

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DURUMU
VE ETKİLİ FAKTÖRLER: RİZE İLİ ÖRNEĞİ

Uzmanlık Tezi

Dr. ERDEM MEMİŞ

RİZE 2021

T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

AİLE HEKİMLERİNDE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DURUMU
VE ETKİLİ FAKTÖRLER: RİZE İLİ ÖRNEĞİ

Uzmanlık Tezi
Dr. ERDEM MEMİŞ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ

RİZE 2021

TEŞEKKÜR

Eğitim sürem boyunca ve tez çalışmalarım sırasında kıymetli bilgi ve tecrübelerini paylaşarak bana her fırsatta yardımcı olan, saygıdeğer hocam Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ'a,

Her anımda yanımda hissettiğim, sevgileriyle ve ilgileriyle bana her zaman destek olan anneme, babama ve kardeşlerime, hayatımı paylaştığım, sevgisi ve anlayışıyla yaşantıma anlam katan sevgili eşime, bize yaşama sevinci veren biricik oğluma,

Yaptığım rotasyonlar sırasında değerli bilgi ve tecrübelerini paylaşarak mesleğimde başarılı olmam adına bana yol gösteren saygıdeğer hocalarıma, asistan arkadaşlarıma, hemşire ve sağlık personeli arkadaşlarıma,

Tez çalışmamda değerli vakitlerini ayırıp çalışmamda bana destek olan aile hekimi dostlarıma,

Uzmanlık eğitim sürem boyunca yardımlarını benden hiç esirgemeyen, mesleğimi icra ederken onlarla çalışmaktan mutluluk duyduğum görev yerim olan Kalkandere 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde beraber çalıştığım güler yüzlü, kıymetli arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Erdem Memiş

Rize 2021

ÖZET

Aile Hekimlerinde Psikolojik Dayanıklılık Durumu ve Etkili Faktörler: Rize İli Örneği

Giriş: Aile hekimliği; tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetlerinin verildiği ve hastanın sağlık sistemine ilk temas noktasının oluşturulduğu sağlık sisteminin en temel noktalarından biri olan hekimlik uygulama alanıdır. Bu çalışmada bu hizmetlerin sunumunda kilit rolü olan aile hekimlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi ve ilişkili olabilecek faktörlerin saptanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmanın evrenini; Rize ili aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri oluşturdu. Araştırma 1 Temmuz 2020-30 Eylül 2020 tarihleri arasında Rize ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin kendi aile sağlığı merkezlerinde yüz yüze anket çalışması şeklinde yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada örneklem alınmadan, evrenin tamamına ulaşılması planlandı ve 101 aile hekiminden 92'si gönüllülük esasıyla çalışmaya dahil edilerek evrenin %91'ine ulaşıldı. Psikolojik dayanıklılığın ölçülmesinde Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanıldı. Bu araştırmanın istatistik analizinde IBM SPSS Statistics 25 programı kullanılmıştır

Bulgular: Sağlıkta şiddete maruz kalmayan hekimlerin genel psikolojik dayanıklılık ortalama ölçek skoru (138,308) şiddete maruz kalan hekimlerin ortalama ölçek skorundan (126,595) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksekti ($z=-2,495$, $p<0,05$). Şiddete maruz kalmayan hekimlerin ortalama toplam ölçek skoru (138,308) sözlü şiddete maruz kalan hekimlerin ortalama toplam ölçek skorundan (127,430) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksekti ($z=-2,406$, $p<0,05$). Şiddet görmeyen hekimlerin ortalama toplam ölçek skoru (138,308) hem sözlü hem de fiziksel şiddet gören hekimlerin ortalama toplam ölçek skorundan (118,000) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksekti ($z=-2,406$, $p<0,05$). Ayrıca psikolojik dayanıklılık ölçek toplam skoru ile yıllık misafir sayısı arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardı ($r=-0,162$, $p<0,05$).

Sonuç: Aile hekimlerinde psikolojik dayanıklılığı negatif yönde etkileyen en önemli faktör sağlıkta şiddet gerçeğidir. Ayrıca yıllık misafir hasta sayısının yüksekliği, kendi başına ve dolaylı olarak sağlıkta şiddete yol açması sebebiyle hekimlerdeki psikolojik dayanıklılığı negatif olarak etkilemiştir. Sağlıkta şiddetin engellenmesi için gerekli düzenlemelerin hayata geçirilmesi önerilir. Ayrıca ülkemizde aile hekimlerinin psikolojik dayanıklılığının araştırıldığı başka çalışma olmadığından bu konuda yeni çalışmaların yapılması da önerilir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Psikolojik Dayanıklılık, Sağlıkta Şiddet

SUMMARY

Psychological Resilience Status and Related Factors in Family Physicians: Rize province-based sample

Introduction: Family medicine is a field of practice in which, along with health care services that focus on treatments, preventative and health improvement services are provided, and it is also patient's first contact with the healthcare system. In this study, it is aimed to determine the psychological resilience levels of the primary care physicians who play a key role in providing these services and address the related factors.

Method: Family physicians working in family health centers of Rize province constituted the universe of this study. It was carried out at family health centers in Rize province between 1 July 2020 and 30 September 2020 during working hours using face to face interview technique. This descriptive study planned to reach the whole target population without planning a sample, and it achieved a rate of %91 by including 92 out of 101 family physicians on a voluntary basis. The Psychological Resilience Scale for Adults was used to measure psychological resilience. IBM SPSS Statistics 25 program was used for statistical analysis.

Results: The physicians who were not exposed to violence had a mean scale score of general psychological resilience (138.308) which was significantly higher than the mean scale score of general psychological resilience of the physicians who were exposed to violence (126.595) ($z=-2.495$, $p<0.05$). The physicians who were not exposed to violence had a total mean scale score (138.308) which was significantly higher than the total mean scale score of the physicians who were exposed to verbal violence (127.430) ($z=-2.406$, $p<0.05$). The physicians who were not exposed to violence had a total mean scale score (138.308) which was significantly higher than the total mean score of the physicians who were exposed to both physical and verbal violence (118.000) ($z=-2.406$, $p<0.05$). In addition, there was a significantly important negative relationship between psychological resilience total mean score and annual number of guest patients. ($r=-0.162$, $p<0.05$).

Conclusion: The most important factor negatively affecting psychological resilience in family physicians is violence in healthcare itself. In addition, the high number of annual guest patients negatively affected the psychological resilience of physicians since it caused violence in healthcare naturally and indirectly. It is recommended to implement the necessary regulations to prevent violence in healthcare. In addition, since there is no other study investigating the psychological resilience of family physicians in our country, new studies are also requested on this topic.

Key words: Family Medicine, Resilience, Violence in Healthcare

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET.....	II
SUMMARY	III
İÇİNDEKİLER	IV
ŞEKİLLER DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1.Psikolojik Dayanıklılık	2
2.1.1.Psikolojik Dayanıklılığın Sınıflandırılması	4
2.1.1.1.Kobasa Sınıflandırması.....	4
2.1.1.2.Masten ve Red'in Sınıflandırması	4
2.1.1.3.Fredrickson'un Sınıflandırması	6
2.1.1.4.Jackson, Firtko, Edenborough'un Sınıflandırması.....	7
2.1.1.5.Friborg ve Arkadaşlarının Sınıflandırması	8
2.1.2.Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler	10
2.1.2.1.Risk Faktörleri	10
2.1.2.2.Koruyucu Faktörler.....	12
2.1.2.3.Yatkınlık	13
2.1.3.Psikolojik Dayanıklılığı Yüksek Bireylerin Özellikleri.....	13
2.2.Aile Hekimliği	16
2.2.1.Aile Hekimliği Disiplini	17
2.2.1.1.Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri	18

2.2.2.Aile Hekimliğinin Temel Yeterlilikleri	21
2.2.3.Türkiye’de Aile Hekimliği Görev Yetki ve Sorumlulukları	25
2.2.4.Aile Hekimliği Uygulamasında Karşılaşılan Başlıca Sorunlar	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli	32
3.2.Araştırmanın Yeri ve Tarihi	33
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4.Araştırma Verilerinin Toplanması	34
3.4.1.Kişisel Bilgi Formu	34
3.4.2.Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	34
3.5.İstatistiksel Değerlendirme	36
3.6.Araştırmanın Etik İlkeleri	36
4.BULGULAR	37
5.TARTIŞMA	66
6.SONUÇLAR	77
7.ÖNERİLER	79
8.KAYNAKLAR	80
9.EKLER	90

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlikler ve Özellikler

Şekil 4.1. Cinsiyet Dağılım Grafiği

Şekil 4.2. Yaş Dağılım Grafiği

Şekil 4.3. Medeni Hal Dağılım Grafiği

Şekil 4.4. Çocuk Sayısı Dağılım Grafiği

Şekil 4.5. Vücut Kütle İndeksi Dağılım Grafiği

Şekil 4.6. Sigara Kullanım Grafiği

Şekil 4.7. Kronik Hastalık Durumu Grafiği

Şekil 4.8. Kronik İlaç Kullanımı Grafiği

Şekil 4.9. Psikiyatrik İlaç kullanımı Grafiği

Şekil 4.10. Psikiyatrik İlaç (Eskiden) Kullanımı Grafiği

Şekil 4.11. Rize’de Geçirilen Süre (Yıl) Grafiği

Şekil 4.12. Hekimlik Süresi (Yıl) Grafiği

Şekil 4.13. Aile Hekimliği Süresi (Yıl) Grafiği

Şekil 4.14. Çalışılan Aile Hekimliği Birimi Sayısı Grafiği

Şekil 4.15. Son ASM Biriminde Çalışılan Süre (Ay) Grafiği

Şekil 4.16. Aile Sağlığı Merkezinin Konumu Grafiği

Şekil 4.17. Yaşanılan Yerin Konumu Grafiği

Şekil 4.18. Aile Sağlığı Merkezi Toplam Birim Sayısı Grafiği

Şekil 4.19. Aile Sağlığı Merkezlerinin Entegre Dağılımı

Şekil 4.20. Toplam Kesin Kayıtlı Hasta Sayısı Grafiği

Şekil 4.21. Yıllık Toplam Poliklinik Sayısı Grafiği

Şekil 4.22. Yıllık Misafir Hasta Sayısı Grafiği

Şekil 4.23. Sağlıkta Şiddet Görme Durumu Grafiği

Şekil 4.24. Sağlıkta Şiddetin Türü Grafiği

Şekil 4.25. Son 2 Yılda Maruz Kalınan Sağlık Şiddetin Sıklığı Grafiği

Şekil 4.26. Pandemi Dönemi Esnek Mesai Yapabilme Dağılımı Grafiği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Aile hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri 1

Tablo 4.2. Aile hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri 2

Tablo 4.3. Yapısal Stil Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Tablo 4.4. Gelecek Algısı Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Tablo 4.5. Aile Uyumu Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Tablo 4.6. Kendilik Algısı Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Tablo 4.7. Sosyal Yeterlilik Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Tablo 4.8. Sosyal Kaynaklar Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Tablo 4.9. Toplam Ölçek Skoru İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Tablo 4.10. Korelasyon Analiz Tablosu 1 (Kendalls tau_b)

Tablo 4.11. Korelasyon Analiz Tablosu 2 (Kendalls tau_b)

1.GİRİŞ

Aile hekimleri WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians)'nın tanımına göre; bireyin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen, bu bağlamda bütüncül, koordineli ve kapsamlı bir bakım sağlayarak özgül görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik yaklaşım geliştirebilen hekimlerdir (1). Ülkemizde de aile hekimliklerinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamlı ve kişiye yönelik olarak verilmektedir. Aile hekimlerinin topluma üretken bir birey olarak katkı sağlayabilmeleri için kendi sağlık durumlarını koruyabilmeleri de önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı “Sadece hastalık ve sakatlığın olmaması olarak değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (2). Zihinsel iyilik hali, kişinin günlük hayatın stresleri ile baş edebildiği, yeteneklerini gerçekleştirdiği, üretken bir birey olarak topluma katkıda bulunabildiği bir refah halidir (2). Bireylerin birbirleriyle iletişimde bulunma, hissetme, düşünme, yaşamdan keyif alma becerileri için zihinsel iyilik hali elzemdir (2). Psikolojik dayanıklılık zihinsel iyilik haliyle ilişkili önemli bir kavramdır.

Psikolojik dayanıklılık, stres unsuru faktörlerin üstesinden gelebilme ya da stres etmenlerinin olduğu bu yeni duruma iyi uyum sağlayabilme sürecidir (3). Ayrıca psikolojik dayanıklılık zorluklarla baş edebilme yeteneği olarak da ifade edilmiştir (4). Psikolojik dayanıklılığın doğuştan gelen bir özellik olmadığı ve kişilerin bu özelliği kazanması için eğitilebileceği belirtilmektedir (5). Psikolojik olarak dayanıklı bireyler stresli durumlar karşısında sahip oldukları bireysel, ailevi ve sosyal koruyucu faktörlerin etkileşimi ile olumlu sonuçlar alabilmektedir (6).

Aile hekimleri; koruyucu, tedavi edici ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetlerini aynı anda veriyor olma, yoğun çalışma programları, sağlık yönetimiyle ilgili sorunlar, etik ikilemler, hasta kaynaklı sorunlar, çalışma ortamı kaynaklı problemler, mevzuatı belirsiz olan sağlık raporlarının sorumluluğunu yüklenme gibi sebeplerden dolayı stresli bir mesleğe sahiptir. Aile hekimlerinin zor koşullar altında

işlevselliklerini devam ettirebilmeleri için psikolojik dayanıklılık gibi koruyucu faktörlere sahip olmaları gerekmektedir.

Bu çalışmada Rize ilinde çalışmakta olan aile hekimlerinin psikolojik dayanıklılık durumlarının ve ilişkili faktörlerin araştırılması amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Psikolojik Dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık; kişinin zorlu koşullara uyum sağlarken başarılı olabilmesini kolaylaştıran özelliklerin ve koruyucu mekanizmaların bütünüdür ve dinamik, değişken bir kavram olarak değerlendirilmektedir (7). Bir yakının kaybedilmesi, işsiz kalma, ciddi sağlık sorunlarıyla karşılaşma, fiziksel veya ruhsal travmatik saldırılara maruz kalma gibi durumlar zorlu koşullar olarak sayılabilir.

Psikolojik dayanıklılık pozitif psikolojinin en önemli konularından biridir. Geçmişteki araştırmalara bakıldığında görülmektedir ki bireylerin olumsuz özelliklerini inceleyen ve bunları anlatan, çözüm arayan çalışmalar genelde çoğunluktadır. Kişilerin güçlü yönlerini inceleyen, gösteren, araştıran ve geliştiren çalışmalar daha çok 2000’li yıllardan sonra yapılmaya başlanmıştır. Bireyin sağlıklı ve huzurlu olmasını ve bu durumu sürdürebilmesini gösteren yetilerle ilgilenilmesiyle birlikte pozitif psikoloji öne çıkmıştır. Yani pozitif psikoloji, psikiyatri biliminin koruyucu hekimliğinin bir uygulamasıdır diyebiliriz. Mutluluk, iyi düşünce, umutlu olma, affedicilik gibi konular pozitif psikoloji altında incelenmeye başlanmıştır (8, 9). Pozitif psikoloji bireylerin ve toplumun yaşama en iyi şekilde uyum sağlamaları için araştırma yapan bir bilimdir. Bireylerin olumlu yönlerini geliştirmelerine, tecrübe yaşamalarına ve bireysel iyi oluşlarını arttıran uygulamalarla, bireylerin psikolojik sağlıklarını korumaya yönelik çalışan bir alandır (10). Bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını irdelemek ve geliştirmek, gelecekte hayat akışı içerisinde oluşabilecek ruhsal sağlıksızlık durumunun önüne geçebilmek için önemlidir.

Psikolojik dayanıklılık etin hayat tecrübelerine karşı bireyin kendini toparlama gücü (11) veya değişimin ya da felaketlerin başarılı biçimde üstesinden gelebilme yetisi olarak da tanımlanmaktadır (12).

Değişim denildiğinde; yalnızca olumsuz durumlar değil aynı zamanda işte daha yüksek pozisyonlara gelme, sorumluluk alanının artması, önemli görevlere atanmak gibi olumlu süreçlerde de ortaya çıkan toparlama gücü ve önceki denge durumunu sağlayabilme yeterliliğinin psikolojik dayanıklılığın içinde olduğu ifade edilmektedir (13). Psikolojik dayanıklılık bir başarı veya uyum sağlama sürecini ifade eder (3).

Literatürde psikolojik dayanıklılık stresle başa çıkma gücü, stresi başarılı yönetebilme bileşeni olarak da ele alınıp tanımlanmaktadır. Psikolojik dayanıklılık; trajedi, tehdit, travma veya ailesel ve çevresel sorunlar, sağlık problemleri, iş hayatı, parasal konular gibi stres kaynaklarına karşı bireyin uyum sağlama yetisi olarak değerlendirilmektedir (14). Psikolojik dayanıklılık stresin olumsuz etkilerini azaltan ve uyumluluğu destekleyen bir kişilik özelliğı olarak görölmektedir (15).

Bazı araştırmalar genetik özelliklere odaklanılmış ve toplumdaki birtakım insanların dayanıklı olarak dünyaya geldiklerini öne sürmüşlerdir (16). Lakin yapılan birçok çalışmada psikolojik dayanıklılığın sonradan kazanılabilen bir kişisel özellik olduğunu da göstermektedir (17). Psikolojik dayanıklılık, hayat döngüsünde karşılaşılan gerçekler karşısında algılanarak farkına varılan, öğrenilebilen ve bir süreç içerisinde gelişen bir olgu olmaktadır (18).

Psikolojik dayanıklılık Latince “Resiliens” sözcüğünden gelmektedir. Esnek, elastik olabilme ve kolayca eski hale dönebilme anlamına gelmektedir. Literatüre bakıldığında ise sıkıntılı durumlarla başa çıkabilme, zorlayan olumsuzluklara karşın akıl sağlığını koruyabilme ve nihayetinde kendini toparlayıp iyileşme ya da ayak uydurma olarak tanımlanmaktadır. Gerçekleşen istenmeyen durumlardan kendini kurtarabilme ya da kurtaramadığında yeni duruma alışabilme gücü olarak da ifade edilebilir (19). Dayanıklı birey, olumlu ya da olumsuz yeni düzene diğere bireylere göre daha iyi adapte olabilmektedir.

2.1.1.Psikolojik Dayanıklılığın Sınıflandırılması

2.1.1.1.Kobasa Sınıflandırması:

Kobasa 1979 yılında ileri derecede stresli işte çalışan 670 erkek üzerinde araştırma yapmış ve sonuçlarında, yoğun stres altında olup sık sık hastalanan bireyler ile aynı yoğunluktaki strese nadir hastalanan bireylerin arasındaki farkın kişilik yapılarındaki dayanıklılık kavramı olduğunu öne sürmüştür. Kobasa dayanıklı bireyler olarak; işine kendisini verebilen, hayatının kontrolünün kendi elinde olduğu hissine sahip olan ve değişimden korkmak yerine bunu yeni bir gelişme olanağı olarak gören kişisel özelliklere sahip bireyleri tanımlamıştır (20). Bu özellikleri irdelediğinde ise dayanıklılığın denetim, bağlanma ve meydan okuma olarak 3 ana alt gruptan meydana geldiği kanaatine varmıştır.

Denetim; bireyin kendi hayatında olup bitenlerin kontrolünün kendisi tarafından yapılabildiği inancıdır. Bir nevi bireyin kendi hayatına kendisinin yön verebileceği güdüsü de denilebilir.

Bağlanmayı, hayatın farklı alanlarında bireyin kendisini adayabileceği ya da aidiyet hissedebileceği olgularına sahip olması olarak açıklayabiliriz. Kişinin zor zamanlarında kendisini ayakta tutabilmek için kendi ilkelerine, amacına olan güdülenmişliğine, çevresel ilişkilerine, işine karşı bağlılık hissetmesi onun sağlığını koruyan önemli bir yetisidir.

Meydan okumak ise hayatındaki değişikliklerden korkmak yerine bu durumu yeni ufuklara yelken açmak için bir fırsat olarak görebilme heyecanını içinde taşıyabilmek olarak tanımlanabilir (20).

2.1.1.2. Masten ve Red'in Sınıflandırması:

Masten ve Red psikolojik dayanıklılığı yaşam koşullarının zorluğuna rağmen bireyin başarılı adapte olabilmesini ve gelişimini sürdürebilmesini sağlayan etmen olarak tanımlamışlardır. İyi adapte olabilmeyi anlatırken olumlu ve olumsuz farklı kriterler üzerinde durulmuştur. Sosyal olabilmek, akademik anlamda başarılı

olabilmek, var olduğu toplumun mutlu bir bireyi olabilmek gibi kriterler olumlu kriterler arasında sayılabilirken suç işlemek, fazla riskli davranışlar sergilemek, akıl hastalığının olması, duygusal problemlerin yoğun olması gibi durumlar da olumsuz kriterler olarak sayılabilir (7).

Gelişimin sürdürülmesi hususu da literatürdeki ‘‘gelişimsel görevler’’ kavramı üzerinden ifade edilebilir. Bir toplumdaki değişik yaş grubundaki çocuklardan beklenen davranışları sergileyebilmeleri o toplumdaki bireylerin gelişimsel görevleridir. Toplumlar ve kültürler arası farklılıklar olmakla birlikte birçok toplumda ortak olan görevler de mevcuttur. Örneğin; erken okul çağındaki bir çocuğun akademik olarak okuma yazmayı öğrenebilmesi sosyal arkadaşlık ilişkileri kurabilmesi beklenirken, 2 yaşına kadar ki bir çocuktan konuşabilmesi, yürüyebilmesi, ebeveyn yönergelerine uyabilmesi beklenir. Yine gençlerden daha olgun düşünceleri olabilmesi, iş bulabilmek için kendini geliştirmesi toplumda kendine bir yer edinebilmesi beklenir (7).

Bireylerin gelişiminin önüne geçen ve işlevselliğini azaltan birçok olumsuz durum vardır. Çocuk yaşta ortaya çıkan gebelik, ebeveynlerin ayrı olması, işsizlik, yıkıcı doğal afetler, ebeveynin hastalığı, savaş, düşük ekonomik durum bu olumsuz durumlara örnek verilebilir. Bu tür kötü tecrübelerin bireyin gelişiminde sorunlara yol açabileceğine dolayısıyla psikolojik dayanıklılığına negatif yönde etki edebileceğine dair çalışmalar vardır (7).

Psikolojik dayanıklılığı arttırıcı bireysel özellikler ise destekleyici aile ilişkileri ve olumlu çevre olarak tanımlanır (21). Aile ve çevreyle alakalı bu olumlu durumları koruyucu faktörler olarak ifade edebiliriz. İyi bir espri anlayışının olması, dini inancı olması, bilişsel yeteneklerinin olması, pozitif benlik algısı, ekonomik durumun iyi olması, iyi eğitim alabilme imkanının olması, güçlü aile bağları koruyucu faktörlere örnek olabilir (7).

