, toplumun daha kaliteli sağlık hizmeti almasını sağlayacaktır.

Bu araştırmada Ankara ilinde çalışan uzman ve pratisyen hekimler örneklem olarak seçilmiştir. Sağlık hizmetlerinde iş yükü yanı sıra hekimlerin tanı ve tedavi için gerekli ekipmana sahip olması önem taşımaktadır. Ankara'da çalışan hekimlerin bu açıdan görece daha avantajlı olduğu düşünülürse; çalışmamızın sınırlılıklarından birinin farklı bölgelerden örneklem içermemesidir.

Çalışılan süre deneyim olarak değerlendirilecek olursa; iş stersini azaltan bir faktör olarak düşünülebilir. Diğer yandan da kronik bir bezginlik ya da duyarsızlaşmaya zemin hazırlayabilir. Çalışma süresinin değerlendirilmemesi de araştırmamızın sınırlılığı olarak düşünülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerin kişilik özelliklerinin mevcut çalışma koşullarını değerlendirmede ve depresyona meyil oluşturmada önem taşıdığı tespit edilmiştir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda hekimleri meslek seçimine yönlendiren ortak kişilik özelliklerinin irdelenmesi, tıp fakültesi öğrencilerinin örneklem seçilmesi ile zorlu eğitim yaşantısı sırasında riskli grubun saptanması ve alınacak önlemlerin belirlenmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

1. AKVARDAR, Y., DEMİRAL, Y., ERGOR, G., ERGOR, A. (2004). “Substance Use Among Medical School in Turkey”. **Soc. Psychiatry Epidemiol**, 39:502-506.
2. AKVARDAR, Y., AKTAR, H., AKDEDE, B. (2005). “Alkol Kullanım Bozukluklarında Kişilik Özellikleri”. **Bağımlılık Dergisi**, 6(2):53-59.
3. Amerikan Psikiyatri Birliği, (1994). **Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSMIV)** (Çev. Ertuğrul KÖROĞLU). Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği.
4. ARKONAÇ, O. (1996). **Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri**. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
5. AYDEMİR, Ö., KÖROĞLU, E. (2006). **Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler**, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
6. BATIGÜN, D., ŞAHİN, H.N. (2006). “İş Stresi ve Sağlık Psikolojisi Araştırmaları İçin İki Ölçek: A Tipi Kişilik ve İş Doyumu”. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 17 (1): 32-45.

7. BECK, A., WARD, C.H., MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUGH, J. (1961). "An Inventory for Measuring Depression". **Archives of General Psychiatry**, 4:561-571.
8. BECKER, J.L, MAGDY, P., MILAD, M.P, KLOCK, C. (2006). " Burnout, Depression, and Career Satisfaction: Cross-Sectional Study of Obstetrics and Gynecology Residents". **American Journal of Obstetrics Gynecology**, 195:1444-1449.
9. BISSEL, L. and JONES, RW. (1976). "The Alcoholic Ahsician a Survey". **Am J Psychiatry**, 133 (10):1142-1146.
10. BITTKER, T.E. (1976). "Reaching Out To The Depressed Psysician". **Jama**, 236(15):1713-1716.
11. BORENSTEIN, D.B. (1985). "Should Physician Training Psychiatric Assistance To House Officers? A Report On The Major Findings of A Prototype Program". **Am. J Psychiatry**, 142:1053-1057.
12. BRICH, D.W., KAMALI F. (2001). " Psychological Stres Anxiety, Depression, Job Satisfaction and Personality Characteristics in Preregistration House Officers". **Postgrad Med.**, 77(904):109-111.

13. BRUCH, C.S., ALLEN, T.D. (2003). “The Relationship Between Big Five Personality Traits, Negative Affectivity, Type A Behavior, and Work-Family Conflict”. **Vacational Behavior**, 63:457-472.
14. BUĞDAYCI, R., ÜNER, A., ŞAŞMAZ, T., ÖNER, S. (2007). “ Mersin İli’nde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler”. **Toplum Hekimliği Dergisi**, 26(1):32-36.
15. BURGER, M. J. (2006). **Kişilik** (Çev. Deniz ERGUVAN SARIOĞLU). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
16. COZENS, J. (2001). “ Intervention to Improve Physicians Well Being and Patient Care”. **Social Science and Medicine**, 52:215-222.
17. CÜCELOĞLU, D. (1996). **İnsan ve Davranışı**. İstanbul: Remzi Kitabevi.
18. ÇERİBAŞ, E. (2007). **Yöneticilerin Kişilik Özelliklerinin İş Etiğine Etkileri**. Dumlupınar Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.
19. DEMİR, F., AY, P., ERBAŞ, M., YAŞAR, E. (2007). “İstanbul’da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzman Öğrencilerinde Depresyonun Yaygınlığı”. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 18(1):31-37.

20. DEMİRKAN, S. (2006). **Özel Sektördeki Yöneticilerin ve Çalışanların Bağlanma Stilleri ve Beş Faktörlü Kişilik Özelliklerinin Araştırılması.** Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
21. DOLU, G. (1997). **Onkolojide Çalışan Hekimlerde tıbbi sosyal Çalışma Açısından Tükenmişlik (Burnout) Sendromunun Araştırılması.** İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
22. EBERT, H.M., LOOSEN, P.T, NURCOMBE, B. (2003), **Current Psikiyatri** (Çev. Sunar BİRSÖZ, Taha KAHRAMAN). Güneş Kitapevi: Ankara.
23. ERGİN, C.A. (2006). **Organizasyonlarda Disiplinsiz Davranışlar ve Disiplinsiz Davranışlar ile Kişilik Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Kayseri’de Bir Araştırma,** Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
24. ERKOÇ, T. (2008). **Kişilik Özelliklerinin Örgütsel İletişime Etkisi ve Bir Araştırma,** İstanbul: Beykent Üniversitesi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
25. ERSOY-KART, M. (2011). **Çalışma Yaşamında Davranış ve Kişilik.** Ankara: Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim yayınları, No:75.

26. FRIEDMAN, H.S. and SCHUSTACK, M.W. (1999). **Personality: Classic Theories and Modern Research**. USA: Allyn & Bacon.
27. FRIEDMAN, R.C., BIGGER, T., KORNFELD, D.S. (1971). "Intern and Sleep Loss". **The New England Journal of Medicine**, 285 (4):201-203.
28. GALLERY, M.E., WHITLEY, T.W., KLONIS, L.K., ANZINGER, R.K., REVICKI, D.A. (1992). "A Study of Occupational Stress and Depression Among Emergency Physicians". **Annals of Emergency Medicine**. 21(1):58-64.
29. GOLDBERG, L.R. (1993). "The Structure of Phenotypic Personality Traits", **American Psychologist**, 48(1):26-34.
30. GÖZÜM, S. (1996). **Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerde İş Doyumu, Tükenmişlik ve İşe Devamsızlığı Etkileyen Faktörlerin Araştırılması**. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.
31. GÜNÇIKAN, M.N. (1997). **GATA'da Görevli Öğrencilerin Çalışma Koşullarının İş Psikolojisine Etkisi**, GATA, Uzmanlık Tezi, Ankara.

32. HENDRIE, H., CLAIR, D., BRITTAIN, H., FADUL, P.E, (1990). “A Study of Anxiety Depressive Symptoms of Medical Students, Hose Staff, and Their Spouse Partners” , **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 178(3):204–207.
33. HİSLİ, N. (1988). “Beck Depresyon Envanteri’nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma”. **Psikoloji Dergisi**, 6 (22): 120.
34. ISIR, T. (2006). **Örgütlerde Personel Seçme Süreci: Bir Kamu Kuruluşundaki Yönetici Personelin Kişilik Özelliklerinin Tespit edilerek Personel Seçim Sürecinin İyileştirilmesi Üzerine Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
35. KAPLAN, H., SADOCK, B. (1988). **Synopsis of Psychiatry**.(Fifth Edition) Baltimore, USA: Williams & Wilkins.
36. KAPLAN, H., SADOCK, B. (2004). “Madde Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar”. Prof. Dr. Ercan ABAY (Ed.). **Klinik Psikiyatri** (s. 75-115). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
37. KAŞLI, M. (2009). **Otel İşletmelerinde İşgörenlerin Kişilik Özellikleri Lider-Üye Etkileşimi ve Tükenmişlik İlişkisinin İncelenmesi**. Balıkesir

Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilimdalı,
Doktora Tezi, Balıkesir.