Sorunların ortaya çıkmaması için ne kadar emek verilirse verilsin yine de yaşam döngüsünde çeşitli problemlerle karşılaşılacaktır. Problemler ortaya çıktığında bunlarla baş edebilmeyi öğrenmek psikolojik dayanıklılık için vazgeçilmez bir unsurdur. Azimli bir toplum oluşması için 3 temel stratejiyle psikolojik dayanıklılık güçlendirilebilir (7).

1) Kaynak odaklı stratejiler: Kaynak kişiyi riskler karşısında koruyan kişiye ait özellikler ve durumlardır. Bunların miktarının arttırılması daha kolay ulaşılabilir olması ve niteliğinin arttırılması amaçlanır.

2) Risk odaklı stratejiler: Risk faktörlerinin azaltılması ve çocukların kötü tecrübelerle olabildiğince maruz bırakılmaması amaçlanır. Çocuk yaşta evliliklerin önüne geçilerek adolesan doğumların ortadan kaldırılması, işsizliğin azaltılarak ekonomik yeterlilik sağlanabilmesi gibi durumlar örnek verilebilir.

3) Süreç odaklı stratejiler: Süreç içerisinde koruyucu faktörlerin devreye girmesini sağlamak ve gerekli olduğunda kişinin hayatına dokunabilmesini sağlayabilmek amaçlanır.

Psikolojik dayanıklılık toplumda var olan sıradan insanların inançlarından, düşünce yapılarından, aile ilişkilerinden, sosyal ilişkilerinden, eğitimlerinden, bedensel özelliklerinden kaynaklanan geliştirilebilir dinamik bir olgudur (7).

2.1.1.3. Fredrickson'un Sınıflandırması:

Fredrickson, pozitif yani olumlu duyguların hakkında; negatif yani olumsuz duygulara nazaran çok daha az bilgi olduğunu belirtmiştir. "Genişlet-oluştur" modelini ortaya atarak bu bilgi dengesizliğini gidermeyi ve memnun olma, mutlu olma, sevgi, neşeli olma gibi olumlu duyguların dayanıklılıktaki rolünü açıklayabilmeyi amaçlamıştır. Fredrickson bu modelle pozitif duyguların kişide yeni şeyler öğrenmeye gösterilen ilgiyi, sosyal bütünün bir parçası olabilmenin vereceği hazzı, düşüncelerini harekete geçirebilme potansiyelini arttırabileceğini iddia etmektedir. İnsanın doğasında zaten var olan bu olumlu duygular sayesinde toplumsal ve kişisel huzurun seviyesinin yükseltilebileceğini belirtmektedir (21).

Psikolojik ve hatta bedensel iyi olma halini arttırabilmenin yollarından biri de pozitif duyguların ve tecrübelerin geliştirilerek negatif duygularla başa çıkabilecek hale getirilebilmesini sağlamaktır. Folkman ve arkadaşlarına göre, kronik stresle mücadelede en önemli faktörlerden biri olumlu duygu ve tecrübelerdir.

Yine Aspinwall'e göre psikolojik dayanıklı kişilerin en önemli kaynaklarından biri olumlu duygu ve yaşanmışlıklardır (22).

Fredrickson çalışmasını bir topluluğa karşı sunum yapacak olan konuşmacılar üzerinde yapmıştır. Çalışmada bulunan bireyler arasında psikolojik dayanıklılığı daha güçlü olan bireyler konuşma öncesinde daha çok olumlu duygulara sahip olduğunu belirtmişlerdir. Konuşma ardından düşünceleri sorulan bu bireyler kaygının yanında başarmanın yüksek mutluluğunu da yaşadıklarını belirttiler. Fredrickson pozitif duyguların hayatın zorlu dönemlerini atlattırma ve kişisel gelişimini sürdürmede kişiye destek olan özellikler olduğunu belirtmiştir.

2.1.1.4. Jackson, Firtko ve Edenborough'un Sınıflandırması:

Jackson ve arkadaşları dayanıklılık ve kırılganlık arasındaki dengenin psikolojik dayanıklılığın belirleyicisi olduğunu savunmuşlardır. Kırılganlığın azaltılmasının yolu dayanıklılığı arttırmaktan geçer ve bu süreç dinamiktir. Psikolojik dayanıklılığı tarif ederken dengeyi sağlayabilme, hayatını kendi kontrolü altında tutabilme, zorluklara adaptasyonun iyi olması gibi özelliklerin üstünde durmuşlardır (23).

Jackson ve arkadaşları bireysel sosyal sorunlar ve çalışma hayatı problemlerine karşı psikolojik dayanıklılığı geliştirmek adına birtakım önermelerde bulunmuşlardır.

- * Profesyonel ilişkiler kurarak gelişmesini pozitif yönde destekleme
- *Pozitif olma durumunu sürdürebilmek
- *Duyusal zekayı geliştirmek
- *Hayat ve inanç arası ilişkiyi dengeleyebilmek
- *Tecrübeleri ileriye aktarabilmek (23).

2.1.1.5.Friborg ve Arkadaşlarının Sınıflandırması:

Friborg psikolojik dayanıklılığı iki temel amaçla önemsemiştir. Birincisi değişik hastalarda psikolojik iyilik halinin sağlanması ve devam etmesinde rol oynayan farklı etmenlerin aydınlatılmasıdır. İkincisi ise iş hayatında özellikle riskli meslek gruplarında bireyin olumsuzlukları göğüsleyebilme yeteneğinin önceden kestirilmesine yardımcı olması ve bu yeteneğin geliştirilmesi için fikir sahibi olabilmektir (24).

Hayatı sıkıntılı şartlarda geçmiş olup beklenmeyen başarılı sonuçlar elde edebilen bireyler psikolojik dayanıklılık olgusunun önemini ortaya koymuştur. Tüm olumsuz koşullara rağmen normal bir kişisel gelişim gösterebilen bireyler “dayanıklı” olarak nitelendirilmişlerdir.

Kauai ve Lundby’nin 10 yıldan uzun süren çalışmalarında dayanıklı diye nitelendirebileceğimiz bireylerin bazı temel özelliklerini şöyle ifade etmiştir: Dayanıklı bireyler yaşamlarında daha esnek olabilmekte ve kişisel özelliklerinde veya çevrelerinde birtakım koruyucu faktörlere sahip olabilmektedirler. Bireysel olumlu özellikler, aile desteği ve uyumu, çevresel destek olmak üzere 3 ana koruyucu faktör grubu saymak mümkündür (6).

Friborg ve arkadaşları psikolojik dayanıklılığı “aile uyumu, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar” olarak 6 farklı alt başlık ile sistematize etmişler ve bu altı alt başlığı ölçen bir ölçek tasarlamışlardır.

Kendillik algısı:

Kişinin kendi benliğine ait fikirlerini ve kendi benliğinden farkında olma durumunu içermesidir (25, 26).

Gelecek Algısı:

İstikbale dair olumlu düşüncelere sahip olma psikolojik dayanıklılığı da olumlu yönde etkiler (25, 26).

Kişinin geleceğe dair hedeflerinin farkında olması, bu hedeflerin ulaşılabilir olması, yine bu hedeflere giden yolları planlayabilme kabiliyetini özünde hissetmesi yine psikolojik dayanıklılığı arttıran bir durumdur (27)

Yapısal Stil:

Gündelik yaşamını sürdürebilme, özgüvenli olma, kendi güçlü özelliklerinin farkında olma, planlama becerisi gibi becerileri içerir. Ayrıca kriz durumlarında pratik akılcı çözüm üretebilmeye de ilgilidir. Bu özellikler dayanıklılığı olumlu etkiler (25, 26, 27).

Aile Uyumu:

Ailenin sıkıntılı süreçlerinde aile içi karar alabilme yetisine sahip aile bireyleri daha dayanıklıdır. Yine ailenin koruyuculuğunu içinde hisseden bireylerin ve aile içi iletişimi sağlıklı, aile içi sorun çözme ve olumsuzluklarla mücadele etme gücü yüksek bireylerin psikolojik dayanıklılığı olumlu yönde etkilenmektedir (28).

Sosyal Yeterlilik:

Bireyin sosyal çevresine adaptasyonu, sosyal etkinliklere olan hevesi, sosyal çevresinden desteklenme durumu bu alt başlığın konusudur (25, 26).

Bir sosyal çevreye ait olma duygusu, kendisini sosyal çevrenin güçlü bir argümanı olarak görme, sosyal çevre etkinliklerinde aktif olabilmek gibi sosyal olumlu durumlar kişinin psikolojik dayanıklılığını geliştiren etmenlerdir (28).

Sosyal Kaynaklar:

Kişinin arkadaşları gibi çevresinin ona sağladığı destekler bütünüdür (25, 26). Kişinin kendinden çok çevresinin ona verdiği desteği ifade etmektedir.

2.1.2. Psikolojik Dayanıklılığı Etkileyen Faktörler:

Psikolojik dayanıklılık durumu, kişinin stresli dönemlerle başa çıkarken negatif ruhsal durumunun yerleşip süreklilik kazanmasına engel olabilmesi için gerekli toparlama gücünün kişide var olması ve ruhsal açıdan sağlıklı kalabilme konusundaki kapasitesiyle ilişkilidir. Yani bireylerin olumsuzluklara rağmen devamlılığı sağlayabilme, ayakta kalabilme yetisidir (11).

Masten ve arkadaşları ise psikolojik dayanıklılığı 3 temel unsur altında toplamıştır. Birincisi olumsuzlukların altından kalkabilme ve bu olumsuzluklardan bir tecrübe çıkararak yoluna devam etme yetisindeki kişisel özellik. İkincisi tüm olumsuzluklara karşı devam edebilecek uyumu yakalayabilme özelliği. Üçüncüsü olumsuzluklarda takılı kalmayıp bunları aşabilmektir.

2.1.2.1 Risk Faktörleri:

Dayanıklılık durumunun gözlemlenebilmesi risk faktörlerinin bulunduğu bir durumda, stres yaratan durumun oluşması ya da oluşma ihtimalinin ortaya çıkmasıyla mümkün olabilir (29).

Yakının vefatı, şiddetli korku, taciz, fiziksel psikolojik ya da sosyal kaynaklı şiddet gibi durumlar stresi durumunu oluşturan riskli durumlar olarak örneklendirilebilir. Bu gibi durumlara karşı çözüm üretebilme eski haline dönebilme esnekliğinde bulunabilme ise psikolojik dayanıklılıkla ilişkilidir. Dayanıklı kişiler olumsuzluklara rağmen yılmadan çabalayabilen, ayakta durabilen ve kişisel gelişimini sürdürebilen kişilerdir (30).

Olumsuz süreçlerde takılıp kalan sürecin içinden çıkamayan bireyler risk gurubunu oluşturmaktadır. Çocukluk dönemi bireylerin, zorlu süreçlerin psikolojik dayanıklılık açısından olumsuz etkilerine en açık olduğu dönemidir. İleri yaşlarda yaşanan birtakım sıkıntıların kaynağı çocukluk dönemine uzanır (31). Bu sıkıntılar asosyallik, okul hayatında ve iş hayatında başarısız olma, psikolojik sağlık problemleri, alkol ve madde bağımlılığı, suça yatkınlık gibi problemler olarak sayılabilir (32).

Risk faktörleri kişisel risk faktörleri, ailesel risk faktörleri ve çevresel risk faktörleri olarak 3 grupta ifade edilebilir (33, 34)

Kişisel Risk Faktörleri

Bireyin sıkıntılı şartların üstesinden gelmesinde ve sosyal hayata devam etmesinde onu olumsuz yönde etkileyen kişisel negatif özellikler olarak

tanımlanabilir (34). Anksiyetik karakterde olma, özgüvenin düşük olması, sorun aşma ve kontrolü elinde tutmada yetersizlik, sinirli olma, kendini ifade sorunu olma, zeka seviyesinin düşük olması gibi negatif faktörler kişisel risk faktörleri olarak örneklendirilebilir (8).

Ailesel Risk Faktörleri

Bireyin sıkıntılı süreçlerin altından kalmasına mani olan ve ailesi tarafından zemin hazırlanmış olan risk faktörleridir (34).

Aile içi istismar ve şiddete meyil, ailede sağlık sorunları, bireyin ailede ihmal edilmesi ve yalnızlaştırılması, ebeveynlerin ayrı olması, aile fertleri arası iletişim problemleri, madde bağımlılığı olan ebeveyn, suç geçmişi olan aile fertleri, vefat ailesel risk faktörlerine örnek olarak verilebilir (8, 35).

Çevresel Risk Faktörleri

Bireyin olumsuz süreçlerin üstesinden gelmede ve devamlılığı sağlamada zorlanmasına sebep olan çevresel negatif faktörlerdir.

Kötü arkadaş, düşük sosyo ekonomik durum, eğitim seviyesinin düşük olması, işsizlik, arkadaş desteğinin yetersiz olması, toplumsal baskı istismar ihmal ya da şiddet çevresel risk faktörlerinin çeşitli örnekleridir (29, 33, 36, 37)

2.1.2.2. Koruyucu Faktörler:

Bireyin ruhsal olarak sağlıklı olma halini destekleyen, sorunlu dönemden sonra hayata tekrar uyum sağlamasını kolaylaştıran, stres durumlarda stresin yaratacağı etkiyi azaltabilen ya da bu etkinin önüne geçebilen niteliklere koruyucu faktörler denir. Bireyin benliğinde ya da sosyal çevresinde bu faktörlerin fazla ve etkin olması; olumsuz durumu karşılamadan önce önleyici tutumu sergileyebilmesini, eğer olumsuzluk gerçekleşmişse bunu düzeltebilmesini ya da olumsuzluğun kişideki

etkisini minimize edilmesini sağlayarak kişinin tekrardan toparlayabilmesini mümkün kılar (8).

Bu faktörler çevresel ve ailesel olarak nitelendirebileceğimiz dış faktörler ve bireyin kendisiyle alakalı iç faktörler olarak iki grupta incelenebilir (38). Dış faktörlere aile bireyleri arasındaki olumlu iletişim ve ilişkiler, eğitim seviyesi, ailenin ve çevrenin eğitime desteği, iyi ekonomik koşullar, iyi arkadaşlıklar, çevreyle olumlu iletişim halinde olma, bulunduğu toplumda kendini güvende hissetmesi, sosyal aktiviteye uygun bir çevrenin olabilmesi gibi etmenler olarak sıralanabilir. İç faktörler ise zeka seviyesi, sosyal yeterlilik, sorun çözebilme yetenekleri, olumlu benlik algısı, kendini yeterli görebilme gibi özellikler olarak örneklendirilebilir (8, 34).

Tüm bu koruyucu etkenler, risk faktörlerine karşı güçlü konuma geldiğinde olumlu sonuçlara ulaşabilmektedir. Risk faktörlerinin olumsuz etkilerine karşı koruyucu faktörlerinin olumlu etkileri üstün gelebildiğinde olumlu sonuçlara ulaşılabilir. Yine koruyucu faktörler, yaşamda kişinin karşısına çıkan engelleri aşarken aynı zamanda bu tecrübelerle gelişebilmesinde ve öğrenerek yolunda devam edebilmesinde kişiye destek olur (8).

Tugade ve Fredricksona göre ise pozitif duyguların rolü tüm faktörlerden önce gelir. Sorunlara karşı olumlu yaklaşım pozitif tutum gösterebilen bireyler ise bu duyguların kontrolünü elinde daha iyi tutabilmektedir (39).

Problemlerin altından kalkma becerisi ve öz saygı gibi sosyal beceriler çocukluk çağında oluşmaya başlar ve yetişkinlerin oluşturduğu ortam ve imkanlar sayesinde gelişip güçlenir. Olumlu sosyal ilişkiler toplumda örnek kişiliklerin bulunması çevresel faktörlerden sayılabilir. Bilimsel çalışmalara göre olumlu ailesel ilişkilerin ve pozitif aile desteğinin çevresel faktörlere göre kişinin psikolojik dayanıklılığında daha etkin olduğu söylenmektedir (33). Bunun yanında psikolojik dayanıklılıkta genetik durumun ve zekanın rolü de yadsınamaz biçimde önemlidir. Zeka seviyesi yüksek olanlar olumsuzluk karşısında daha kolay pozisyon alıp akılcı ve pratik çözümler oluşturabilmektedirler (34).

Sonuçta koruyucu faktörlerin stresi aşmada ve uyum sağlamada yardımcı olduğu, risk faktörlerinin etkinliğini hafifletebildiği, kişiye pozitif dayanıklılık sağlamada destek olabildiği söylenebilir (40).

2.1.2.3. Yatkınlık:

Stres faktörlerinin olduğundan daha yüksek oranda etkili olabilmesi kişiye tesirinin normalden fazla olmasına sebep olan her türlü durum yatkınlık olarak değerlendirilebilir (29, 41).

Stres unsuru olaylar çevresel olsa dahi yatkınlığı besleyen etmenler daha çok kişisel ve aileseldir (28, 29, 42).

Yatkınlığı örneklendirecek olursak; geçmişte yaşanan depresyon, kronik hastalık, dış odaklı kontrol, bilişsel çarpıtma gibi durumlar sayılabilir.

Olumsuz yaşam şartlarının haddinden uzun sürmesi yatkınlığın bir diğer sebebidir (28).

2.1.3. Psikolojik Dayanıklılığı Yüksek Bireylerin Özellikleri:

Bireylerin hayatlarındaki zorlu dönemlerden etkilenme durumları farklıdır. Dayanıklılık açısından önemli olan bir durum da üstesinden gelmeyi başarabilecek ve değişen duruma adapte olarak yaşamını sürdürebilecek kişilik özelliğidir (30).

Nash ve Frasher'a göre psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin kişisel özellikleri şöyle sıralanabilir:

- * Meydana gelen sıkıntıları göğüsleme açısından yeterliliğin olması
- * Sıkıntılarla başa çıkma noktasında gerekli donanımının olması
- * Kontrolü elden bırakmadan stres durumunu yönetebilme
- * Çevresiyle bağını koparmadan sosyalliğini sürdürebilme
- * Kişisel gelişim aşamaları doğrultusunda devam ederek duygularını yaşama
- * Kendi kişiliğine saygısının olması
- * Kendinin farkında olma, özünü değerlendirebilme

- * Başkalarına yardım etme konusunda ve başkalarından yardım kabul etme konusunda istekli olma
- * Başkalarıyla ve çevresiyle duygusal bağlar kurabilme
- * Problemleri çözebilme yeteneğine sahip olabilme
- * Sorunları çözmek için harekete geçerken çok vakit kaybetmeme
- * Sonucunu düşünerek planlarını düzenleyebilme
- * Tarafsız değerlendirebilme
- * İlişkilerinde bağımsız, kendine has ve sürekli olabilme (43).

Maddi ve Hightower'e göre psikolojik dayanıklı bireylerin özelliği diğer bireylere nazaran kendisini daha güçlü görmesi ve kendini geliştirme noktasında olanaklara açık olmasıdır (44).

Kobasa'ya göre ise dayanıklı bireyler diğer bireylere göre fiziksel olarak da daha az hastalık geçirirler. Sıkıntılı şartları kendini geliştirmek adına tecrübe biriktirip avantaja çevirirler. Kendilerini bu sıkıntılı şartlarda iyi manipüle edip gelişimlerini sürdürürler (20).

Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler sorunun altından kalkma pratiğini edinmişlerdir ve riskleri erken fark ederler. Dayanıksız bireyler ise mücadeleyi sürdürürken sorunlara batma eğilimindedirler (45).

Funk'a göre psikolojik dayanıklılığı yüksek olanlar zorlu şartlarda mağdur değil sorunu yönlendiren rolünü üstlenmeyi başarırlar (46)

Dayanıklı kişiler mevcut durumunda problem oluşmasını önleyebileceğini düşünen, bir sorunla karşılaştığında geçmişten daha iyi üstesinden gelebileceğinin gücünü kendinde hisseden, hedeflerine karar vermekte çok zorlanmayan kişilerdir (47).

Psikolojik dayanıklılığın yüksek olması kişilerin toplumda normal üstü bir özelliğe sahip bireyler olduklarını göstermez, yalnızca sıkıntılara rağmen altından kalkıp normal yaşantısına dönebilen normal bireyler olduğunu gösterir (7, 48).

Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin özellikleri doğuştan gelen özellikler ve sonradan kazanılan özellikler olarak ikiye ayrılarak incelenebilir (29).

Doğuştan Gelen Özellikler:

- * Sakin karakter: Bu bireyler rahatlığıyla toplumdaki diğer bireylere göre daha avantajlıdırlar.
- * Toplumdan olumlu tepki alabilme: Bu kişiler toplum tarafından sevilen bir karakter yapısındadır. Liderlik vasfı gibi vasıfları olduğundan etraflarında çokça insan bulunmak ister. Toplumsal ilişkilerinde emek harcamadan başarılı ve rahat olabilirler.

Sonradan Kazanılan Özellikler:

- * Empati: Bireylerde empati duygusu yaşadığı ortamla da ilgilidir. Kişi empatisini zamanla kaybedebileceği gibi zamanla da kazanabilir.
- * İletişim: Çevresiyle iletişim halinde olabilme kişinin geliştirebileceği ya da bulunduğu ortama ruh haline göre köreltebileceği bir özelliktir.
- * Mizah: Sıkıntılı durumların espritüel taraflarını görebilen kendilerine göre mizah anlayışına sahip bireylerdir.
- * Kimlik: Bireyin kendi kimliğine saygı duyması, zorlukları aşmasından duyacağı gurur, üstesinden gelme becerilerini perçinleyecektir.
- * Özerklik: Bireyin kendine has çözümleriyle sorumluluklarının üstüne gidebilmesi, özerk yapısını koruyabilmesi dayanıklılığını arttıran bir özelliktir.
- * Amaç: Kendisine yaşama dair amaçlar edinmekten çekinmeyen ve amaçlarının üzerine gidebilen bireyler olumsuz durumlarda bu olgunun etkisiyle daha sıkı tutunabilirler (29).

Toplumdaki hemen her bireyde bu tip özellikler az ya da çok miktarda mevcuttur. Önemli olan sıkıntılı durumlarda bu yetkinliklerinin problemi aşmada ya da uyum sağlamada yeterli olup olamayacağıdır. Geliştirilebilir koruyucu faktörleri edinme ve geliştirebilme bu yüzden önemlidir.

Yapılan çalışmalar psikolojik dayanıklılık seviyesinin sabit bir olgu olmadığı, kişilerin hayat akışında dönem dönem artıp azalabildiği görülmüştür. Psikolojik dayanıklılık gelişen ve değişen bir olgu olarak ele alınmalıdır (49).

2.2 Aile Hekimliği:

Aile hekimi, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teŖhis, tedavi edici sağlık hizmetlerini, yaŖ, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her bireye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleri olarak tanımlanmaktadır (50).