38. KAYA, B. (2006). “Depresyon: Sosyoekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış”. **Klinik Psikiyatri Dergisi**, 10 (ek 6):11-20.

39. KENDLER, K.S., GATZ, M. (2006). “Personality and Major Depression”. **Arch. Gen Psychiatry**, 63: 113-1120.

40. KOCABAŞOĞLU, N., Vural, M., ULUDÜZ, U.D. (2001). “Uzman ve Asistan Statüsündeki Bir Grup Hekimde Mesleki Doygunluk, Depresyon ve Çalışma Karakteristiği İlişkisinin İncelenmesi”. **Yeni Symposium Dergisi** 39(4): 168-173.

41. KÖROĞLU, E., GÜLEÇ, C. (2007). **Psikiyatri Temel Kitabı**. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

42. KUBAT, U., KURUÜZÜM, A. (2010). “İş Değerleri İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Yapısal Denklem Modelleme Yaklaşımı”. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 15(3): 487-505.

43. KURT, M., YÜKSEL M. (1997). “Hekimlerin İş Güçlüğü Faktörlerinin Belirlenmesi ve İş Doyumu, İş Gelişimi, Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisinin Analizi”. **Toplum ve Hekim Dergisi**, 12 (81):2-8.
44. MCCRAE, R.R. and JOHN, O. (1992). “An Introduction to the Five-Factor Model and Its Applications”. **Journal Of Personality**, 60 (2):174-214.
45. ÖZER, M., BAKIR, B. (2003). “Sağlık Personelinin Motivasyonu İle İlgili etmenlerin Belirlenmesi”. **Gülhane Tıp Dergisi**, 45 (2):117-122.
46. SANDERSON, W., WETZLER, S. BECK, T.A. and BETZ, F. (1992). “Prevalence of Personality Disorder in Patients with Major Depression and Dysthymia”. **Psychiatry Research**, 42: 93-99.
47. SAVCI, İ. (1999). “Toplumsal Cinsiyet ve Teknoloji”. **Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi**, 54(1):123-142.
48. SAYGILI, A. (2011) “Özelde Çalışan Hekimlerin Sağlık Koşulları Ve Sağlık Güvenliği “Hekimin Hasta Olma Hakkı Var Mı?” **İstanbul Tabip Odası Özel Hekimlik Komisyonu / Hekimlikte Sendikalaşma Çalışma Grubu Anket Çalışması**, Ekim, İstanbul.

49. SAYIL, I. (1996). **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ders Kitabı**, Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi: Antıp A.Ş. Yayınları.
50. SİLAH, M. (2001). **Üniversite Akademik Personelinin Görev Ünvanları Açısından İş Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması**. Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
51. SOMER, O., KORKMAZ, M., TATAR, A. (2002). “Beş Faktör Kişilik Envanterinin Geliştirilmesi-I: Ölçek ve Alt Ölçeklerin Oluşturulması”. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 49: 21-23.
52. SOYER, A, (1999). “Stres ve İş” **Toplum ve Hekim Dergisi**, 14(2):108-114.
53. ŞENGÜL, C. M. (2008), **Örgüt Çalışanlarının Kişilik, İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi.
54. TOMRUKÇU, B. (2008). **Beş Faktör Kişilik Özellikleri İle İş Değerleri Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme**. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.

55. TYSSEN, R. VALGUM, P., EKEBERG, G.O. (2001). "Suicidal Ideation Among Medical Students and Young Physicians: A Nation Wide and Prospective Study of Prevalance and Predictors". **Journal of Affective Disorders**, 64: 69-79.
56. ÜNAL, S., ÖZCAN E. (2000). "Depresyonu Hızlandırıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler". **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, (1):141-147.
57. ÜNLÜTÜRK-ULAŞ, Ç. (2011). **Türkiye’de Sağlık Hizmeti Üretimini Dönüşümü**. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara
58. VALLIANT, G.E., SOBOWALE, N.C, ARTHUR, M.C. (1972). "Psychologic Vulnerabilities of Physicians". **The New England Journal of Medicine**, 287(8):372-375.
59. WARING E.M. (1974). "Psychiatric Morbidity Of Physicians". **A Review Compr. Psyhiatry**, 15:519-530.
60. YELBOĞA, A. (2006). "Kişilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", **İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, 8(2): 196-208.

61. YÜKSEL, N. (2006). **Ruhsal Hastalıklar** (III. Baskı) Ankara: Medikal 8 Nobel.

62. ZEL, U. (2006). **Kişilik ve Liderlik**, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Tıp Doktorlarının Depresyon Düzeyleri İle Kişilik Özellikleri Ve Çalışma Koşulları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Haydar GEZER

Ankara Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri

Anabilim Dalı

Sağlık hizmetinde teknolojik ve bilimsel gelişmelerin yanı sıra insan faktörünün önemi göz önünde bulundurularak planlanan bu çalışmada; hekimlerin depresyon düzeyleri ile kişilik özellikleri ve çalışma koşulları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Araştırmaya katılan 128 hekimin % 49,3'si erkek, % 50,7'si kadındır. Katılımcıların statü açısından dağılımı % 48,5'ü pratisyen, % 51,5'i uzman hekim şeklindedir.

Sonuçlar: Sosyometrik soru grubunda yer alan özel yaşam ve çalışma koşulları ile depresyon ilişkisi açısından bakıldığında; kadın olmanın depresyon için risk faktörü olduğu, evli hekimlerin depresyon oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tıp fakültesi öncesi yaşam olaylarından 17 yaş öncesi ebeveyn kaybı depresyon ile ilişkili bulunmuştur.

Depresyon ile anlamlı ilişki içinde olan diğer faktörler ise; nöbet tutma ve alkol kullanım sıklığı, meslektaşlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilidir.

Kişilik özellikleri ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; uzlaşabilirlik ve dışadönüklük düzeyleri arttıkça depresyon düzeyinin düştüğü; nevrotiklik eğilimi arttıkça depresyon düzeyinin yükseldiği tespit edilmiştir.

Sosyometrik soru grubu ile araştırılan özel yaşam ve çalışma koşullarının kişilik özellikleri açısından bakıldığında nevrotik eğilimi olan hekimlerin öğle tatillerinin süresini daha az algıladıkları, daha önce psikiyatrist ya da psikologdan yardım alma ve psikolojik sorunlar için ilaç kullanma öyküsünün daha sık olduğu; ayrıca bu gruptaki hekimlerin iş yaşamının aile yaşamına etkilediğini daha fazla beyan ettikleri tespit edilmiştir.

Kişiliğin uzlaşabilirlik boyutu açısından bakıldığında uzlaşabilirliği yüksek olan hekimlerin alkol kullanım sıklığının daha az olduğu; iş ile ilgili inisiyatif alma, iş yaşamının aile yaşamı üzerine etkisini ve iş arkadaşları ile ilişkilerini daha olumlu değerlendirdikleri tespit edilmiştir. Pratisyen hekimlerin uzman hekimlere göre uzlaşabilirlik düzeyinin yüksek oluşu çalışmamızın diğer bir sonucudur.

Anahtar kelimeler; kişilik özellikleri-hekim, kişilik özellikleri-çalışma koşulları-hekim, depresyon-hekim.

ABSTRACT

POSTGRADUATE THESIS

**THE RESEARCH ABOUT THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION
LEVELS OF MEDICAL DOCTORS AND THEIR PERSONALITY TRAITS
AND WORKING CONDITIONS**

Haydar GEZER

Ankara University

Institute of Social Sciences

Labour Economy and Industrial Relations Department

In this study which was planned by taking into account technological and scientific developments as well as the importance of human factors in medical service, it was made a research about the relationship between depression levels of medical doctors and their personality traits and working conditions.

49,3 % of 128 participants who took part in this research is male and 50,7 % is female. When looking at the distribution of participants' status; 48,5 % of them is primary care physician and 51,5 % is specialist physician.

The results; considering the relationship between private life and working conditions with depression in sociometric question group; it was determined that

being a woman is a risk factor for depression and depression levels of married doctors are lower than those of singles.

Among life events before medical faculty, bereavement of parents under 17 ages was correlated with depression.

Other factors associated with depression are colleagues, health care personnel, vigil and frequent using alcohol.

When analyzed the relation between personality traits and depression, it was determined that depression level decreases when ability to make compromise and extroversion levels increase and depression level increases when emotional balance point (neuroticism tendency) increases.