Aile hekimliği, bazı ölkelerde birinci basamak sağlık hizmetleri ve genel pratisyenlikle eŖ anlamlı olarak kullanılmaktadır. Fakat genel pratisyenlik sadece sağlık bakımının toplumsal olması gerektiğine dikkat çekerken, aile hekimliği aynı zamanda bu bakımın kiŖisel ve sürekli olmasına da dikkat etmektedir. Bu nedenle aile hekimlerinin sunmuŖ olduğu hizmetler genel pratisyenliğe oranla daha kapsamlıdır (51, 52).

Aile hekimi bireyi incelerken bir bütün olarak görüp, bir bütün olarak değerlendirir; kiŖinin yaŖı, cinsiyeti, hastalığı gibi farklılıklarında dahi kiŖiye bütüncül bakıŖ açısıyla yaklaŖıp sağlık sorunlarının oluŖmasının önüne geçmeye ve meydana gelmiŖ olan sorunları gidermeye ya da bu sorunları yönetmeye çalışır.

Düzenli sağlık taramalarıyla hastalık gelişiminin önüne geçmeye çalışır. Ayrıca bireyin ulaşması en kolay sağlık hizmeti sunucusu olup sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık hizmeti yapar. Aile hekimi tarafından tespit edilen bir hastalıkta ilgili branŖın görmesi gereken özel durumlarda aile hekimi gerekli koordinasyonu kurar ve hastasının ilgili durumunun takibini de gözetir.

Hastalar aile hekimlerini kendileri seçerler. Aile hekimi ve hastası arasında sürekli sağlıklı ve sürdürülebilir bir iliŖki olmalı ve bu iliŖkiyi her iki taraf da istemelidir (53). Aile hekimi hastanın her türlü sağlık sorununa çözüm üretmeyi amaçlar; çözüm yollarını hastasının ve kendisinin imkanlarına göre araştırıp geliştirir, lüzumu halinde hastasını yönlendirir. Aile hekimi kiŖinin sağlık sisteminde ilk baŖvurduđu merci olduğundan bu basamakları titizlikle uyguladığında bireyin

sağlık sisteminden en doğru ve en ekonomik şekilde faydalanmasını sağlayan anahtar konumundadır. Ayrıca aile hekimliği bireylerin ve toplumun hastalıklardan korunmasında ilgili koruyucu hekimlik uygulamalarının en önemli basamağıdır.

Gereksinim duyulan her alanda bireye yönelik hiçbir ayrımı gözetmeksizin herkese kapsamlı sağlık hizmeti vermek aile hekiminin birincil sorumluluğudur (54).

2.2.1 Aile Hekimliği Disiplini:

Aile hekimleri aile hekimliği disiplin ilkeleri doğrultusunda çalışırlar. Görevini yerine getirirken cinsiyet, yaş, hastalık ayrımı yapmaz tıbbi bakım arayan her kişiye hem kapsamlı hem sürekli olarak hizmet sunar. Hastalıkları engellemek, hastalıkları tedavi etmek, sağlığı geliştirmek, hastanın rahatsızlıklarında hafifleme sağlamak gibi sağlığın hemen her boyutu aile hekiminin görev alanına girer.

Hastaların sağlıkla ilgili yönetimini, daha önceki görüşmelerde süre gelen bilgi birikimini ve hastasıyla arasındaki güvene dayalı bağı kullanarak yaparlar. Hastayı değerlendirirken ruhsal, toplumsal, fiziksel, kültürel durumlar gibi kişisel ve çevresel etkenleriyle birlikte değerlendirirler (55).

Aile hekimliği disiplin özellikleri aile hekiminin mesleğini icra ederken ona en büyük yol göstericisidir. Bu yüzden her aile hekimi bu özellikleri öğrenmeli ve mesleğini icra ederken bu özellikleri taşımalıdır.

2.2.1.1. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri:

A) Hastaların sağlık sistemine ilk temas noktasını oluşturur. Sağlık hizmeti talep edenlere açık olur ve yaş, cinsiyet veya kişiye ait farklı herhangi bir özelliğe göre sınır koymadan kişinin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir:

Aile hekimliği hastaların majör travmalar, kardiyovasküler ya da nörolojik aciller gibi durumlar haricinde hastanın sağlık sistemine ilk giriş noktaları olmalıdır. Bu yüzden kişinin aile hekimine ulaşmasında hekim, hasta ya da çevre kaynaklı hiçbir engel olmamalıdır. Aile hekimleri de genç, yaşlı, kadın, erkek ayrımı yapmadan tüm hastaları kabul edip onların sağlık sorunlarıyla ilgilenmelidir. Hastalarının sağlık sistemine doğru angaje olabilmelerini sağlamak sistemin çok önemli bir ayağıdır.

B) Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar:

Aile hekimi hastalarının aldığı tıbbi bakımı etkili yönetebilmelidir. Diğer birinci basamak çalışanlarıyla beraber koordineli olabilmeli, gerektiğinde hastasını yönlendirdiği branş hekimleriyle hastası adına kontağı oluşturabilmelidir. Bunları eş zamanlı olarak yaparak hastanın özel sağlık problemlerinden ötürü en kısa ve en az maliyetli şekilde doğru tıbbi yardım alabilmesini sağlamış olur ve bu disiplin nitelikli birinci basamak sağlık hizmetinin anahtar vasıflarından biridir. Hastaların farklı branş hekimlerinden aldıkları tedaviyi koordine edip bunları sentezlemek ve hastasına bunları aktarmak aile hekimliğinin olmazsa olmazlarındandır. Hastalara karmaşık sağlık sisteminin içinde doğru kılavuzluk etmek çok önemlidir. Bu sayede hasta 2 ve 3. basamak hizmetlerden yalnızca gerekli olanı almış olur ve bu imkanlardan etkin biçimde faydalanırken gereksiz fazla teste ve görüntülemeye tabi tutulmamış olur.

C) Bireye, topluma ve ailesine yönelik kişi merkezli yaklaşım geliştirir:

Sağlık hizmetinde sürecin başlama noktası hastadır. Hastalığın kendisiyle uğraşmak kadar önemli olan bir husus da hastanın kendi hastalığına nasıl yaklaştığını onunla nasıl başa çıktığını anlamak hastasının gözüyle durumu görebilmektir. Hizmetini sunarken hastasının inanışlarını, beklentilerini, korkularını ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalıdır.

D) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır:

İyi bir iletişimle zaman geçtikçe hastası ve hekimi arasında iyi bir ilişki kurulmuş olur. Hasta ve aile hekimi arasında geçen her görüşme bir önceki ortak deneyimin üstüne konularak hasta ve hekimi arasındaki hikayeyi oluşturur. Bu bireysel ilişkinin seyri aile hekiminin iletişim becerileriyle kıymetlenir ve yalnızca bu bağın kurulmuş olması bile iyileştirici nitelik taşır.

E) Sağlık hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarıyla ortaya konan sürekliliğini sağlamaktan sorumludur:

Aile hekimliğinde hastaya yaklaşım hastanın doğumunun öncesinde başlayıp hasta vefat edene kadar devam eder. Aile hekimi hastalarını tüm yaşamları boyunca izler ve sağlık hizmeti sunumunun sürekli olmasını sağlar. Bu durumda hastanın dosyası daima açıktır. Aile hekimi kişinin sürekli hekimidir.

F) Hastalıkların toplumdaki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır:

Toplum içinde çalışan aile hekimlerine problemler ikinci basamak sağlık hizmetlerinde olduğundan çok daha farklı biçimde sunulur. Aile hekimliğinde hiçbir ön eleme olmadığından ikinci ve üçüncü basamaktan farklı hastalık insidans ve prevalansı ile karşı karşıya kalınır. Bu durumda aile hekimi içinde yaşadığı toplumun yaşam biçimi, toplum yapısı, yaş dağılımı, cinsiyet dağılımı gibi belirleyici faktörlerle şekillenen hastalık insidans ve prevalansına göre özgün bir karar verme sürecini geliştirir.

G) Hastalarının akut ve kronik sorunlarını aynı anda yönetir:

Aile hekimi kişinin tüm sağlık sorunlarının tedavisinde ve yönetilmesinde görev sahibidir. Hastanın yalnızca o an meydana gelen probleminin yönetimiyle kendini sınırlayamaz ve sıklıkla çok sayıda sorunu aynı anda yönetmek durumundadır. Hastalar birçok yakınmayla aynı anda aile hekimine başvurabilir. Çeşitli sorunlarda

sorunlara aynı anda yanıt vermekle birlikte hastanın öncelikleri de düşünülerek sorunlar hiyerarşik bir düzende yönetilir.

H) Gelişimin erken evresinde henüz ayrımlaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir:

Hastalar aile hekimlerine çoğunlukla semptomlarının başında başvurur ve bu aşamada tanı koymak genelde güçtür. Yalnız bazen ortaya çıkan ilk semptomlar bile önemli bir durumun habercisi olabilir. Aile hekimi bu alarm durumlarını iyi bilmek ve bu durumları iyi, hızlı ve etkin yönetmek durumundadır.

İ) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir:

Girişimler uygun ve etkili olmalı ve olabilen her durumda sağlam kanıtlara dayandırılmalıdır. Gereksinim olmadan yapılan girişimler zarara neden olabilir ve/veya değerli sağlık kaynaklarının boşa harcanmasına yol açar.

J) Toplum sağlığı için özel bir sorumluluğu vardır:

Aile hekimi bireysel sağlık hizmeti vermekle birlikte görev yaptığı bölgedeki toplumun toplumsal sağlığıyla ilgili de gözlemleyici ve sorumluluk yüklenici olabilmelidir. Bulunduğu toplumda önleyici sağlık hizmetlerinde bulunması, kliniğinde sık rastladığı problemlerin temelini toplumsal olabileceğini düşünüp ilgili kuruma bu durumu rapor etmesi buna örnek verilebilir.

K) Sağlık sorunlarını ruhsal, fiziksel, kültüre, toplumsal ve varoluş boyutlarıyla ele alır:

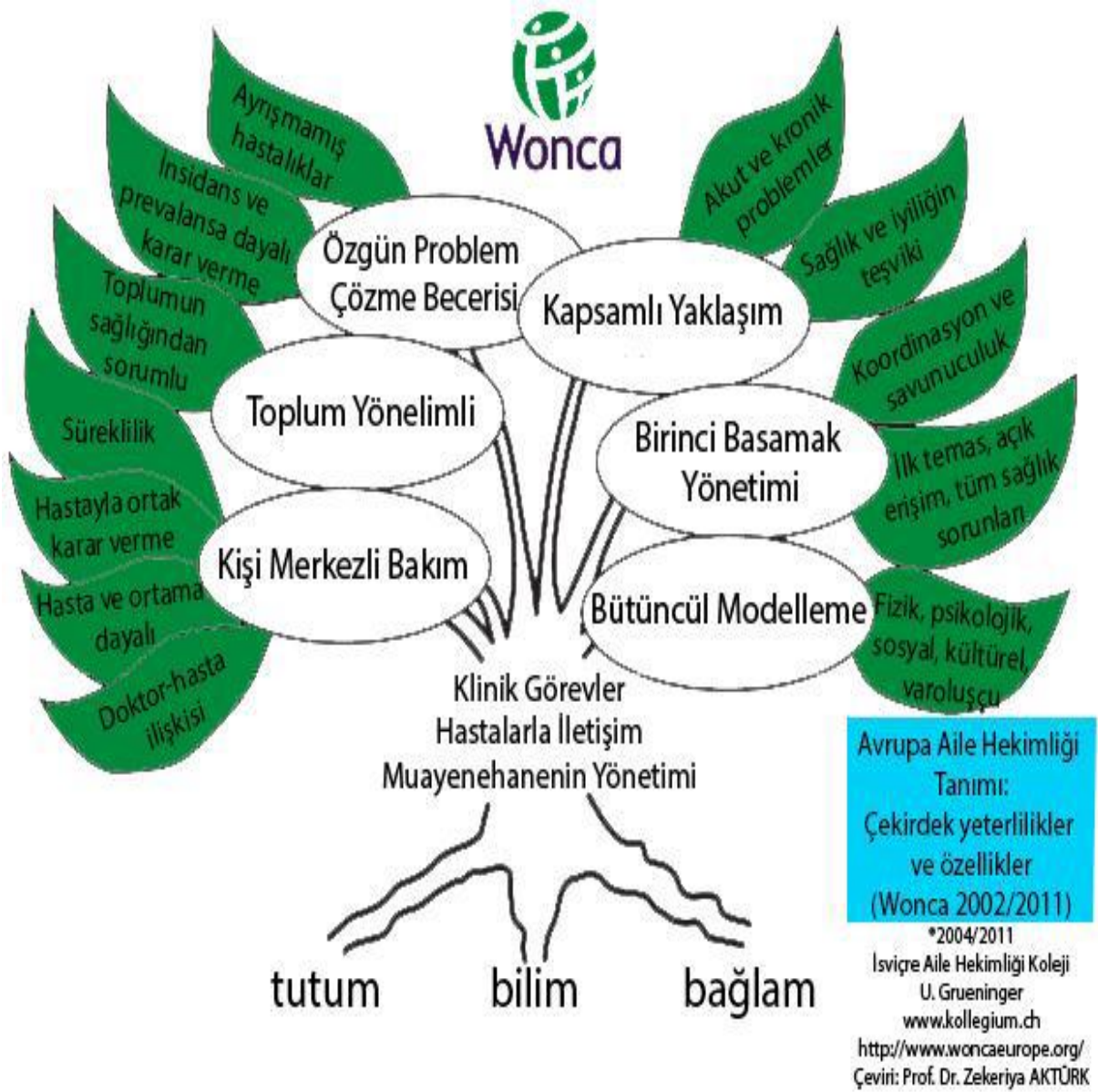
Aile hekimliği disiplininde tüm bu boyutlar aynı anda ele alınmalı, sorgulanmalı ve her birine ayrı ayrı önem verilmelidir. Bu durumlar hastalık kalıplarını ve hasta davranışlarını değiştirebilir. Hasta tüm yönleriyle değerlendirilerek sorunun temeline inilir (56).

2.2.2 Aile Hekimliğinin Temel Yeterlilikleri:

Daha önce belirtmiş olduğumuz 11 maddeden oluşan aile hekimliği disiplinleri tüm aile hekimlerinin ustalaşması gereken hekimlik yetenekleridir. Bu yeteneklere sahip olmak doğrudan doğruya bir takım çekirdek yeterliliklerin iyi anlaşılmasıyla mümkündür (56). Aile hekimi disiplin yetenekleri bu altı çekirdek yeterlilikte toplanabilir:

1. Birinci basamak yönetimi
2. Kişi merkezli bakım
3. Özgün problem çözme becerileri
4. Kapsamlı yaklaşım
5. Toplum yönelimli olma
6. Bütüncül yaklaşım-modelleme (56)

Aile hekimliği disiplinini tanımlayan 11 temel özellik ve çekirdek yeterlilikler WONCA ağacı adı altında toplanarak şu diyagram elde edilmiştir:



Şekil 2.1. Aile hekimliği Çekirdek Yeterlikler ve Özellikler (3)

Aile hekimliği disiplini şu 3 temel özelliğin üzerine kurulur:

a) Bağlam: Birey, toplum, aile ve kültür arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanmayı içerir.

b) Tutum: Hekimin mesleksel becerilerine, değerlerine ve etik kurallara dayanan bir tutumda olmasıdır.

c) Bilimsellik: Hekimin tıbbi uygulamasına eleştirel ve araştırmaya yönelik bir tutum içinde bakması, sürekli kendini geliştirerek devamlı öğrenme ve kaliteyi geliştirmeye açık olmasıdır.

2002 senesinde WONCA-AVRUPA Bölgesi Aile Hekimliği disiplini ve uzmanlık tanımında disiplinin özellikleri, her aile hekiminin ustalaşması gereken yetenekler bildirilmiştir (57). Çekirdek yeterlilikler bu yetenekleri kendi sistematığı içerisinde toplamıştır.

1) Birinci Basamak Yönetimi:

a) Hastalarla ilk teması yönetebilme

b) Hastanın sağlık sisteminden en kısa, en etkin ve en maliyetsiz olarak faydalanabilmesi ve maksimum yarar görebilmesi için hastanın durumuyla ilgili sağlık sistemi elemanları arasında koordinasyonu sağlamak. Gerekli durumda bu karmaşık sistemde yönünü tayin etmekte zorlanan hastanın savunuculuğunu yaparak onun doğru hizmeti alabilmesine destek olmak.

2) Kişi Merkezli Bakım:

c) Bireyi merkeze koyan bir yaklaşımla hastalarla ve onların sorunlarıyla ilgilenebilme.

d) İyi bir doktor-hasta ilişkisi oluşturabilmek için aile hekimi görüşmelerini etkili ve üzerine koyarak yapabilmek.

e) Hastanın gereksinimlerine göre bakımda süreklilik sağlayabilmek.

3) Özgün Problem Çözme Becerileri:

f) Toplum içindeki prevalans ve insidansa hakim olup rahatsızlıklarla ilgili özgün karar verebilme sürecini kullanabilme.

g) Rahatsızlıkların henüz erken dönemde ayrışmamış boyutlarına hakim olarak gerektiğinde ivedi yönlendirme yapabilme ya da girişimde bulunabilme.

4) Kapsamlı Yaklaşım:

h) Bir hastanın hem kronik hem akut sorunları aynı anda yönetebilme.

i) Hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi adına doğru stratejileri iyi bir şekilde uygulayarak toplumdaki sağlığı ve iyilik durumunu daha ileri seviyeye taşıyabilme.

5) Toplum Yönelimli Olma:

j) Toplumun sağlık ihtiyaçlarıyla bireylerin sağlık ihtiyaçlarını kaynakları en verimli derecede kullanarak dengeli bir şekilde götürebilme.

6) Bütüncül Yaklaşım Modelleme:

k) Bireylere yaklaşımda bireylerin kültürel ve varoluşsal unsurlarını da dikkate alan biyopsikososyal bir model kullanabilme.

Aile hekimleri bu yeterlilikleri kendi kliniklerinde, hasta hekim ilişkilerinde ve Aile Sağlığı merkezinin yönetiminde kullanabilmelidir. Aile hekimliğinde; temel yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki iç içe geçen ilişki disiplini tanımlar (56).

2.2.3. Türkiye’de Aile Hekimi Görev Yetki ve Sorumlulukları:

25.01.2013 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin ikinci bölümü 4. maddesinde aile hekimlerinin görev yetki ve sorumluluklar şöyle belirlenmiştir.

(1) Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, bakanlıkça ve kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür.

(2) Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar.

(3) Aile hekiminin kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile iş birliği yapmak.

b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.

c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.

ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

d) Sağlıkıla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.

e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.

f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yeni doğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.

g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütölmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.

ę) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.

h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.

ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.

k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak (50).

2.2.4. Aile Hekimliği Uygulamasında Karşılaşılan Başlıca Sorunlar:

***Sağlıkta Şiddet:**

Sağlığın her alanında olduğu gibi aile hekimliği uygulamasında da karşılaşılan en önemli sorun sağlıkta şiddettir. Şiddetin her türüsü tek başına ortaya çıkabileceği

gibi aile hekimliği uygulamasındaki diğer sorunların bir sonucu olarak da ortaya çıkmaktadır.

Fiziksel, sözel ya da psikolojik şiddete maruz kalan aile hekimlerinin çalışma şevki ciddi derecede kırılmaktadır. şiddetten dolayı tükenmişlik yaşayan tüm sağlık alışanlarında olduğu gibi aile hekimlerinde de şiddet onarılması mümkün olmayan yaralar açmaktadır.

Sağlıkta şiddet uygulayanlara karşı caydırıcı miktarda bir ceza yasasının hala olmaması bu büyük sorunun çözümünün önündeki ilk engel olarak görölmektedir.

***Aile Sağlığı merkezlerinin güvenlik zafiyeti:**

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan herhangi bir güvenlik görevlisi olmadığı gibi kişinin aile sağlığı merkezine kesici yaralayıcı cisimle ya da ateşli silahla girmesini engelleyici koruyucu herhangi bir önlem de bulunmamaktadır.

Kötü niyetli kişiler için caydırıcı olabilecek bir önlemin olmaması aile hekimliği çalışanlarının kötü niyetlilere karşı savunmasız kalmasına sebep olmaktadır. Böyle bir ortamda kaliteli sağlık hizmeti sunmak güçleşmektedir.

***Kişilerin ve kurumların sahte istirahat raporu talepleri:**

Hasta olmadan hastaymış gibi istirahat raporu talep etmek suçtur. Buna rağmen kişiler istirahat raporunu yıllık izin hakları dışında izin kullanabilmek, alışmadığu günlerin ücretini Sosyal Güvenlik Kurumundan temin edebilmek gibi sağlık dışı sebeplerle aile hekimlerinden sahte istirahat raporları talep etmektedirler. Yine bazı kamu ya da özel kurum yöneticileri personellerine idari izin vermeleri gereken hallerde idari izinleri yönetmeliklerine uygun şekilde vermek yerine personellerini aile hekimlerine sahte istirahat raporu almaya yönlendirmektedirler. Sahte istirahat raporu vermeye zorlanan aile hekimleri bu durum karşısında direnirken zaman ve enerji kaybetmekte psikolojik olarak yıpranmaktadır.

***Kritersiz sağlık raporları:**

Aile hekimliğinde tanzim edilen raporların çoğunun ihtivası bu şekildedir. Yani rapor tanzim edilen konu ile ilgili hiçbir kriter kurumlarca ortaya konmadan konuyla alakalı rapor talep edilme sorunudur.

Örnek verecek olursak öğrenci yurdunda kalacaklardan ‘‘Yurtta kalabilir raporu’’ talep edilmektedir. Fakat öğrenci yurtlarında kalmaya engel durumlar ya da hastalıklar ile alakalı herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır.

Hekim bu durumlarda kanaatini oluştururken hangi durumları göz önünde bulunduracağını bilemeyeceği gibi vereceği raporla bu kritersiz durumların yasal sorumluluğunu da üstüne almış olur.

***Birinci basamakta değerlendirilemeyecek durumdaki raporların talebi:**

Aile hekimlerinin vermeye yetkili kılındığı bazı raporlarda talep edilen kriterler, aile hekiminin yetkisi ve uzmanlık alanı dışında olabileceği gibi aile sağlığı merkezi imkanlarının dışında da olabiliyor. Buna rağmen bu raporların verilme merci olarak aile hekimliklerinin kullanılmak istenmesi aile hekimliğini içinden çıkılmaz bir karmaşaya itmektedir.

Örneğin; aile sağlığı merkezlerinde elektrokardiyografi yapılamamasına rağmen orta ve ağır sınıftaki sporların sporcu lisans raporlarının aile sağlığı merkezlerinden talep edilmesi hem aile hekimini uzmanlık alanı dışında ağır bir yasal sorumluluğa sürüklemekte hem de halkın sağlıklı ve güvenli spor yapabilmesini engellemektedir. Yine aile hekimlerinden talep edilen akli meleke raporları ya da akıl sağlığı yerindedir ibareli raporları örnek verecek olursak; söz konusu durumla alakalı açılan bir çok dava neticesinde raporların aile hekimlerinden alınmış olmasından dolayı ilgili raporlar geçersiz sayılmış ve işlemleri yapan aile hekimi de ilgili durumun tarafıymış gibi davaya sürüklenmiştir.

***Hastaların kendisinin eczanenin ya da çevresinin önerdiği ilaçları yazdırma isteği:**

İyi bir hasta hekim ilişkisinde hasta doktoruna başvurur ve uygun koşullarda hasta bir bütün olarak değerlendirilir. Anamnez, muayene ve gerekirse laboratuvar süreçlerinden sonra hekim hastasının kronik hastalıklarını ve kullandığı kronik ilaçlarını da düşünerek hastasına uygun ilaç tedavisini uygulayabilir. Yalnız toplumumuzda yaygın şekilde var olan bilinçsiz ilaç kullanımı alışkanlıkları sebebiyle hastalar ve hasta yakınları hekime muayene olmadan eczanenin ya da komşusunun önerdiği ilacı yazması için aile hekimine baskı yapmaktadır.

Bu durum sebebiyle sınırlı olan sağlık kaynaklarının üzerinde çok ağır bir yük oluşmakta ve hastalar bilinçsizce ilaç kullanımının sonucu olarak sağlıklarını kaybetmektedir. Bütün bunların karşısında duran aile hekimi de şiddete maruz kalmaktadır.

***Hasta yakınlarının hastayı aile sağlığı merkezine getirmeden ilaç yazdırma talepleri:**

Aile hekimi belli periyotlarla hastalarını izler ve koruyucu sağlık tedbirlerini alır. Özellikle takip edilmesi gereken yaşlı hastalar, kadın hastalar daha çoğunlukta olmak üzere bu hastaların sağlık sorunları yakınları tarafından hastalar aile sağlığı merkezine getirilmeden çözülmek istenmekte. Hekim görmediği hastaya ilaç yazması tedavi vermesi konusunda zorlanmaktadır.

***Sosyal Güvenlik Kurumuyla anlaşması olmayan kliniklerin reçetelerinin yazdırılma talebi:**

Sağlık kaynaklarının etkili, verimli ve tasarruflu kullanılması aile hekiminin görevidir. Hastalar sosyal güvenlik kurumuyla anlaşması olmayan kurumlardan kendi parasıyla hizmet almaktadır. Bu kurumlardan aldıkları reçeteler de Sosyal Güvenlik Kurumu dışıdır ve hastalar ücretlerini kendisi öder. Bu reçeteleri aile hekimlerine tekrar yazdırarak ilaçların ücretlerini Sosyal Güvenlik Kurumuna

karşılattırmak talebiyle aile hekimliklerine gelinmektedir. Aile hekimi kendisinin karar vermediği bu reçetenin sorumluluğunu üstüne alması konusunda hastalar tarafından zorlanmaktadır. Ayrıca bu durum sağlık kaynaklarına kanun dışı ciddi zarar vermektedir.

***Misafir hasta tanımının belirsizliği:**

Aile hekimi kendisine kayıtlı olan hastasıyla belli bir hasta hekim ilişkisi kurar ve her görüşmeden sonra bu ilişkiyi geliştirir. Vaktini ve enerjisini kendisine kayıtlı olan bu hastaların her türlü sağlık hizmeti için harcamalıdır. Fakat ülkemizde tanımlı süresi sayısı gibi kriterleri olmayan misafir hasta kavramı vardır. Misafir hastalar kendi aile hekimi dışındaki aile hekimlerine de sağlık hizmeti almaya gidebilmektedir. Bazı bölgelerden yılın bazı dönemlerinde misafir hasta sayısı ve yükü o kadar artabiliyor ki sayı olarak aile hekiminin kendi hastalarını dahi geçebiliyor. Aile hekimi bu durumda misafir hasta yükünden dolayı kendi hastalarına yeterli zamanı ayıramayabiliyor, yeterli tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetini sunamayabiliyor.

***Entegre aile hekimliği sorunları:**

Bazı aile hekimlikleri entegre aile sağlığı merkezi altında olup; bu merkezlerde aile hekimleri aile hekimliği hizmeti vermenin yanı sıra diğer hekimlerle beraber sağlık Merkezinin acil servis hizmetinde de çalışmaktadırlar.

Entegre aile sağlığı Merkezinin yetersiz yönergesinden dolayı aile hekimleri dönem dönem çok ağır şartlarda çalışmak zorunda kalabilmektedir. Örneğin; bir aile hekiminden aktif çalıştığı bir 24 saat acil servis nöbetinden sonra hiç istirahat etmeden aile hekimliği polikliniği mesaisi yapması istenmektedir. Bir bireyin aralıksız 32 saat çalıştırılmasının onun ve hastalarının sağlığı açısından büyük riskler doğuracağı çok açık olduğu halde bu konuda uygun yasal düzenleme hala yapılmamıştır.

***Birinci basamak sağlık hizmetleri politikasında hastaya sorumluluk paylaşımı verilmemesi:**

Aile hekimleri kendisine kayıtlı olan hastalarına yönelik koruyucu sağlık hizmetini sunma ve Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen hasta izlemelerini belirlenen aralıkta yapmakla sorumludur. Hekim bu sorumluluğuna yerine getirmediği zaman cezasıyla karşı karşıya kalır. Fakat bu sorumluluk tek taraflı olup hastaların bu hizmetleri alması noktasında onları bağlayıcı herhangi bir düzenleme yapılmamıştır.

Örneğin; hasta tarafından gebeliğin bildirilmesi zorunlu değildir ve kişi gebeliğini saklama noktasında özgürdür. Fakat aile hekimi gebeliği tespit edip izlemelerini yapmakla sorumludur. Kendisine hastası tarafından bildirilmeyen gebeliğin izlemlerinden aile hekimi sorumlu tutulmaktadır. Yine başka bir örnek verecek olursak hasta kanser taramasını yaptırmayı reddetme hakkına sahipken aile hekimi belli oranda kanser taraması yapmakla sorumludur.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER:

3.1. Araştırmanın Amacı ve şekli:

Araştırmamız Rize ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan ve gönüllü olarak çalışmaya katılan aile hekimleri üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden aile hekimlerinden kendilerinin sosyodemografik özelliklerini ve çalışma şartlarıyla ilgili durumlarını içeren 27 soruluk bir kişisel bilgi formu ile 33 sorudan oluşan ‘‘ Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ‘‘ni doldurmaları istenmiştir.

Tanımlayıcı, kesitsel tipte planlanan çalışmamızdaki amaç 1. Basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda kritik etkiye sahip Aile hekimlerinin ruhsal sağlığının korunması ve geliştirilmesi için koruyucu sağlık tedbirleri açısından psikolojik dayanıklılık seviyelerini, bunları etkileyen faktörleri belirlemeyi ve bunlar

göz önünde bulundurularak Aile Hekimlerinin psikolojik dayanıklılıklarını arttırıcı önerilerde bulunabilmektedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi:

Araştırma 1 Temmuz 2020 – 30 Eylül 2020 tarihleri arasında Rize ilinde bulunan aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin kendi aile sağlığı merkezlerinde aile hekimlerinin gönüllü katılımlarıyla yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini Rize ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan tüm aile hekimleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Rize ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan tüm aile hekimlerinden araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve araştırma için uygun nitelikleri taşıyan tüm aile hekimleri oluşturmaktadır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şöyledir: Rize ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan, araştırma için gönüllü olan, kayıtlı hasta sayısı 100'ün üstünde olan, En az son 3 aydır Rize ilinde çalışıyor olan, sorulara eksiksiz ve doğru cevap veren aile hekimleri çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın için dışlama kriterleri ise şöyledir: Araştırma için gönüllü olmayan, kendisine kayıtlı hasta sayısı 100'ün altında olan, Rize'de çalışma süresi 3 ayın altında olan, sorulara eksik ya da okumadan yanıt veren aile hekimleri çalışmanın dışında bırakılmıştır.

Araştırma yapıldığı sırada Rize aile sağlığı merkezlerinde toplamda 101 adet aile hekimi görev yapmaktaydı. Bu hekimlerden 4 tanesi çalışmaya katılmaya gönüllü olmamıştır. 3 tanesi formlardaki soruları eksik ya da hatalı doldurmuştur. 1 tanesi Rize iline farklı bir şehirden henüz bir ay önce tayin olmuştur. 1 tanesi de çalışmayı yapan hekimin kendisidir. Bu hekimler dışlandıktan sonra 92 hekimden alınan sağlıklı verilerle çalışmamız oluşturulmuştur.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması:

3.4.1 Kişisel Bilgi Formu (EK-2):

Kişisel Bilgi Formunda katılımcılara; cinsiyet, yaş, medeni hal, çocuk sayısı, vücut kütle indeksi, sigara ilişkisi, kronik hastalık ve kronik ilaç kullanma durumu, psikiyatrik ilaç kullanma durumu, kaç yıldır Rize’de yaşadığı, kaç yıldır hekim olduğu, kaç yıldır aile hekimi olduğu, kaç farklı aile hekimliği biriminde çalıştığı, son birimindeki görev süresi, görev yaptığı ASM’nin konumu, evinin konumu, ASM toplam birim sayısı, ASM’nin entegre olup olmadığı, toplam kesin kayıtlı hasta sayısı, yıllık toplam poliklinik sayısı, yıllık misafir hasta poliklinik sayısı, çalışırken şiddete maruz kalıp kalmadığı, maruz kaldıysa şiddetin çeşidi ve sıklığı, pandemi döneminde vardiyalı esnek çalışma modelinde çalışıp çalışmadığı soruldu.

3.4.2. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (EK-3):

Psikolojik dayanıklılık, stres unsuru faktörlerin üstesinden gelebilme ya da stres etmenlerinin olduğu bu yeni duruma iyi uyum sağlayabilme sürecidir (3). Sağlık sorunları, ailesel problemler, geçirilmiş travmalar, maddi sıkıntılar, sosyal problemler gibi stres unsuru durumlara karşı uyum sağlayabilme yeteneği olarak da ifade edilmektedir (14). Bir başka tanımda da travmatik yaşanmışlıklara karşı sergilenebilen kendini yeniden ayağa kaldırabilme yetisidir (11). Diğer bir yandan da zorluklarla baş edebilme yeteneği olarak da ifade edilmiştir (12).

Dayanıklılığın, doğuştan gelen özelliği olduğunu savunan çalışmalar (16), stres faktörlerinin verebileceği zararı azaltan, aynı zamanda uyum sağlamaya katkısı olan yapısına odaklanmış (15). Konuyla ilgili çalışmaların artması dayanıklılığın zaman içerisinde geliştirilebilir bir yapıda olduğunu göstermiştir (17, 58).

Bireylerin psikolojik dayanıklılıkları Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Basım ve Çetin tarafından Türkiye’deki uygulamalar için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ile belirlenmiştir (24, 58).

Ölçek 33 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar olarak belirlenmiştir (24).

Ölçeğin bir, yedi, on üç, on dokuz, yirmi sekiz, otuz birinci maddeleri kendilik algısı alt boyutunu; iki, sekiz, on dört, yirminci maddeleri gelecek algısı alt boyutunu; üç, dokuz, on beş ve yirmi birinci maddeleri yapısal stil alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçeğin sosyal yeterlilik alt boyutunu dört, on, on altı, yirmi iki, yirmi beş, yirmi dokuzuncu maddeler; aile uyumu alt boyutunu beş, on bir, on yedi, yirmi üç, yirmi altı, otuz ikinci maddeler; sosyal kaynaklar alt boyutunu ise altı, on iki, on sekiz, yirmi dört, yirmi yedi, otuz ve otuz üçüncü maddeler oluşturmaktadır (58).

33 maddeli ve 5'li likert tipinde olan bu ölçeğin sorularının sonuçları değerlendirildiğinde en az 33 en çok 165 puan alınabilmektedir. Birtakım sorular tersten sorulup tersten puanlandırılmıştır. Puanların yüksek olması cevaplayan kişinin psikolojik dayanıklılığının yüksek olduğunu ifade etmektedir (58).

Ölçeğin güvenirlik çalışması, 350 öğrenci ve 262 çalışana uygulanarak yapılmıştır. Test-tekrar test güvenirliği doğrultusunda iç tutarlılığı araştırılmış, yapı geçerliliği; doğrulayıcı faktör analizi ile sağlanmıştır.

Cronbach alfa iç tutarlılık güvenirlik katsayıları iki örneklem grubu için de 86 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenirlik katsayıları kendilik algısı alt ölçeği için 72, gelecek algısı alt ölçeği için 75, yapısal stil alt ölçeği için 81, sosyal kaynaklar alt ölçeği için 77 olarak bulunmuştur (58).

Kendilik Algısı Boyutu: Bireylerin kendi güçlü yönleri ve yetenekleri hakkındaki görüşlerini ölçer.

Gelecek Algısı Boyutu: Bireylerin gelecek planlarını ve hedeflerini gerçekleştirme fırsatlarına olan inançlarını ölçer.

Yapısal Stil Boyutu: Günlük rutinleri sürdürme, planlama ve organize etme yeteneğini ölçer.

Sosyal Yeterlilik Boyutu: Dışa dönüklük, neşeli ruh hali, aktiviteleri başlatma yeteneği, iyi iletişim becerilerini ölçer.

Aile Uyumu Boyutu: Aile bireylerinin ortak değerlere sahip olma, birlikte güzel vakit geçirme, aile içi iş birliğini ölçer.

Sosyal Kaynaklar Boyutu: Arkadaş veya akrabalarından oluşan sosyal desteği ve bireyin destek sağlama yeteneğini ölçer.

3.5. İstatistiksel değerlendirme:

Bu araştırmanın istatistik analizinde IBM SPSS Statistics 25 programı kullanılmıştır. Tüm verilerin analizinde parametrik olmayan istatistiki yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan 2 bağımsız grubun skorlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, parametrik olmayan 2’den fazla bağımsız grubun skorlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde ise parametrik olmayan Kendall Tau korelasyon analiz metodu kullanılmıştır. İstatistiki olarak anlamlı çıkan tüm değerler tablolarda koyu renk ile belirtilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri:

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesi süresince bilimsel etik ilkelere uyulmuştur. Çalışma için Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulunun 04.06.2020 tarih ve 2020/84 karar numaralı etik kurulu onayı (Ek-5) ve Rize İl Sağlık Müdürlüğü Başvuru İnceleme Komisyonunun 15.05.2020 tarih ve 64247179-799 sayılı Bilimsel Araştırma İzni (Ek-4) alınmıştır.

Gönüllülere; araştırmaya katılma veya katılmama konusunda özgür oldukları, araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları, çalışmaya özel hiçbir invaziv girişimde bulunulmayacağı, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

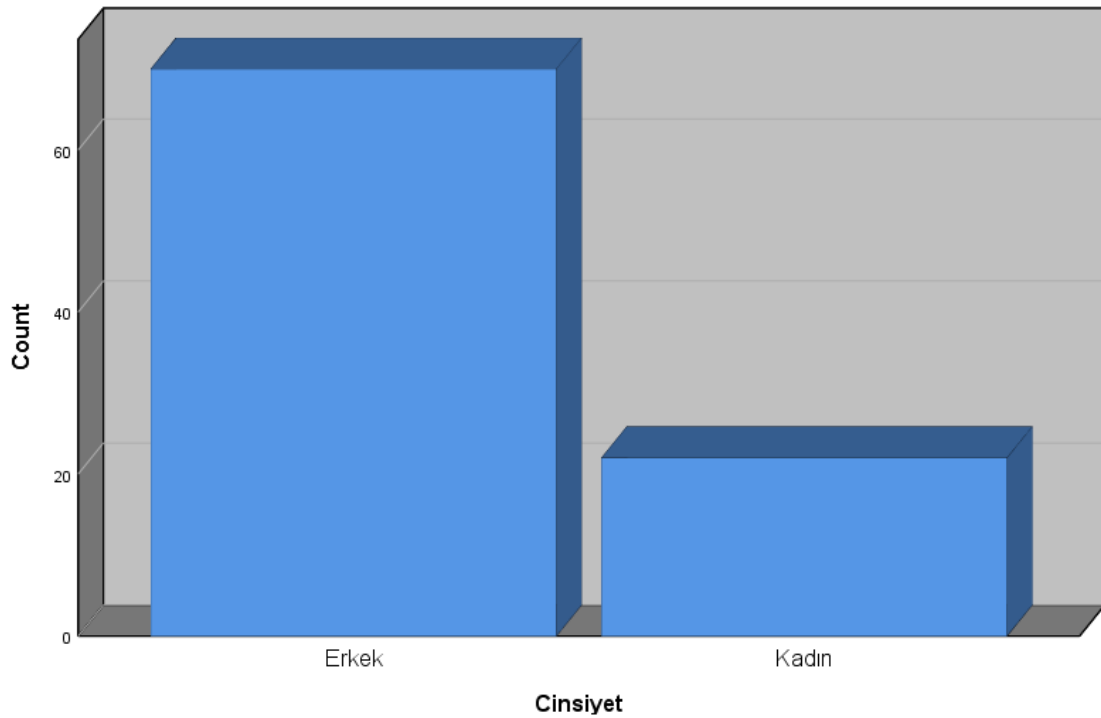
Araştırmamıza Rize ilinde aile sağlığı merkezinde çalışan 92 hekim gönüllü olarak katılmıştır. Araştırmamızın istatistikî verileri aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri 1

		n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	70	76,6
	Kadın	22	23,9
Medeni Hal	Bekar	16	17,4
	Boşanmış	3	3,3
	Evli	73	79,3
Sigara	Evet	17	18,5
	Hayır	75	81,5
Kronik Hastalık	Var	24	26,1
	Yok	68	73,9
Kronik İlaç	Evet	24	26,1
	Hayır	68	73,9
Psikiyatrik İlaç	Evet	10	10,9
	Hayır	82	89,1
Eskiden Psi. İlaç	Evet	22	23,9
	Hayır	70	76,1
ASM Konum	İl Merkezi	36	39,1
	İlçe Merkezi	52	56,5
	Köy/Kasaba	4	4,3
Ev Konum	İl Merkezi	60	65,2
	İlçe Merkezi	31	33,7
	Köy/Kasaba	1	1,1
Entegre Mi?	Evet	14	15,2
	Hayır	78	84,8
Pand.Esnek Mesai	Evet	68	73,9
	Hayır	24	26,1
Şiddet	Evet	79	85,9
	Hayır	13	14,1
Şiddet Türü	Sözlü+Fiziksel	7	7,6
	Sözlü	72	78,3
	Hayır	13	14,1
Son 2 Yılda Şiddet	0	16	17,4
	1-2	33	35,9
	3-5	14	15,2
	5 den fazla	29	31,5

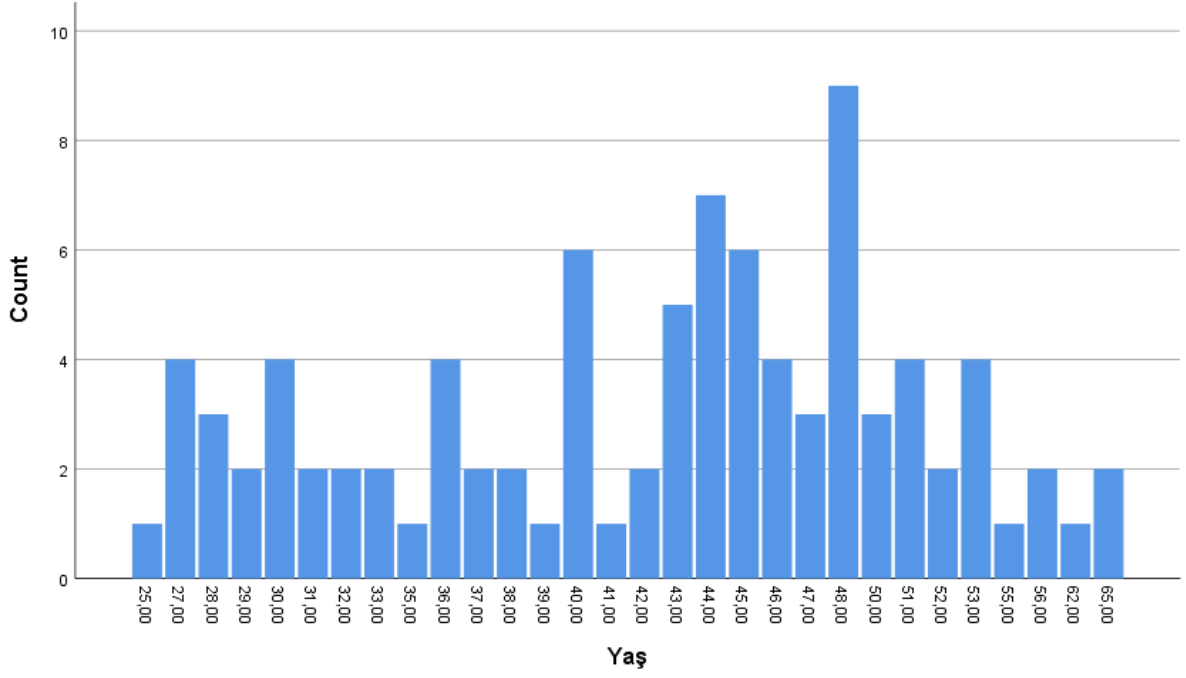
Tablo 4.2. Aile Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri 2

	Ortalama	St. Sapma
Yaş	42,38	8,99
Evlilik Süresi	11,23	9,49
Çocuk Sayısı	1,38	1,10
VKİ	26,82	3,52
Rize'de Süre	20,27	15,31
Hekimlik Süre	16,41	8,58
Aile Hekimliği Süre	7,97	3,68
Kaç Farklı AH Birim	1,70	1,03
Son Birimde Ay	64,90	49,80
ASM Toplam Birim	5,47	2,76
Toplam Kesin Kayıt	3395,53	601,15
Yıllık Toplam Pol.	10181,72	3724,44
Yıllık Misafir Sayısı	3252,82	2009,68
Misafir Sayısı	31,90	15,14



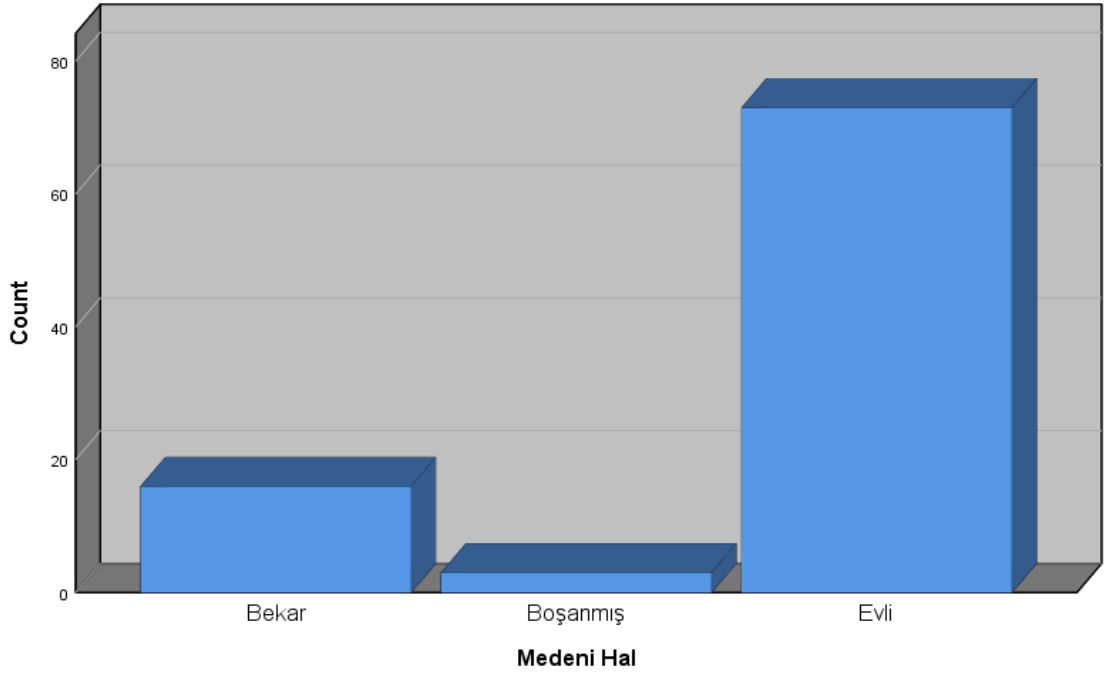
Şekil 4.1. Cinsiyet dağılım grafiği

Örnekleminizdeki 92 bireyin 70'i erkek (%76,1), 22'si kadındır (%23,9).