Considering personality traits, private life and working conditions searched with sociometric question group, it was determined that doctors with neurotic tendency perceive lunch break as insufficient, they are more likely to use psychological medicines and also they stated that their professional life negatively affects their family life.

It was determined that the doctors who have the ability to make compromise use less alcohol, they take more initiatives, they regard the effect of professional life on their family life as positive and they think positively about their relationship with

their associates. The study also verify that the level of ability to compromise of primary care physicians are higher than those of specialist ones.

Key Words: Personality traits-doctors, personality traits-working conditions-doctor, depression-doctor.

EKLER

EK.1. SOSYOMETRİK SORU GRUBU

I - Araştırmacı tarafından oluşturulan ve demografik verileri doktorların kendilerine ait tanıtıcı verileri, çalışma koşularını içeren anket formu.

1. Cinsiyet

1) E 2) K

2. Medeni durum

1) Evli 2) Bekar 3) Diğer

3. ocuk sahibi olma

1) var 2) yok

4. Statü

1) Uzman 2) Pratisyen

5. 17 yaş öncesi ebeveyn kaybı

1) Var 2) yok

6. Meslek seçimi öncesi 1. derece yakınlarında ya da kendilerinde geçirilmiş ciddi kaza

1) Var 2) Yok

7. 1. derece yakınları ya da kendisinde ciddi kronik, mental ya da bedensel hastalık

1) Var 2) Yok

8. Ailede ruhsal hastalık öyküsü

1) Var 2) Yok

9. Günde bakılan hasta sayısı

1) 1-20'den az 2) 20-50 3) 50'den fazla

10. Nöbet tutma/ayda

1) yok 2) ayda 1-3 c) ayda 5 d) ayda 5'ten fazla

11. Yönetim tarafından alınan kararlara (işleyiş konusunda) katılabilme

1) sık 2) bazen 3) hiç

12. Mesleki gelişim için gerekli fırsatların sağlanabilmesi

1) var 2) kısmen 3) yok

13. Yönetim ve işle ilgili sorunların paylaşılabilceği çözüm önerilerinin tartışılabilceği toplantılar

1) sık 2) bazen 3) yok

14. Öğle tatilleri için yeterli süre

1) yeterli 2) yetersiz

15. Bugüne kadar psikiyatrist/psikoloğa başvuru öyküsü

1) var 2) yok

16. Psikolojik sorunlar için (uykusuzluk vs.) ilaç kullanımı

1) var 2) yok

17. Sigara kullanımı

1) var 2) yok

18. Alkol kullanımı

1) yok 2) haftada 1-2 kez 3) haftada 3 veya daha fazla

19. İş konusunda yeterli inisiyatif alabilirim

1) evet 2) hayır

20. Yönetim birimine karşılaştığım sorunlarda yanımda olacaklarına dair güvenirim

1) evet 2) hayır 3) kısmen

21. Çalıştığım kurum nedeniyle gelecek kaygılarım var

1) evet 2) hayır

22. Aldığım ücret tatmin edici

1) evet 2) hayır

23. Sosyal yaşamım işim nedeniyle kısıtlı

1) evet 2) hayır

24. İş yaşamım aile yaşamımı etkiliyor

1) evet 2) hayır

25. İş arkadaşlarınız ile ilişkiniz

1) doyurucu ve uyumlu 2) yetersiz ve gergin 3) ilişkim yok

26. İş arkadaşları arasındaki rekabeti nasıl değerlendirirsiniz.

- 1) yok 2) rekabet var ve gerginlik yaratıcı 3) rekabet var ancak çalışmalarımı olumlu etkiliyor

27. Çalıştığım işyerinde performans sistemi

- 1) uygulanıyor 2) uygulanmıyor

28. Hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile uyumlu çalışabiliyor musunuz?

- 1) evet 2) hayır

29. İşyerinizin fiziksel koşulları (havalandırma, aydınlatma, yemek....vb) yeterli mi?