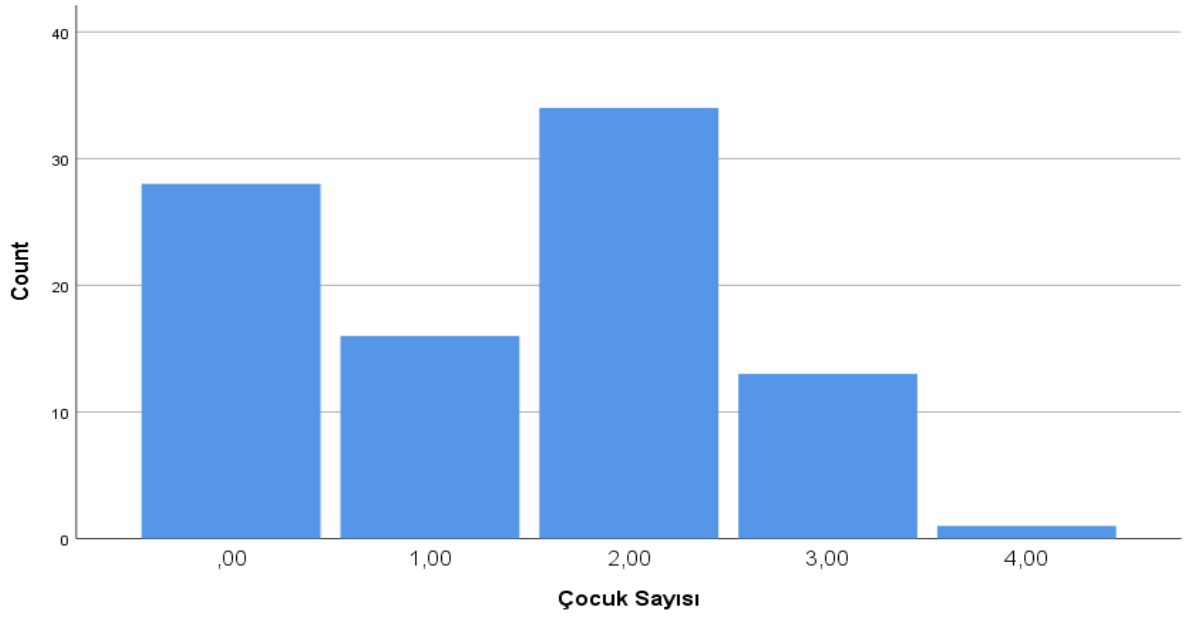
Şekil 4.2. Yaş Dağılım Grafiği

Örneklelimizdeki bireylerin yaş ortalaması 42,380, standart sapması 8,993' tür.



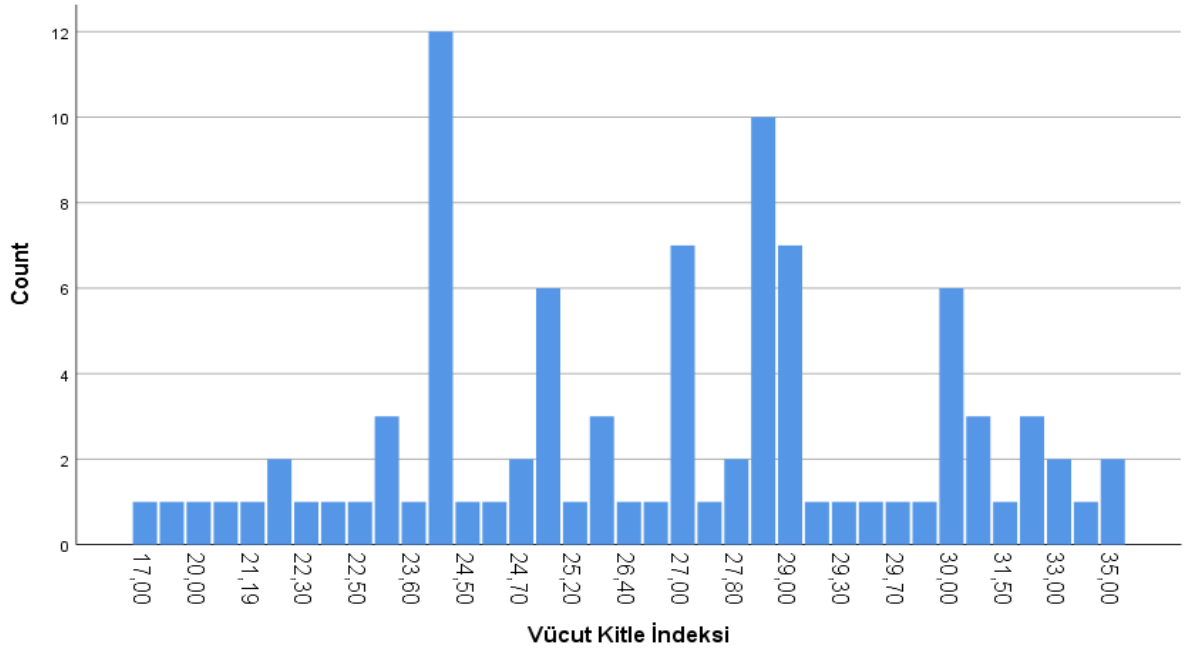
Şekil 4.3. Medeni Hal Dağılım Grafiği

Örneklelimizdeki bireylerin 16 sı bekar (%17,4), 3 ü boşanmış (%3,3) ve 73 ü evlidir (%79,3).



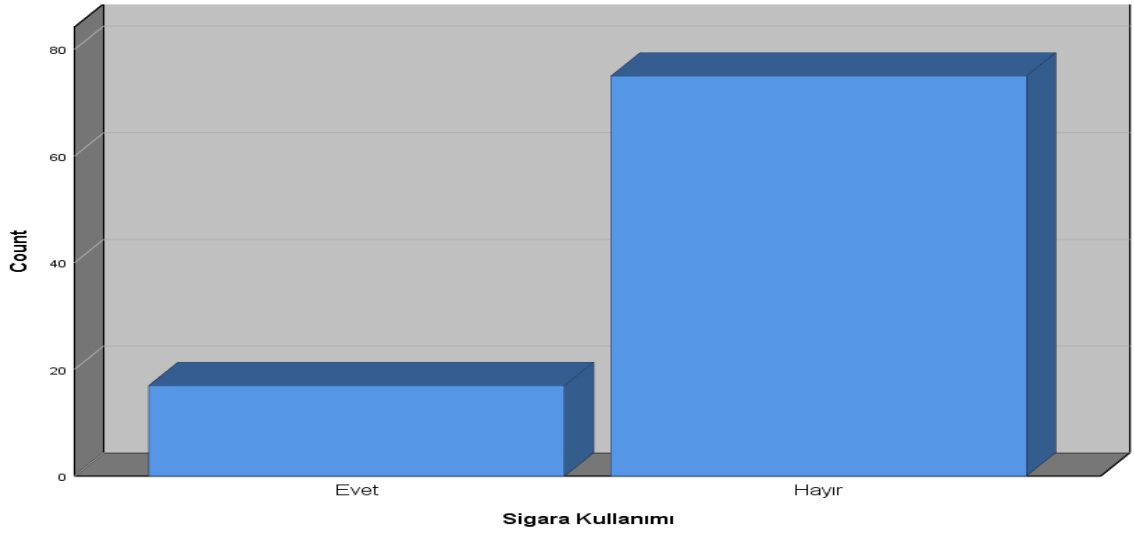
Şekil 4.4. Çocuk Sayısı Dağılım Grafiği

Örneğimizdeki bireylerden 28'inin hiç çocuğu bulunmamaktadır (%30,4), 16'sının (%17,4) 1 çocuğu, 34'ünün (%37,0) 2 çocuğu, 13'ünün (%14,1) 3 çocuğu ve 1'inin (%1,1) 4 çocuğu bulunmaktadır.



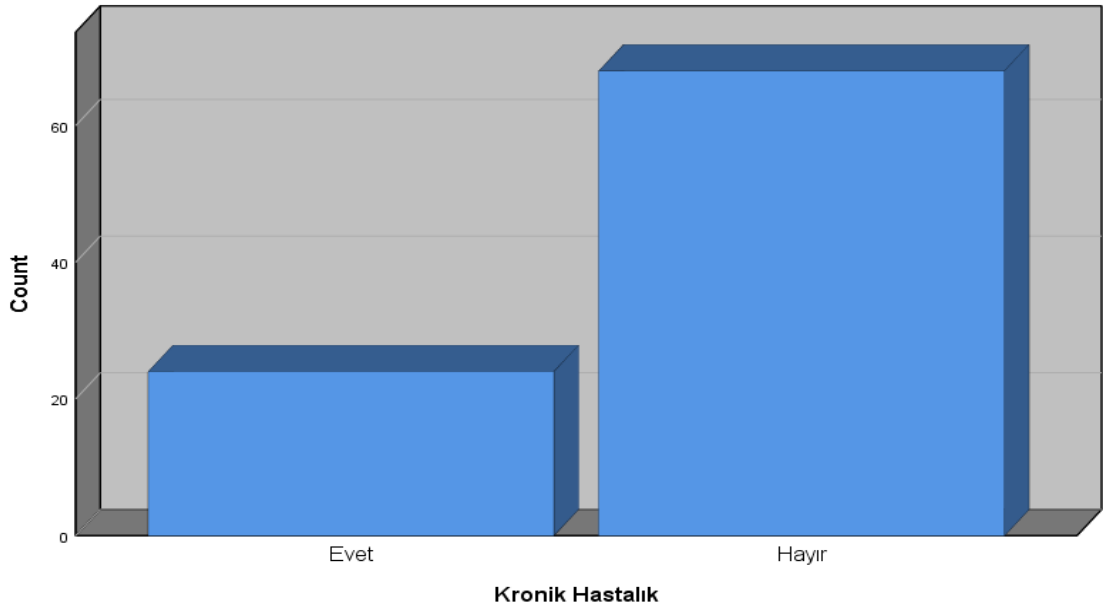
Şekil 4.5. Vücut Kitle İndeksi Dağılım Grafiği

Örneğimizde vücut kitle indekisi ortalaması 26,819 ve standart sapması 3,524'tür.



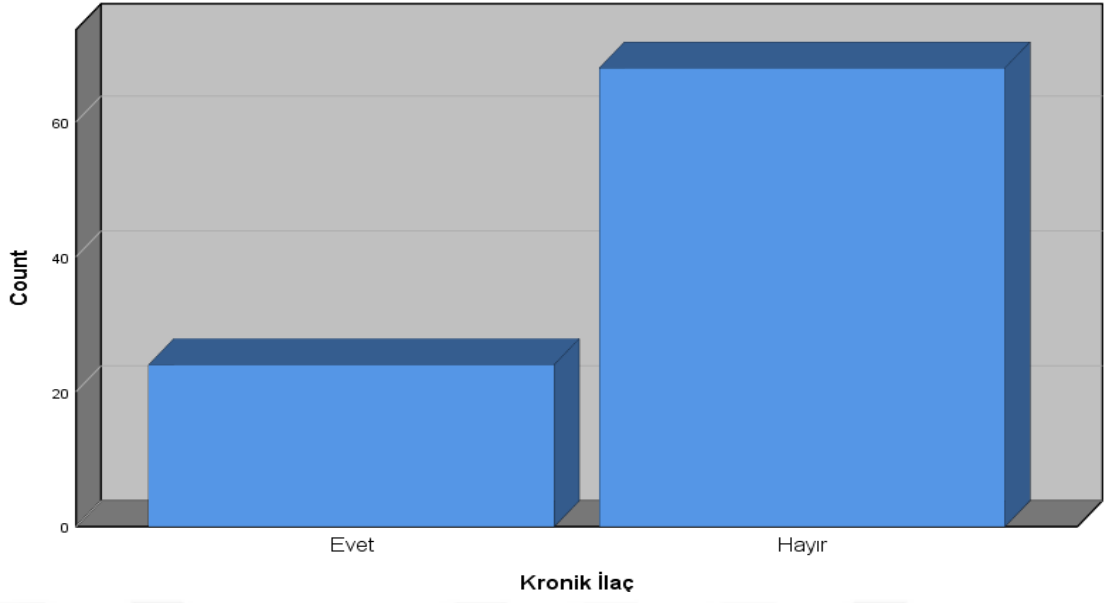
Şekil 4.6. Sigara Kullanım Grafiği

Örneklekimizdeki 17 kişi (%18,5) sigara içmekte, 75 kişi (%81,5) ise sigara içmemektedir.



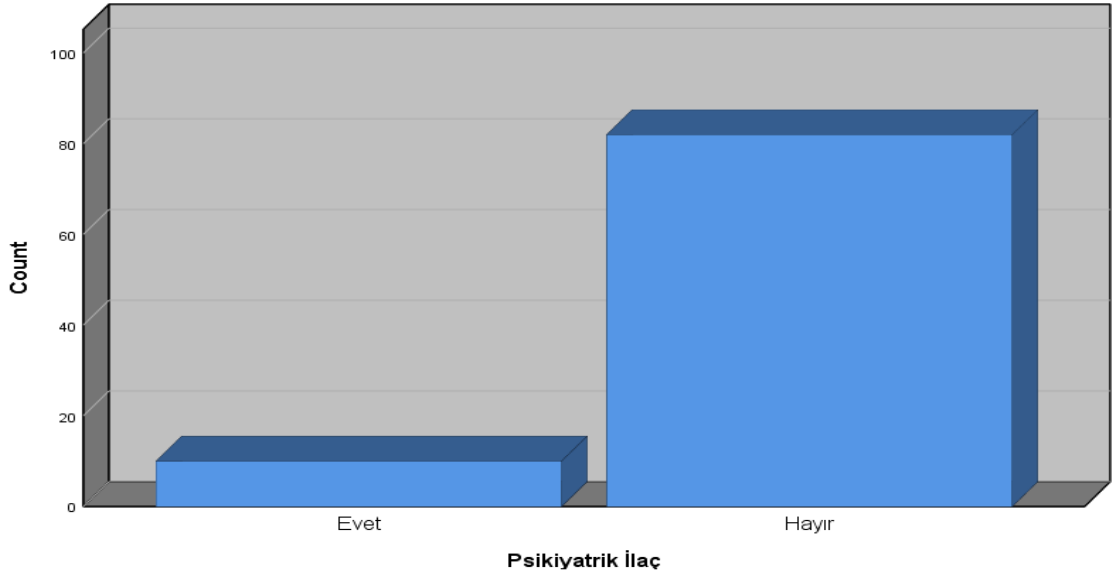
Şekil 4.7. Kronik Hastalık Durumu Grafiği

Örneklekimizde 24 kişinin (%26,1) kronik hastalığı bulunmakta, 68 kişinin (%73,9) kronik hastalığı bulunmamaktadır.



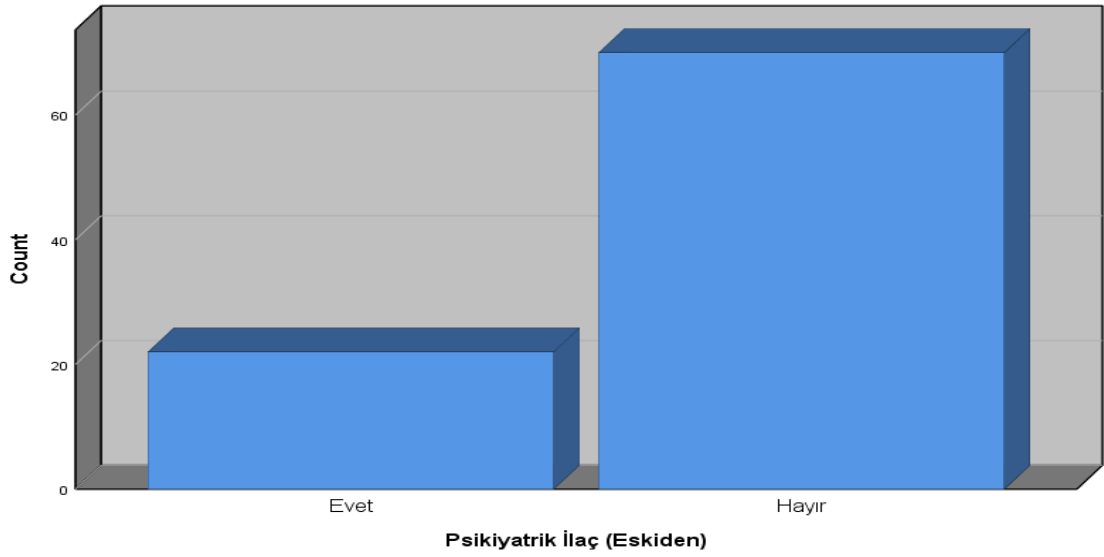
Şekil 4.8. Kronik İlaç Kullanımı Grafiği

Örnekleminizdeki bireylerin 24 ‘ü (%26,1) kronik ilaç kullanmakta, 68’ i (%73,9) kronik ilaç kullanmamaktadır.



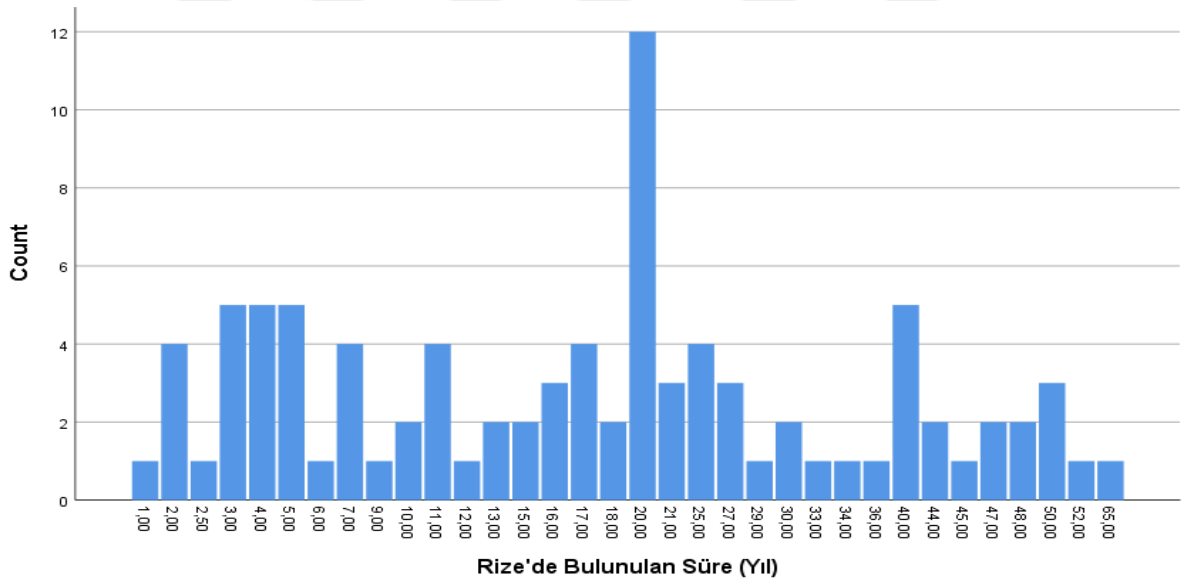
Şekil 4.9. Psikiyatrik İlaç Kullanım Grafiği

Örnekleminizdeki 10 kişi (%10,9) psikiyatrik ilaç kullanmakta, 82 kişi (%89,1) ise psikiyatrik ilaç kullanmamaktadır.



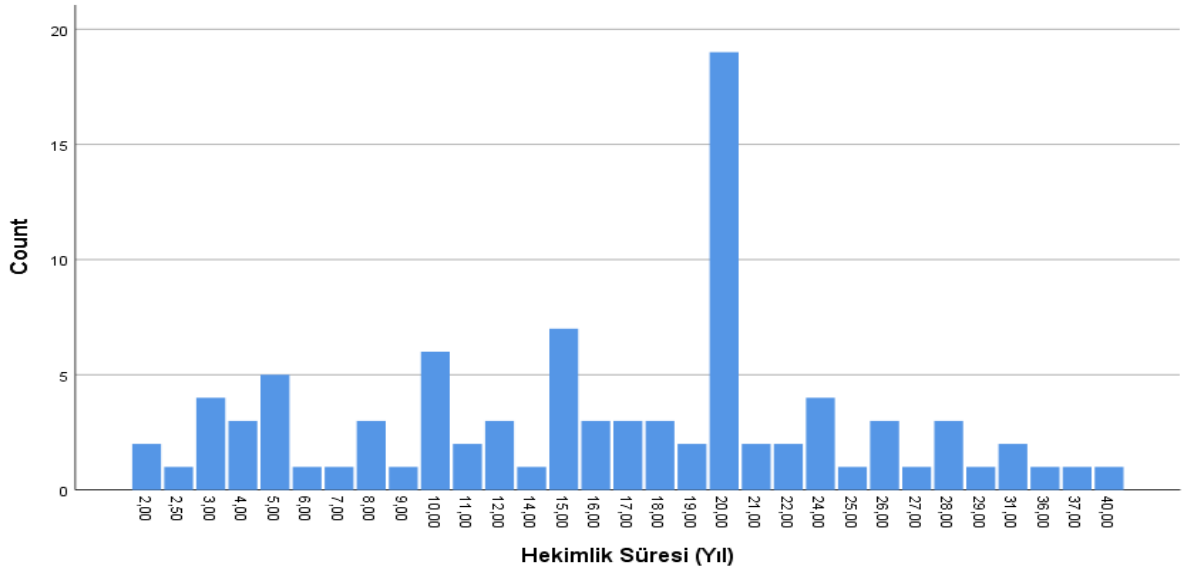
Şekil 4.10. Psikiyatrik İlaç (Eskiden) Kullanım Grafiği

Örnekleminizdeki bireylerin 22'si (%23,9) eskiden psikiyatrik ilaç kullanmış, 70'i (%76,1) ise kullanmamıştır.



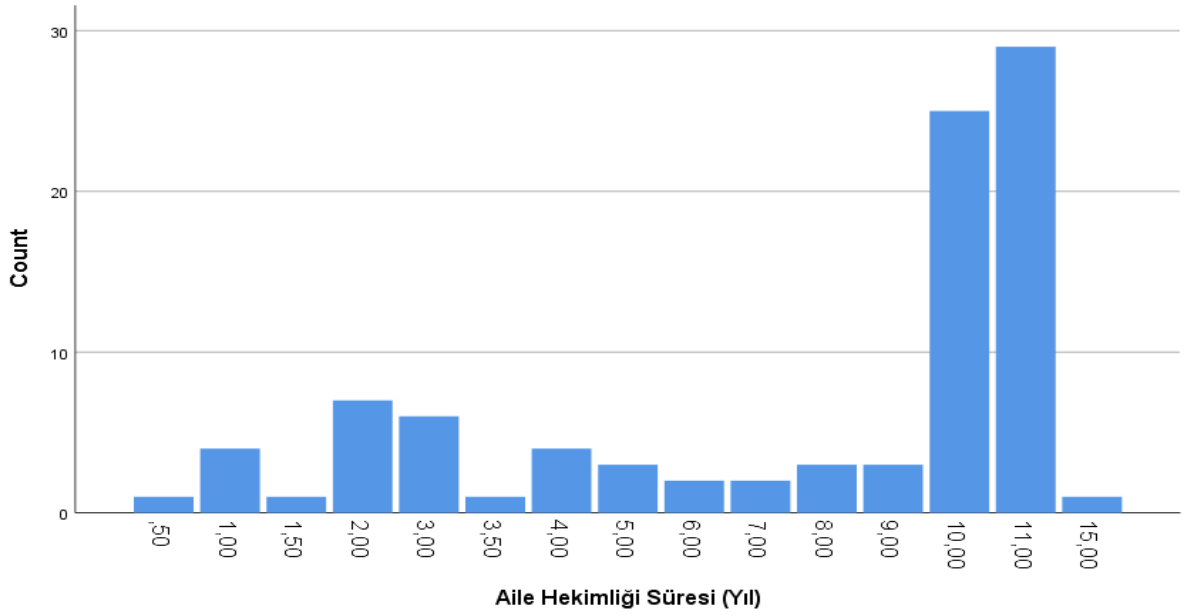
Şekil 4.11. Rize'de Geçirilen Süre (Yıl) Grafiği

Örnekleminizdeki bireylerin Rize'de geçirdikleri ortalama süre (yıl) 20,266, standart sapması 15,310'dur.



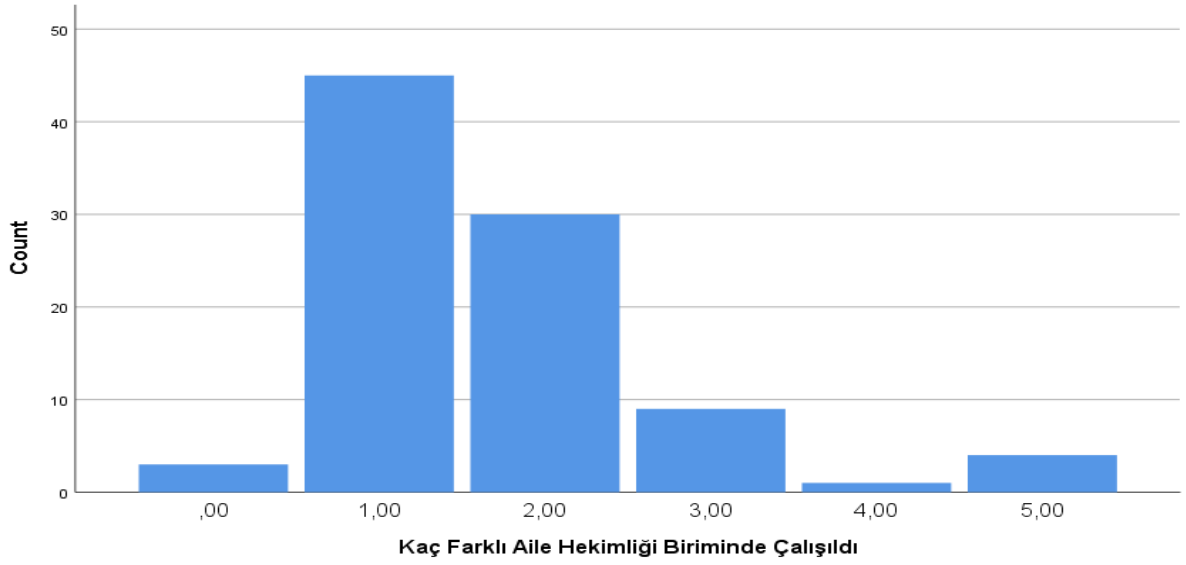
Şekil 4.12. Hekimlik Süresi (Yıl) Grafiği

Örnekleminizdeki biecilerin hekimlik yaptıkları ortalama süre (yıl) 16,407, standard sapması 8,583’ tür.



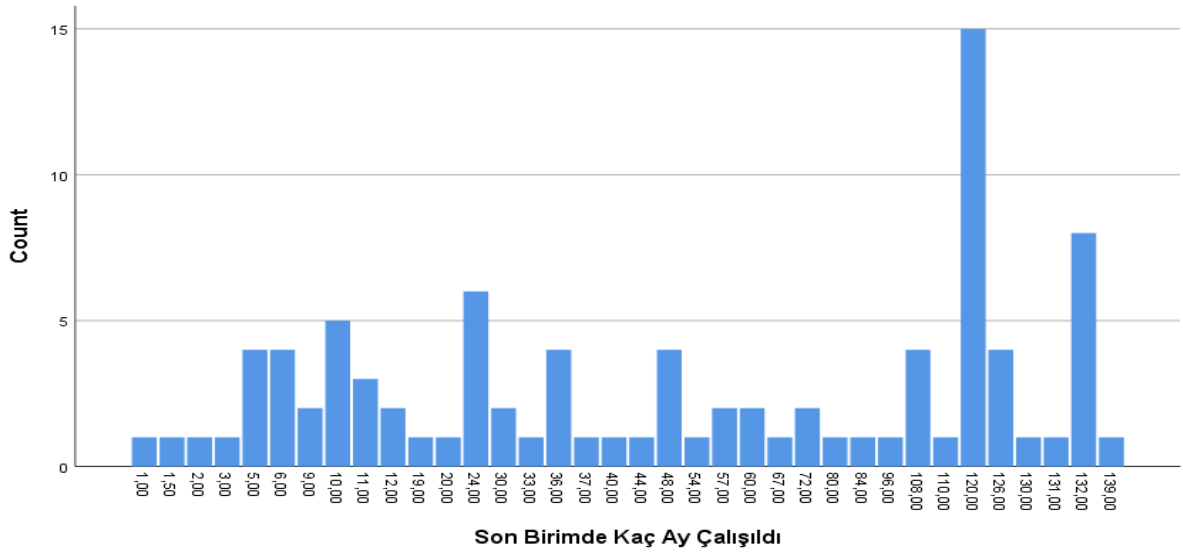
Şekil 4.13. Aile Hekimliği Süresi (Yıl) Grafiği

Örnekleminizdeki bireylerin Ortalama aile hekimliği süresi 7,973 ve standart sapması 3,677’dir.



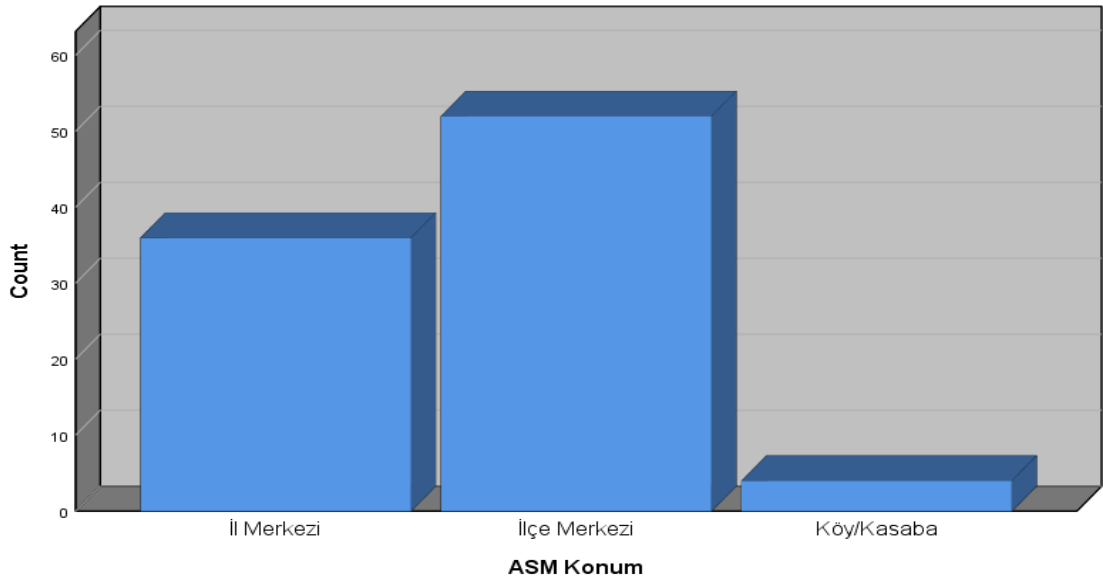
Şekil 4.14. Çalışılan Aile Hekimliği Birimi Sayısı Grafiği

Çalışılan farklı aile hekimliği birim sayısı ortalaması 1,696, standart sapması 1,035'tir.



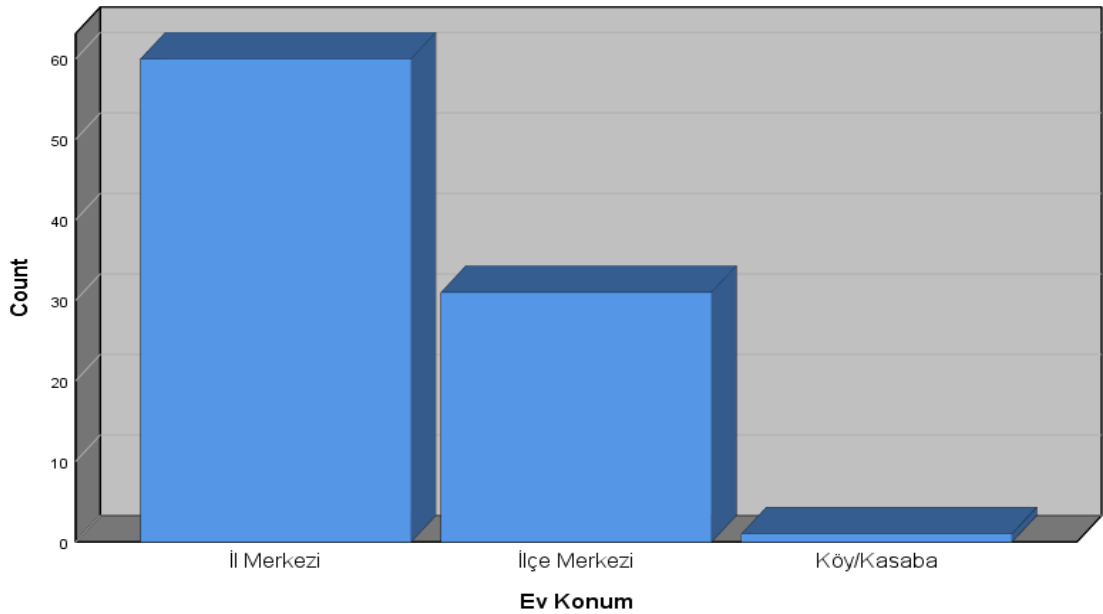
Şekil 4.15. Son ASM Biriminde Çalışılan Süresi (Ay) Grafiği

Son aile hekimliği biriminde çalışılan ortalama süre 64,897 ve standart sapma 49,80'dir.



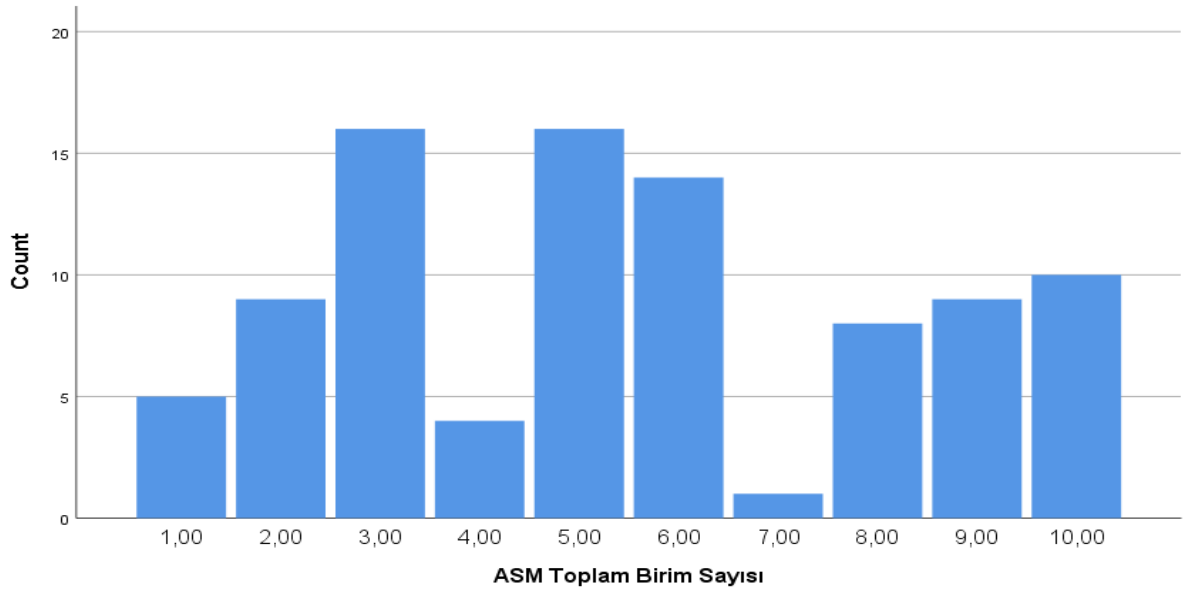
Şekil 4.16. Aile Sağlığı Merkezi'nin Konumu Grafiği

Örneklemdaki bireylerin 36'sı (%39,1) il merkezindeki, 52'si (%56,5) ilçe merkezindeki, 4'ü (%4,3) Köy/Kasabadaki aile sağlığı merkezinde çalışmaktadır.



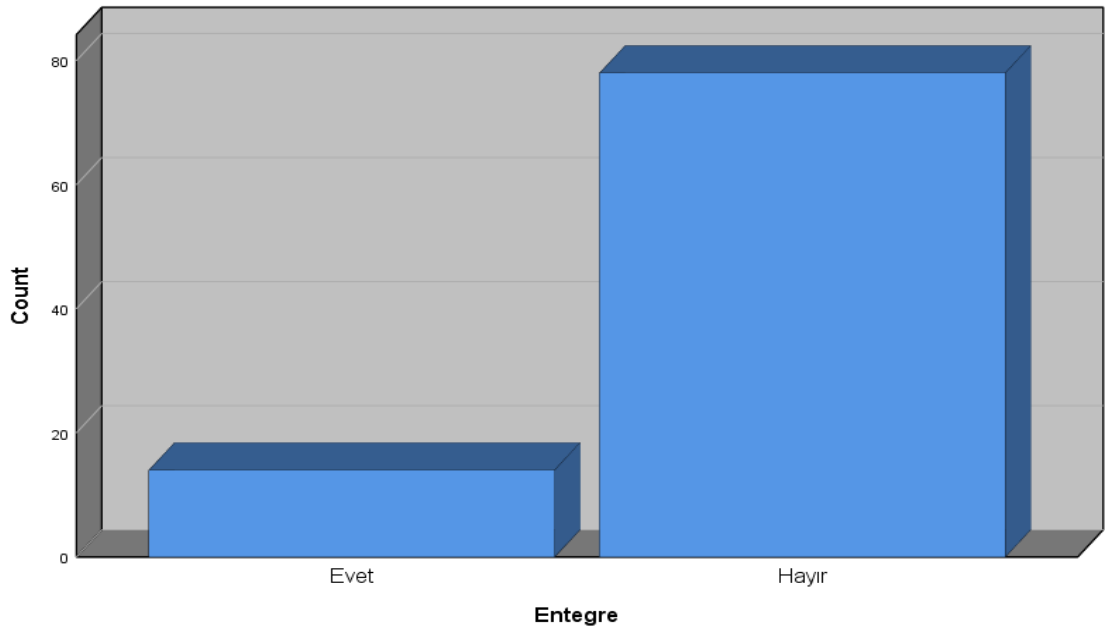
Şekil 4.17. Yaşanılan Yerin Konumu Grafiği

Örnekleminimizdeki bireylerin 60'ı (%65,2) il merkezinde, 31'i (%33,7) ilçe merkezinde ve 1'i (%1,1) köy/kasabada yaşamaktadır.



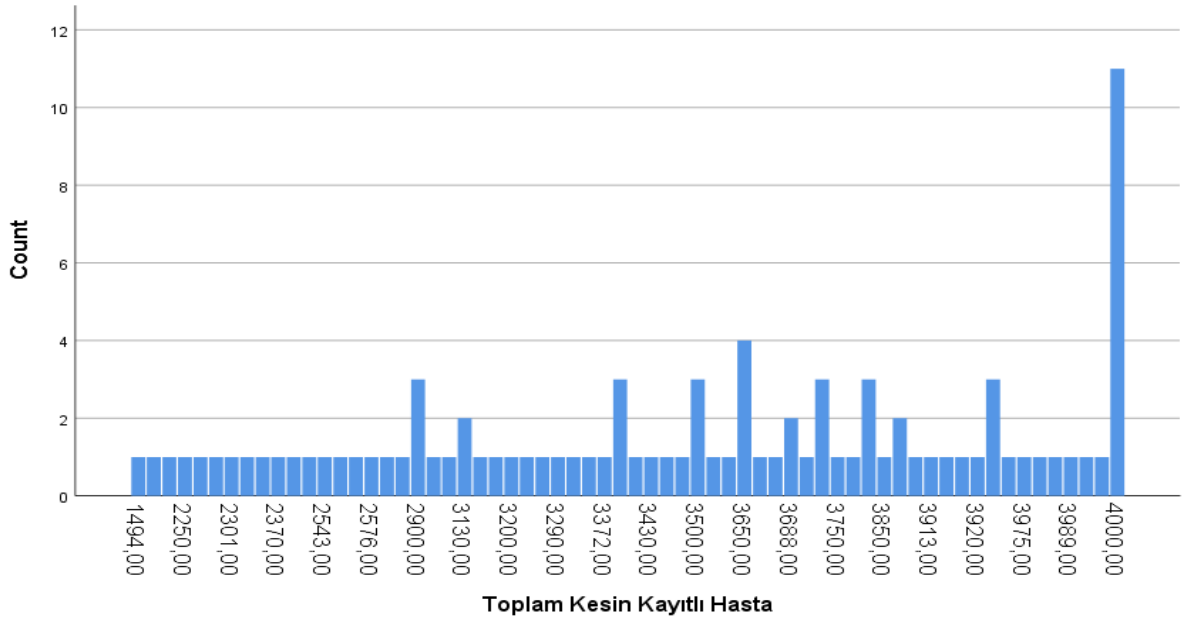
Şekil 4.18. Aile Sağlığı Merkezi Toplam Birim Sayısı Grafiği

Ortalama ASM toplam birim sayısı 5,467 ve standart sapması 2,759' dur.



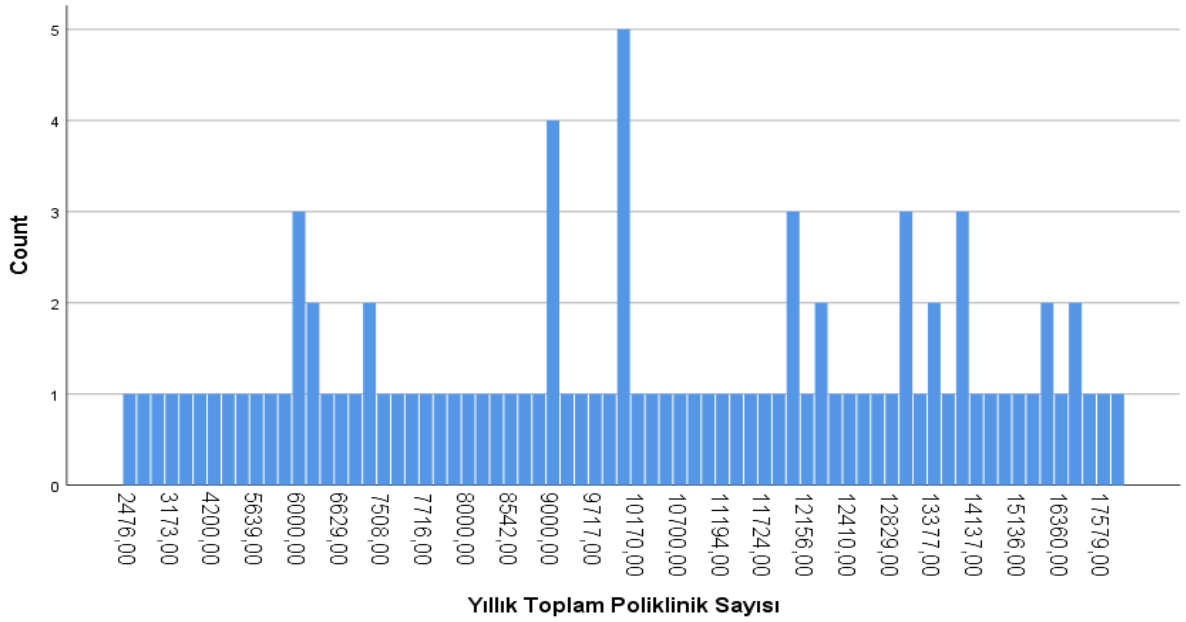
Şekil 4.19. Aile Sağlığı Merkezlerinin Entegre Dağılım Grafiği

Örneklemdaki bireylerin 14'ü (%15,2), entegre aile sağlığı merkezine çalışmaktadır.