- 1) evet 2) hayır

30. Kurumunuz

- 1) kamu 2) özel 3) eğitim

EK.2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

		YOK	BAZEN	SIK	ÇOK SIK
1	O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum				
2	Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir düzelmeyecekmiş gibi geliyor				
3	Kendimi tamamen başarısız bir insan olarak görüyorum				
4	Her şeyden sıkılıyorum				
5	Kendimi her zaman suçlu hissediyorum				
6	Cezalandırıldığımı hissediyorum				
7	Kendimden nefret ediyorum				
8	Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum				
9	Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm				
10	Eskiden ağlayabilirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum				
11	Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor				
12	Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum				
13	Artık hiç karar veremiyorum				
14	Kendimi çok çirkin buluyorum				
15	Hiçbir şey yapamıyorum				
16	Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve uyuyamıyorum				
17	Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum				
18	Artık hiç iştahım yok				
19	Altı kilodan fazla kilo verdim				
20	Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiç bir şey düşünmüyorum				

EK.3. Büyük Beş Kişilik Envanteri

Lütfen aşağıda verilen yargı ifadelerini okuyarak bu ifadelere katılma derecenizi karşısında verilen ölçek üzerinde işaretleyiniz. İfadelerin başına "kendimi" kelimesini getirerek cevaplayınız. Aşağıdaki yargı cümlelerine katılma düzeyinizi ilgili rakamı işaretleyerek belirtiniz. Her ifade için sade bir seçenek işaretlemeniz ve cevapsız soru bırakmamanız gerekmektedir.

Madde No	Madde	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
	Kendimi,	1	2	3	4	5
1	...konuşkan birisi olarak görüyorum	1	2	3	4	5
2	...çekingen birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
3	...enerji dolu birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
4	...şevk yaratan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
5	...sessiz olmaya meyilli birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
6	...bazen utangaç, çekingen birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
7	...sempatik, arkadaş canlısı birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
8	...diğer insanların hatasını bulmaya meyilli birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
9	...değerlerinden bencil olmayan ve yardımsever birisi olarak görüyorum	1	2	3	4	5
10	...diğerleriyle kavga etmeye başlayan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
11	...affedici birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
12	...güvenilir birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
13	...soğuk ve mesafeli birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
14	...hemen hemen herkese karşı kibar birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
15	...bazen başkalarına karşı kaba birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
16	...diğerleriyle işbirliği yapmaktan hoşlanan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
17	...hüzünlü birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
18	...gergin birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
19	...endişeli birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
20	...duygusal açıdan istikrarlı olan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
21	...kaprisli biri olarak görürüm	1	2	3	4	5
22	...en zor durumlarda bile sabırlı birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5

23	...kolayca sinirlenen birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
24	...işini tam yapan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
25	...ihmkar birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
26	...itimat edilen bir kişi olarak görürüm	1	2	3	4	5
27	...dağınık birisi gibi görürüm	1	2	3	4	5
28	...tembel olmaya eğilimli birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
29	...azimli birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
30	...işleri becerikli olarak yapan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
31	...planları yapan ve planına bağlı birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
32	...dikkatli kolay dağılan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
33	...orijinal fikirleri olan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
34	...meraklı birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
35	...bir düşünür olarak görürüm	1	2	3	4	5
36	...hayal gücü olan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
37	...yaratıcı birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
38	...sanatsal ve estetik değerlere önem veren birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
39	..rutin işlerden hoşlanan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
40	...fikirleri üzerinde düşünmeyi seven birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
41	..çeşitli sanatsal merakları olan birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5
42	...güzel sanatlar (müzik, edebiyat, sanat) alanında kültürlü birisi olarak görürüm	1	2	3	4	5

ÖZ GEÇMİŞ

Haydar GEZER 02.05.1978 tarihinde Ankara'da doğdu. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Çalışma Ekonomisi Endüstri İlişkileri Bölümünden 2002 yılında mezun oldu. 2008 yılında Maliye Bakanlığı Gelir Uzmanlığı sınavını kazandı. 2010 yılında Maliye Bakanlığı Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü tarafından yapılan Mali Hizmetler Uzmanlığı sınavını kazanarak Ankara Büyükşehir Belediyesinde Mali Hizmetler Uzman Yardımcısı olarak göreve başladı. 2012 yılında uzmanlık tezi olarak Mahalli İdarelerde Bütçe Hazırlama Teknikleri konusunda çalışma yaptı.

Adres: Bağlarbaşı mahallesi 100/7 Abidinpaşa Mamak/ANKARA

e-posta:haydargezer@gmail.com

Tel: 0 539 290 61 26