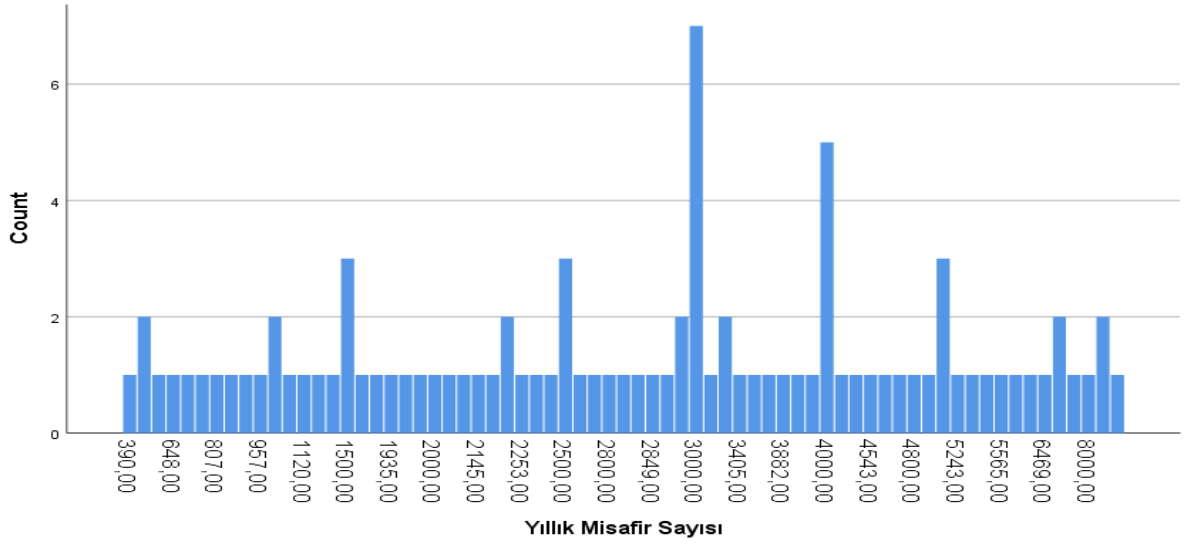
Şekil 4.20. Toplam Kesin Kayıtlı Hasta Sayısı Grafiği

Örneklemdaki bireylerin toplam kesin kayıtlı hasta ortalama sayısı 3395,532 ve standart sapması 601,145'tir.



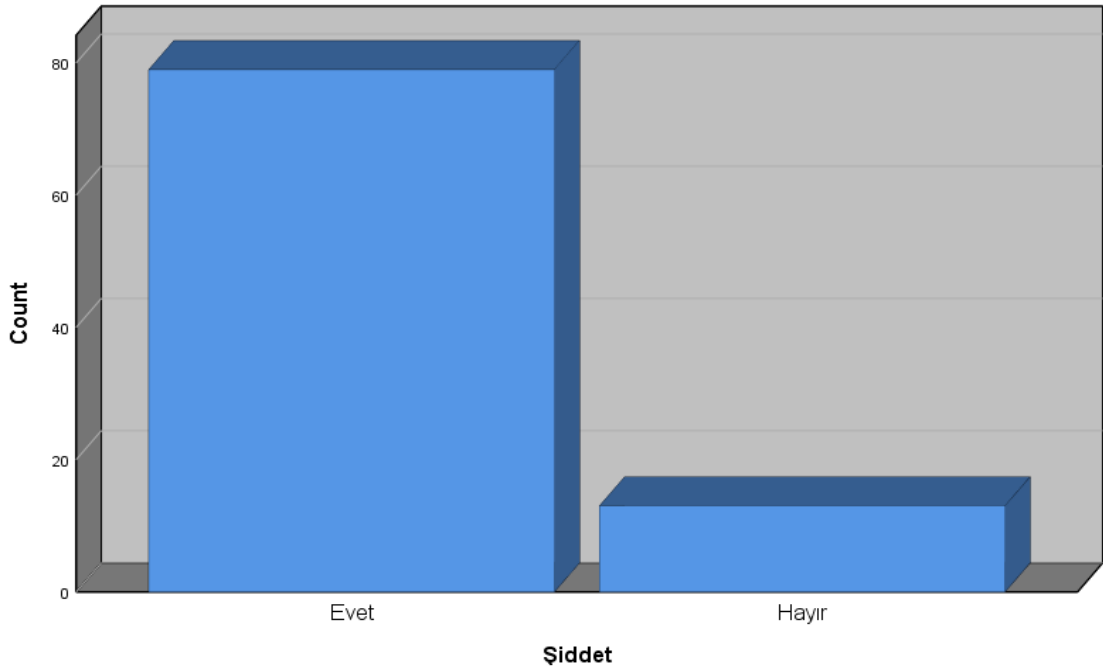
Şekil 4.21. Yıllık Toplam Poliklinik Sayısı Grafiği

Örneklemdaki bireylerin yıllık poliklinik sayısı ortalaması 10181,717 ve standart sapması 3724,444' tür.



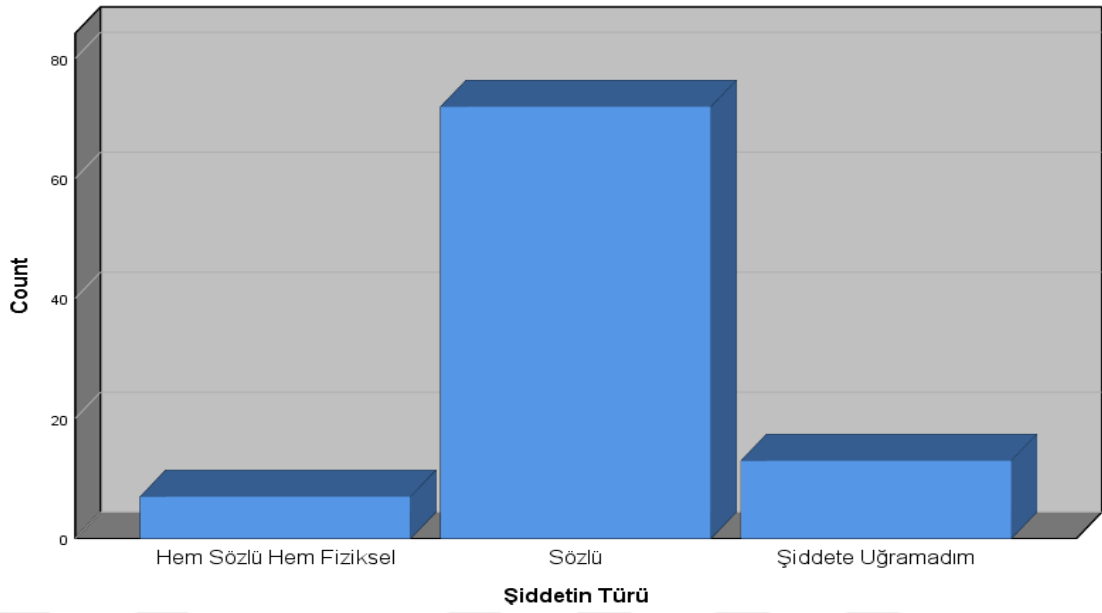
Şekil 4.22. Yıllık Misafir Hasta Sayısı Grafiği

Örneklemdaki bireylerin yıllık ortalama misafir hasta sayısı 3252,815 ve standart sapması 2009,678'tir.



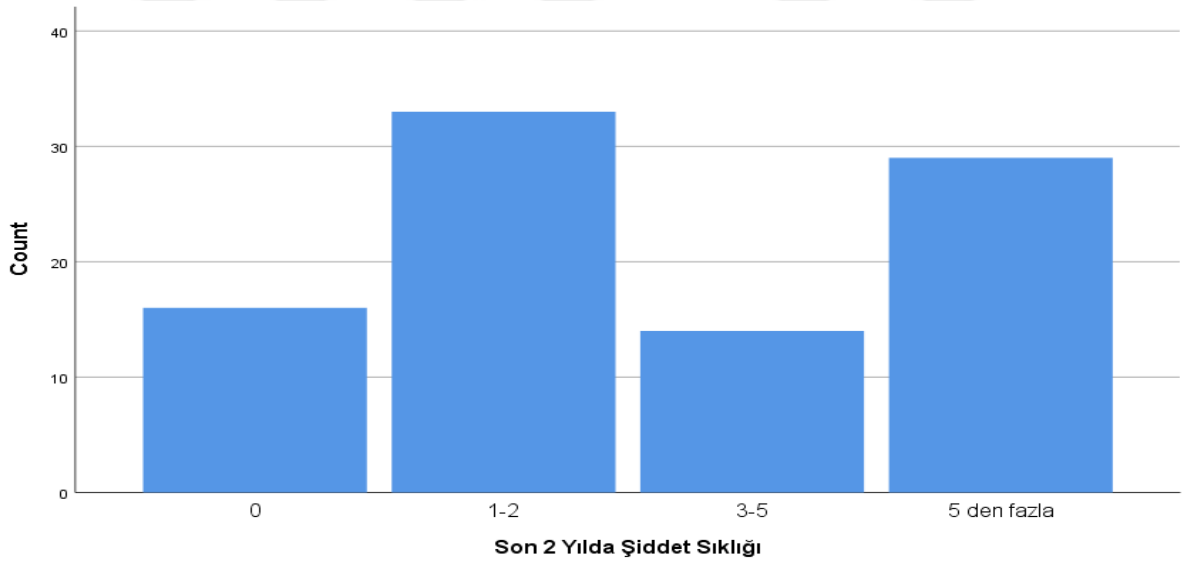
Şekil 4.23. Sağlıkta Şiddet Görme Durumu Grafiği

Örneklemdaki bireylerin 79'u (%85,9) hasta veya yakınları tarafından şiddete maruz kalmış, 13'ü (%14,1) şiddete maruz kalmamıştır.



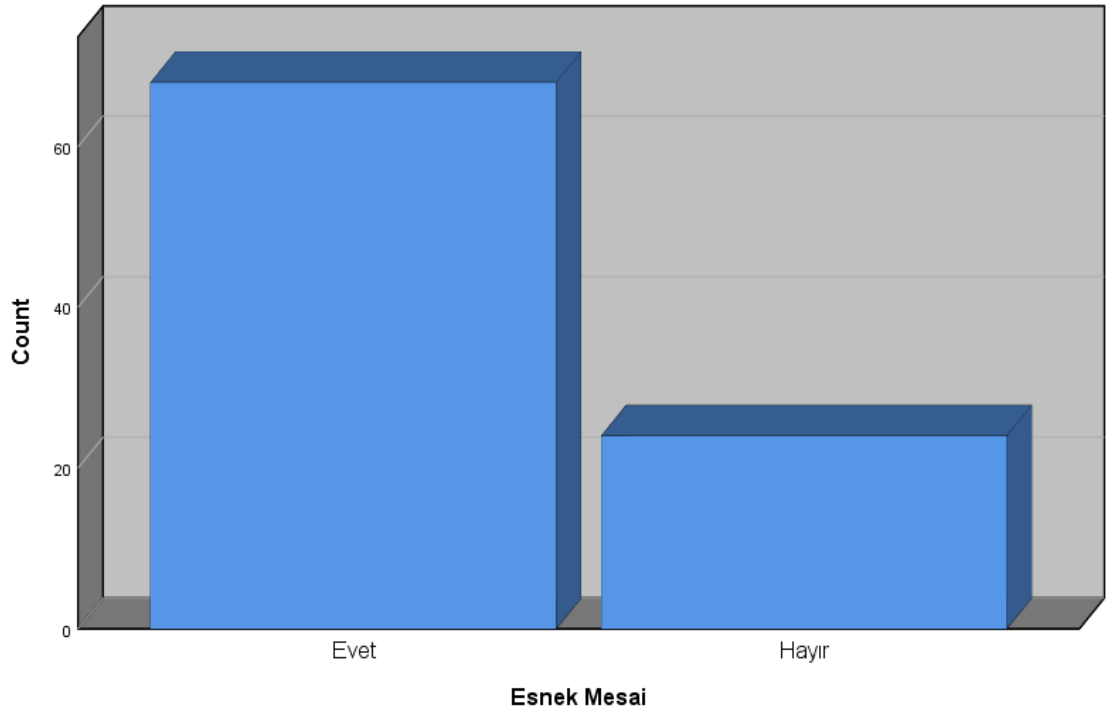
Şekil 4.24. Sağlıkta Şiddetin Türü Grafiği

Örneklemdaki bireylerin 7 ‘si (%7,6) hem sözlü hem fiziksel şiddete maruz kalmış, 72’ si (%78,3) sözlü şiddete maruz kalmış ve 13’ ü (%14,1) şiddete maruz kalmamıştır.



Şekil 4.25. Son 2 Yılda Maruz Kalınan Sağlıkta Şiddetin Sıklığı Grafiği

Örneklemdaki bireylerin 16’ sı (%17,4) son 2 yılda şiddete maruz kalmamıştır, 33’ ü (%35,9) 1-2 defa, 14’ ü (%15,2) 3-5 defa ve 29’ u (%31,5) 5’ ten fazla şiddete maruz kalmıştır.



Şekil 4.26. Pandemi Dönemi Esnek Mesai Yapabilme Dağılımı Grafiği

Örneklekimizdeki bireylerin 68'i (%73,9) esnek mesai yapabilmişken, 24'ü (%26,1) esnek mesai yapamamıştır.

Tablo 4.3. Yapısal Stil Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Yapısal Stil						
Değişken	Değişken Sınıfı	N	Ortalama	Standart Sapma	z/X ²	p değeri
Cinsiyet	Erkek	70	14,471	0,399	z=-0,064	p=0,949 ^a
	Kadın	22	14,455	0,792		
Medeni Hal	Evli	73	14,808	0,352	X ² =2,566	p=0,277 ^b
	Bekar	16	12,750	1,167		
	Boşanmış	3	15,333	1,856		
Sigara	Kullanıyor	17	15,059	0,769	z=-0,854	p=0,393 ^a
	Kullanmıyor	75	14,333	0,400		
Kronik Hastalık	Var	24	15,167	0,664	z=-1,045	p=0,296 ^a
	Yok	68	14,221	0,418		
Kronik İlaç	Var	24	14,792	0,651	z=-0,308	p=0,758 ^a
	Yok	68	14,353	0,424		
Psikiyatrik İlaç	Kullanıyor	11	14,091	0,986	z=-0,743	p=0,457 ^a
	Kullanmıyor	81	14,519	0,383		
Önceden Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Kullanıyor	22	13,455	0,826	z=-1,568	p=0,117 ^a
	Kullanmıyor	70	14,786	0,384		
ASM Konumu	Köy/Kasaba	4	17,750	1,250	X ² =5,645	p=0,059 ^b
	İlçe Merkezi	52	13,904	0,477		
	İl Merkezi	36	14,917	0,541		
Ev Konumu	Köy/Kasaba	1	19,000	0,000	X ² =3,790	p=0,150 ^b
	İlçe Merkezi	31	13,871	0,567		
	İl Merkezi	60	14,700	0,452		
Şiddet	Hayır	13	16,308	0,692	z=-2,134	p=0,033^{a*}
	Evet	79	14,165	0,389		
Şiddet Türü	Şiddet Yok	13	16,308	0,692	X ² =5,631	p=0,060 ^b
	Sözlü	72	14,278	0,404		
	Sözlü ve Fiziksel	7	13,000	1,447		
Şiddet Sıklığı	0	16	16,188	0,600	X ² =5,336	p=0,149 ^b
	1-2	33	14,152	0,638		
	3-5	14	14,500	0,863		
	5 den fazla	29	13,862	0,650		
Esnek Mesai	Hayır	24	14,917	0,670	z=-0,308	p=0,758 ^a
	Evet	68	14,309	0,420		

^a Mann Whitney U Test, ^b Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

*Şiddete maruz kalmayan grubun ortalama yapısal stil skoru (16,308) şiddete maruz kalan grubun ortalama yapısal stil skorundan (14,165) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir (z=-2,134, p<0,05).

Tablo 4.4. Gelecek Algısı Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Gelecek Algısı						
Değişken	Değişken Sınıfı	N	Ortalama	Standart Sapma	z/X ²	p değeri
Cinsiyet	Erkek	70	14,871	0,418	z=-1,090	p=0,276 ^a
	Kadın	22	15,591	0,813		
Medeni Hal	Evli	73	15,370	0,394	X ² =2,820	p=0,244 ^b
	Bekar	16	13,438	1,020		
	Boşanmış	3	15,667	2,603		
Sigara	Kullanıyor	17	14,882	0,781	z=-0,379	p=0,705 ^a
	Kullanmıyor	75	15,080	0,423		
Kronik Hastalık	Var	24	15,250	0,743	z=-0,125	p=0,900 ^a
	Yok	68	14,221	0,418		
Kronik İlaç	Var	24	15,292	0,724	z=-0,192	p=0,848 ^a
	Yok	68	14,960	0,436		
Psikiyatrik İlaç	Kullanıyor	11	16,818	1,034	z=-1,825	p=0,068 ^a
	Kullanmıyor	81	14,803	0,393		
Önceden Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Kullanıyor	22	14,409	0,857	z=-1,826	p=0,068 ^a
	Kullanmıyor	70	15,243	0,409		
ASM Konumu	Köy/Kasaba	4	17,750	0,946	X ² =4,505	p=0,105 ^b
	İlçe Merkezi	52	14,520	0,489		
	İl Merkezi	36	15,500	0,605		
Ev Konumu	Köy/Kasaba	1	19,000	0,000	X ² =1,493	p=0,474 ^b
	İlçe Merkezi	31	15,065	0,729		
	İl Merkezi	60	14,967	0,428		
Şiddet	Hayır	13	15,154	0,775	z=-0,056	p=0,0955 ^a
	Evet	79	15,025	0,416		
Şiddet Türü	Şiddet Yok	13	15,154	0,775	X ² =2,288	p=0,319 ^b
	Sözlü	72	15,236	0,418		
	Sözlü ve Fiziksel	7	12,857	1,779		
Şiddet Sıklığı	0	16	15,000	0,695	X ² =2,377	p=0,498 ^b
	1-2	33	15,636	0,540		
	3-5	14	15,571	1,118		
	5 den fazla	29	14,138	0,759		
Esnek Mesai	Hayır	24	16,000	0,717	z=-1,577	p=0,115 ^a
	Evet	68	14,706	0,430		

^a Mann Whitney U Test, ^b Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

*Gelecek algısı alt faktörü için bağımsız gruplar fark analizinde bu tablodaki değişkenler için istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Tablo 4.5. Aile Uyumu Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

AileUyumu						
Değişken	Değişken Sınıfı	N	Ortalama	Standart Sapma	z/X ²	p değeri
Cinsiyet	Erkek	70	23,9	0,48	z=-0,782	p=0,434 ^a
	Kadın	22	24,546	0,805		
Medeni Hal	Evli	73	24,247	0,467	X ² =3,101	p=0,212 ^b
	Bekar	16	23,813	0,945		
	Boşanmış	3	20,667	1,856		
Sigara	Kullanıyor	17	23,529	0,989	z=-0,808	p=0,419 ^a
	Kullanmıyor	75	24,173	0,455		
Kronik Hastalık	Var	24	24,583	0,874	z=-0,911	p=0,362 ^a
	Yok	68	23,868	0,466		
Kronik İlaç	Var	24	24,375	0,916	z=-0,652	p=0,514 ^a
	Yok	68	23,941	0,458		
Psikiyatrik İlaç	Kullanıyor	11	23,546	1,131	z=-0,840	p=0,401 ^a
	Kullanmıyor	81	24,124	0,444		
Önceden Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Kullanıyor	22	22,591	0,991	z=-1,834	p=0,067 ^a
	Kullanmıyor	70	24,514	0,433		
ASM Konumu	Köy/Kasaba	4	26,750	2,136	X ² =4,365	p=0,113 ^b
	İlçe Merkezi	52	23,558	0,452		
	İl Merkezi	36	24,472	0,785		
Ev Konumu	Köy/Kasaba	1	21,000	0,000	X ² =1,414	p=0,493 ^b
	İlçe Merkezi	31	24,323	0,693		
	İl Merkezi	60	23,967	0,452		
Şiddet	Hayır	13	25,769	0,726	z=-1,695	p=0,090 ^a
	Evet	79	23,772	0,458		
Şiddet Türü	Şiddet Yok	13	25,769	0,726	X ² =6,022	p=0,049^{b*}
	Sözlü	72	24,056	0,459		
	Sözlü ve Fiziksel	7	20,857	1,908		
Şiddet Sıklığı	0	16	25,063	0,814	X ² =2,201	p=0,532 ^b
	1-2	33	23,545	0,73		
	3-5	14	24,500	1,123		
	5 den fazla	29	23,862	0,737		
Esnek Mesai	Hayır	24	23,708	0,908	z=-0,415	p=0,678 ^a
	Evet	68	24,176	0,459		

^a Mann Whitney U Test, ^b Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

*Aile uyumu alt faktörü için bağımsız gruplar arasında istatistiki olarak önemli seviyede farklılık vardır (X²=6,022, p<0,05):Şiddet görmeyen grubun aile uyumu ortalama skoru (25,769) hem sözlü hem fiziksel şiddet gören grubun aile uyumu ortalama skorundan (20,857) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir (z=-2,489, p<0,05) (Mann Whitney U Test).

Tablo 4.6. Kendilik Algısı Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Kendilik Algısı						
Değişken	Değişken Sınıfı	N	Ortalama	Standart Sapma	z/X ²	p değeri
Cinsiyet	Erkek	70	23,957	0,495	z=-0,143	p=0,887 ^a
	Kadın	22	23,818	0,882		
Medeni Hal	Evli	73	24,247	0,467	X ² =5,081	p=0,079 ^b
	Bekar	16	21,938	1,131		
	Boşanmış	3	26,667	0,882		
Sigara	Kullanıyor	17	23,412	0,692	z=-0,940	p=0,347 ^a
	Kullanmıyor	75	24,040	0,503		
Kronik Hastalık	Var	24	23,375	1,041	z=-0,590	p=0,555 ^a
	Yok	68	24,118	0,453		
Kronik İlaç	Var	24	23,792	0,987	z=-0,013	p=0,989 ^a
	Yok	68	23,971	0,469		
Psikiyatrik İlaç	Kullanıyor	11	24,727	1,532	z=-0,871	p=0,384 ^a
	Kullanmıyor	81	23,815	0,444		
Önceden Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Kullanıyor	22	23,409	0,991	z=-0,699	p=0,484 ^a
	Kullanmıyor	70	24,086	0,473		
ASM Konumu	Köy/Kasaba	4	24,750	1,181	X ² =2,631	p=0,268 ^b
	İlçe Merkezi	52	23,250	0,624		
	İl Merkezi	36	24,806	0,589		
Ev Konumu	Köy/Kasaba	1	23,000	0,000	X ² =0,137	p=0,934 ^b
	İlçe Merkezi	31	23,968	0,814		
	İl Merkezi	60	23,917	0,511		
Şiddet	Hayır	13	24,385	0,721	z=-0,051	p=0,960 ^a
	Evet	79	23,848	0,486		
Şiddet Türü	Şiddet Yok	13	24,385	0,721	X ² =1,846	p=0,397 ^b
	Sözlü	72	24,013	0,515		
	Sözlü ve Fiziksel	7	22,143	1,353		
Şiddet Sıklığı	0	16	23,812	0,843	X ² =0,297	p=0,961 ^b
	1-2	33	24,091	0,716		
	3-5	14	24,071	1,290		
	5 den fazla	29	23,724	0,805		
Esnek Mesai	Hayır	24	24,583	0,830	z=-0,840	p=0,401 ^a
	Evet	68	23,691	0,502		

^a Mann Whitney U Test, ^b Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

*Kendilik algısı alt faktörü için bağımsız gruplar fark analizinde bu tablodaki değişkenler için istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir.

Tablo 4.7. Sosyal Yeterlilik Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Sosyal Yeterlilik						
Değişken	Değişken Sınıfı	N	Ortalama	Standart Sapma	z/X ²	p değeri
Cinsiyet	Erkek	70	21,743	0,517	z=-1,851	p=0,064 ^a
	Kadın	22	23,682	0,957		
Medeni Hal	Evli	73	22,425	0,495	X ² =4,125	p=0,127 ^b
	Bekar	16	22,125	1,297		
	Boşanmış	3	17,333	1,453		
Sigara	Kullanıyor	17	22,706	1,104	z=-0,490	p=0,624 ^a
	Kullanmıyor	75	22,093	0,51		
Kronik Hastalık	Var	24	22,583	0,836	z=-0,290	p=0,772 ^a
	Yok	68	22,074	0,552		
Kronik İlaç	Var	24	22,583	0,884	z=-0,330	p=0,741 ^a
	Yok	68	22,074	0,543		
Psikiyatrik İlaç	Kullanıyor	11	20,909	1,209	z=-1,099	p=0,272 ^a
	Kullanmıyor	81	22,383	0,496		
Önceden Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Kullanıyor	22	21,864	0,965	z=-0,243	p=0,808 ^a
	Kullanmıyor	70	22,314	0,528		
ASM Konumu	Köy/Kasaba	4	21,250	2,529	X ² =0,466	p=0,792 ^b
	İlçe Merkezi	52	22,615	0,545		
	İl Merkezi	36	21,722	0,842		
Ev Konumu	Köy/Kasaba	1	15,000	0,000	X ² =2,910	p=0,233 ^b
	İlçe Merkezi	31	22,806	0,724		
	İl Merkezi	60	22,017	0,589		
Şiddet	Hayır	13	24,539	1,338	z=-2,486	p=0,013^{a*}
	Evet	79	21,823	0,48		
Şiddet Türü	Şiddet Yok	13	24,538	1,338	X ² =6,769	p=0,034^{b*}
	Sözlü	72	21,694	0,497		
	Sözlü ve Fiziksel	7	23,143	1,844		
Şiddet Sıklığı	0	16	23,75	1,195	X ² =5,502	p=0,139 ^b
	1-2	33	21,727	0,794		
	3-5	14	20,714	1,04		
	5 den fazla	29	22,621	0,777		
Esnek Mesai	Hayır	24	20,5	0,940	z=-2,150	p=0,032^{a*}
	Evet	68	22,809	0,512		

^a Mann Whitney U Test, ^b Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Sosyal Yeterlik Alt Faktörü için Bağımsız Gruplar Fark Analizi:

*Şiddete maruz kalmayan grubun ortalama sosyal yeterlik skoru (24,539) şiddete maruz kalan grubun ortalama sosyal yeterlik skorundan (21,823) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,486$, $p<0,05$).

Sosyal yeterlik alt faktörü için şiddet türünde bağımsız gruplar arasında istatistiki olarak önemli seviyede farklılık vardır ($X^2=6,769$, $p<0,05$):

*Şiddet görmeyen grubun ortalama sosyal yeterlik skoru (24,538) sözlü şiddet gören grubun ortalama sosyal yeterlik skorundan (21,694) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,579$, $p<0,05$) (Mann Whitney U Test).

*Pandemi döneminde esnek mesai yapan grubun ortalama sosyal yeterlik skoru (22,809) Pandemi döneminde esnek mesai yapamayan grubun ortalama sosyal yeterlik skorundan (20,500) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,150$, $p<0,05$).

Tablo 4.8. Sosyal Kaynak Alt Boyutu İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Sosyal Kaynak						
Değişken	Değişken Sınıfı	N	Ortalama	Standart Sapma	z/X ²	p değeri
Cinsiyet	Erkek	70	27,886	0,535	z=-2,627	p=0,009^{a*}
	Kadın	22	30,682	0,540		
Medeni Hal	Evli	73	28,562	0,522	X ² =0,841	p=0,657 ^b
	Bekar	16	28,812	0,927		
	Boşanmış	3	27,000	0,577		
Sigara	Kullanıyor	17	28,000	0,849	z=-0,712	p=0,477 ^a
	Kullanmıyor	75	28,680	0,510		
Kronik Hastalık	Var	24	28,750	0,743	z=-0,187	p=0,851 ^a
	Yok	68	28,485	0,543		
Kronik İlaç	Var	24	28,333	0,798	z=-0,357	p=0,721 ^a
	Yok	68	28,632	0,533		
Psikiyatrik İlaç	Kullanıyor	11	26,727	1,152	z=-1,715	p=0,086 ^a
	Kullanmıyor	81	28,802	0,474		
Önceden Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Kullanıyor	22	27,091	1,046	z=-1,722	p=0,085 ^a
	Kullanmıyor	70	29,014	0,473		
ASM Konumu	Köy/Kasaba	4	32,500	1,658	X ² =4,654	p=0,098 ^b
	İlçe Merkezi	52	28,154	0,512		
	İl Merkezi	36	28,694	0,821		
Ev Konumu	Köy/Kasaba	1	28,000	0,000	X ² =0,076	p=0,963 ^b
	İlçe Merkezi	31	28,645	0,701		
	İl Merkezi	60	28,517	0,580		
Şiddet	Hayır	13	32,154	0,939	z=-3,459	p=0,001^{a*}
	Evet	79	27,962	0,462		
Şiddet Türü	Şiddet Yok	13	32,154	0,939	X ² =12,935	p=0,002^{b*}
	Sözlü	72	28,153	0,469		
	Sözlü ve Fiziksel	7	26,000	1,952		
Şiddet Sıklığı	0	16	30,563	1,193	X ² =8,425	p=0,038^{b*}
	1-2	33	27,000	0,742		
	3-5	14	29,000	0,983		
	5 den fazla	29	29,000	0,698		
Pandemide Esnek Mesai	Hayır	24	26,583	0,897	z=-2,485	p=0,013^{a*}
	Evet	68	29,250	0,487		

^a Mann Whitney U Test, ^b Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Sosyal Kaynak Alt Faktörü için Bağımsız Gruplar Fark Analizi:

*Kadınların ortalama sosyal kaynak skoru (30,682) erkeklerin ortalama sosyal kaynak skorundan (27,886) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,627$, $p<0,01$).

*Şiddete maruz kalmayan grubun ortalama sosyal kaynak skoru (32,154) şiddete maruz kalan grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (27,962) istatistiki olarak daha yüksektir ($z=-3,459$, $p<0,001$).

Sosyal kaynak alt faktörü için şiddet türünde bağımsız gruplar arasında istatistiki olarak önemli seviyede farklılık vardır ($X^2=12,935$, $p<0,01$):

*Şiddet görmeyen grubun ortalama sosyal kaynak skoru (32,154) sözlü şiddet gören grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (28,153) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-3,346$, $p<0,01$) (Mann Whitney U Test).

*Şiddet görmeyen grubun ortalama sosyal kaynak skoru (32,154) hem sözlü hem fiziksel şiddet gören grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (26,000) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,757$, $p<0,01$) (Mann Whitney U Test).

Sosyal kaynak alt faktörü için şiddet sıklığında bağımsız gruplar arasında istatistiki olarak önemli seviyede farklılık vardır ($X^2=8,425$, $p<0,05$):

*Hiç şiddet görmemiş grubun ortalama sosyal kaynak skoru (30,563) 1-2 defa şiddet gören grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (27,000) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,654$, $p<0,008$) (Mann Whitney U Test).

*Pandemi döneminde esnek mesai yapabilen grubun ortalama sosyal kaynak skoru (29,250) pandemi döneminde esnek mesai yapamayan grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (26,583) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,485$, $p<0,05$).

Tablo 4.9. Toplam Ölçek Skoru İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi

Genel Toplam						
Değişken	Değişken Sınıfı	N	Ortalama	Standart Sapma	z/X ²	p değeri
Cinsiyet	Erkek	70	126,829	2,087	z=-1,571	p=0,116 ^a
	Kadın	22	132,773	2,722		
Medeni Hal	Evli	73	129,658	1,944	X ² =2,714	p=0,257 ^b
	Bekar	16	122,875	4,297		
	Boşanmış	3	122,667	2,848		
Sigara	Kullanıyor	17	127,588	3,874	z=-0,297	p=0,767 ^a
	Kullanmıyor	75	128,400	1,943		
Kronik Hastalık	Var	24	129,708	3,601	z=-0,360	p=0,719 ^a
	Yok	68	127,735	1,977		
Kronik İlaç	Var	24	129,167	3,594	z=-0,169	p=0,866 ^a
	Yok	68	127,926	1,982		
Psikiyatrik İlaç	Kullanıyor	11	126,818	5,206	z=-0,403	p=0,687 ^a
	Kullanmıyor	81	128,444	1,844		
Önceden Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Kullanıyor	22	122,818	3,881	z=-1,525	p=0,127 ^a
	Kullanmıyor	70	129,957	1,888		
ASM Konumu	Köy/Kasaba	4	140,750	6,613	X ² =3,359	p=0,187 ^b
	İlçe Merkezi	52	126,000	2,114		
	İl Merkezi	36	130,111	3,041		
Ev Konumu	Köy/Kasaba	1	125,000	0,000	X ² =0,349	p=0,840 ^b
	İlçe Merkezi	31	128,677	3,157		
	İl Merkezi	60	128,083	2,110		
Şiddet	Hayır	13	138,308	3,372	z=-2,495	p=0,013 ^{a*}
	Evet	79	126,595	1,878		
Şiddet Türü	Şiddet Yok	13	138,308	3,373	X ² =7,407	p=0,025 ^{b*}
	Sözlü	72	127,430	1,915		
	Sözlü ve Fiziksel	7	118,000	7,597		
Şiddet Sıklığı	0	16	134,375	3,967	X ² =3,342	p=0,342 ^b
	1-2	33	126,152	2,965		
	3-5	14	128,357	4,208		
	5 den fazla	29	127,207	3,135		
Esnek Mesai	Hayır	24	126,292	3,424	z=-0,845	p=0,398 ^a
	Evet	68	128,941	2,012		

^a Mann Whitney U Test, ^b Kruskal Wallis H Testi, * p<0,05

Toplam Ölçek Skoru İçin Bağımsız Gruplar Fark Analizi:

Örneklemimizdeki tüm bireylerin ölçek skoru ortalaması 128,250'tir. Örneklemimizin alt faktörler için aldığı ortalama değerler ise; yapısal stil skoru ortalaması 14,467, gelecek algısı skoru ortalaması 15,044, aile uyumu skoru ortalaması 24,054, kendilik algısı skoru ortalaması 23,924, sosyal yeterlik skoru ortalaması 22,207 ve sosyal kaynak skoru ortalaması 28,554 'tür.

*Şiddet görmeyen grubun ortalama ölçek skoru (138,308) şiddet gören grubun ortalama ölçek skorundan (126,595) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,495$, $p<0,05$).

Ölçek toplam skorlarında, şiddet türünde bağımsız gruplar arasında istatistiki olarak önemli seviyede farklılık vardır ($X^2=7,407$, $p<0,05$):

*Şiddet görmeyen grubun ortalama toplam ölçek skoru (138,308) sözlü şiddet gören grubun ortalama toplam ölçek skorundan (127,430) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,406$, $p<0,05$) (Mann Whitney U Test).

*Şiddet görmeyen grubun ortalama toplam ölçek skoru (138,308) hem sözlü hem fiziksel şiddet gören grubun ortalama toplam ölçek skorundan (118,000) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,406$, $p<0,05$) (Mann Whitney U Test).

Tablo 4.10. Korelasyon Analiz Tablosu 1 (Kendalls tau_b)

			1	2	3	4	5	6	7
1	Yaş	Korelasyon	1,000						
		p Değeri							
2	Evlilik Süresi	Korelasyon	,542**	1,000					
		p Değeri	0,000						
3	Çocuk Sayısı	Korelasyon	,484**	,626**	1,000				
		p Değeri	0,000	0,000					
4	VKİ	Korelasyon	,197**	,185*	,209**	1,000			
		p Değeri	0,007	0,013	0,010				
5	Rize Yıl	Korelasyon	,592**	,363**	,371**	,147*	1,000		
		p Değeri	0,000	0,000	0,000	0,046			
6	Hekimlik Süre	Korelasyon	,820**	,596**	,504**	,210**	,657**	1,000	
		p Değeri	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000		
7	AH Süre	Korelasyon	,551**	,333**	,377**	0,074	,479**	,558**	1,000
		p Değeri	0,000	0,000	0,000	0,344	0,000	0,000	
Yapısal Stil		Korelasyon	0,011	0,131	0,157	-0,023	0,005	0,048	0,000
		p Değeri	0,881	0,082	0,056	0,760	0,943	0,528	0,997
Gelecek Algısı		Korelasyon	-0,010	0,069	0,104	-0,035	-0,074	0,019	-0,014
		p Değeri	0,897	0,359	0,205	0,639	0,326	0,806	0,862
Aile Uyumu		Korelasyon	-0,021	0,059	-0,040	-0,061	-0,103	-0,004	-0,110
		p Değeri	0,775	0,431	0,629	0,415	0,167	0,959	0,163
Kendilik Algısı		Korelasyon	0,138	,174*	,174*	0,000	0,018	,149*	0,015
		p Değeri	0,064	0,022	0,034	1,000	0,809	0,049	0,845
Sosyal Yeterlik		Korelasyon	-0,136	-0,013	-0,096	-0,040	-0,116	-0,105	-0,127
		p Değeri	0,068	0,859	0,240	0,592	0,119	0,160	0,105
Sosyal Kaynak		Korelasyon	-,223**	-0,057	-0,140	-,165*	-,181*	-,179*	-,214**
		p Değeri	0,003	0,452	0,087	0,027	0,015	0,017	0,007
Genel Toplam		Korelasyon	-0,064	0,084	0,014	-0,085	-0,098	-0,028	-0,099
		p Değeri	0,379	0,250	0,865	0,244	0,176	0,706	0,198
* p<0,05, ** p>0,01									

Korelasyon Analiz Tablosu 1'in Sonuçları:

*Kendilik algısı ve evlilik süresi arasında istatistiki olarak önemli pozitif bir ilişki vardır ($r=0,174$, $p<0,05$).

*Kendilik algısı ve çocuk sayısı arasında istatistiki olarak önemli pozitif bir ilişki vardır ($r=0,174$, $p<0,05$).

*Kendilik algısı ve hekimlik süresi arasında istatistiki olarak önemli pozitif bir ilişki vardır ($r=0,149$, $p<0,05$).

*Sosyal kaynak ile yaş arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,223$, $p<0,01$).

*Sosyal kaynak ile vücut kitle indeksi arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,165$, $p<0,05$).

*Sosyal kaynak ile Rize'de geçirilen süre arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,181$, $p<0,05$).

*Sosyal kaynak ile hekimlik süresi arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,179$, $p<0,05$).

*Sosyal kaynak ile aile hekimliği süresi arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,214$, $p<0,01$).

Tablo 4.11. Korelasyon Analiz Tablosu 2 (Kendalls tau_b)

			1	2	3	4	5	6	7
1	Kaç Farklı AH Birim Değiştirdiği	Korelasyon	1,000						
		p Değeri							
2	Son Birimde Geçen Süre	Korelasyon	-,312**	1,000					
		p Değeri	0,000						
3	ASM Toplam Birim Sayı	Korelasyon	0,047	0,134	1,000				
		p Değeri	0,583	0,078					
4	Toplam Kesin Kayıtlı Hasta Sayısı	Korelasyon	0,000	,239**	,210**	1,000			
		p Değeri	0,997	0,001	0,005				
5	Yıllık Toplam Poliklinik Sayısı	Korelasyon	-0,121	,154*	-0,005	,253**	1,000		
		p Değeri	0,136	0,034	0,946	0,000			
6	Yıllık Misafir Hasta Sayısı	Korelasyon	-0,070	0,040	-0,051	0,024	,425**	1,000	
		p Değeri	0,388	0,586	0,493	0,741	0,000		
7	Yıllık Misafir Hasta Yüzdesi	Korelasyon	-0,031	-0,052	-0,061	-0,123	0,006	,588**	1,000
		p Değeri	0,700	0,471	0,415	0,086	0,938	0,000	
Yapısal Stil		Korelasyon	-0,028	0,010	0,008	-0,018	-0,051	-0,142	-0,125
		p Değeri	0,743	0,892	0,915	0,804	0,491	0,055	0,089
Gelecek Algısı		Korelasyon	-0,109	0,063	-0,053	0,038	0,018	-0,076	-0,073
		p Değeri	0,195	0,405	0,491	0,606	0,812	0,306	0,320
Aile Uyum		Korelasyon	-0,122	0,007	-0,047	-0,053	-,146*	-,189*	-0,109
		p Değeri	0,144	0,924	0,540	0,472	0,047	0,010	0,139
Kendilik Algısı		Korelasyon	-,220**	0,143	0,035	0,062	0,083	-0,127	-,182*
		p Değeri	0,009	0,058	0,654	0,400	0,263	0,085	0,014
Sosyal Yeterlik		Korelasyon	-0,082	-0,057	0,028	-0,098	-0,133	-0,134	-0,036
		p Değeri	0,327	0,443	0,717	0,182	0,070	0,069	0,619
Sosyal Kaynak		Korelasyon	-0,119	-0,116	-0,031	-0,097	-0,115	-,159*	-0,092
		p Değeri	0,155	0,121	0,684	0,190	0,116	0,030	0,211
Genel Toplam		Korelasyon	-0,157	0,020	-0,032	-0,037	-0,067	-,162*	-0,114
		p Değeri	0,053	0,789	0,675	0,612	0,348	0,024	0,113
* p<0,05, ** p>0,01									

Korelasyon Analiz Tablosu 2'nin Sonuçları:

*Kendilik algısı ile farklı aile hekimliği birimi sayısı arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,220$, $p<0,01$).

*Kendilik algısı ile misafir hasta yüzdesi arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,182$, $p<0,05$).

*Sosyal kaynak ile yıllık misafir sayısı arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,159$, $p<0,05$).

*Aile uyumu ile yıllık toplam poliklinik sayısı arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,146$, $p<0,05$).

*Aile uyumu ile yıllık misafir sayısı arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,189$, $p<0,05$).

*Ölçek toplam skoru ile yıllık misafir sayısı arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,162$, $p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Psikolojik dayanıklılık koruyucu psikiyatrinin en önemli konularından biridir. Bireylerin ruhsal açıdan olumsuzluklara direnç gösterebilme gücünün göstergesidir. Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireyler; stres durumlarını daha iyi yönetir, çevresiyle sosyal bağını daha güçlü tutar, kendi kişiliğiyle daha barışık olur, başkalarına yardım etme ve başkalarıyla yardımlaşarak ekip olabilme konusunda daha başarılı olur, problemleri çözebilme noktasında daha yetkinlerdir ve harekete geçme noktasında çok fazla vakit kaybetmezler (29, 43). Bu özellikler, koruyucu hekimliğin en önemli basamağı olan ve hastaların sağlık sistemine ilk temas noktasını oluşturan aile hekimlerinin mesleklerini icra ederken onlara gerekli olan disiplinlere sahip olabilmesi için aile hekimlerinde var olması gereken yeteneklerdir. Ayrıca aile hekimlerinin, bir birey olarak toplumda mutlu yaşayabilmeleri ve karşılırlarına çıkabilecek sorunlarda yılmayıp, üzerine koyarak, yeni tecrübelerle devam edebilmeleri için psikolojik dayanıklılıklarını korumaları ve geliştirmeleri gerekir.

Çalışmamızda, Rize ili aile hekimlerinin psikolojik dayanıklılıklarını etkileyen faktörlerin tespiti için aile hekimlerine uyguladığımız kişisel bilgi formundaki veriler ile yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğı ve ölçeğın alt gruplarından alınan puanların istatistiksel karşılaştırılması yapılmıştır.

Psikolojik dayanıklılık ölçeğı genel toplam skoru ile sağıkta şiddet görme durumu, şiddetin türü, ve yıllık toplam misafir hasta sayısı arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki mevcuttur.

Psikolojik dayanıklılık alt boyutlarındaki istatistiki analizimiz ise şöyledir: Yapısal stil alt boyutunda, şiddet görenlerin ortalama skoru şiddet görmeyenlerin ortalama skorundan istatistiki açıdan anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Gelecek algısı alt boyutuyla istatistiki açıdan ilişkili herhangi bir öncülümüz yoktur. Aile

uyumu alt boyutunda; şiddet görmeyenlerin ortalama skoru, hem sözlü hem de fiziksel şiddet görenlerin ortalama skorundan istatistiki açıdan anlamlı yüksek bulunmuştur ve yine aile uyumu alt boyutu skoru; yıllık toplam hasta sayısı ve yıllık toplam misafir hasta sayısı öncülleriyle istatistiki açıdan anlamlı negatif ilişki içerisinde. Kendilik algısı alt boyutu skoru ile evlilik süresi, çocuk sayısı, hekimlik süresi arasında istatistiki açıdan anlamlı pozitif bir ilişki var iken, çalışılan farklı aile hekimliği birimi ve yıllık misafir hasta yüzdesi öncülü arasında anlamlı negatif bir ilişki mevcuttur. Sosyal yeterlilik alt boyutu skoru; sağlıkta şiddet, şiddetin türü ve pandemi döneminde esnek mesai yapabilme durumu ile istatistiki açıdan anlamlı ilişki içerisinde. Sosyal kaynaklar alt boyutu ise; yaş, vücut kütle indeksi, Rize ilinde geçirilen süre, hekimlik süresi, aile hekimliği süresi, sağlıkta şiddetin sıklığı, yıllık misafir hasta sayısı öncülleriyle istatistiki açıdan anlamlı negatif ilişki içerisinde olmakla birlikte cinsiyet, sağlıkta şiddete maruz kalma, sağlıkta şiddetin türü ve pandemi döneminde esnek mesai yapabilme durumu öncülleri ile de istatistiki açıdan ilişki içerisinde.

Örnekleminizde Rize ilindeki aile hekimlerinin ortalama psikolojik dayanıklılık ölçek skoru 128,250'dir. Kurnaz'ın asistan hekimler üzerinde yaptığı çalışmada PDÖ toplam puan ortalaması 123,4 (59); Gül'ün Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan yetişkinlerde yaptığı çalışmada PDÖ toplam puan ortalaması 112,1 (60); Yılmaz'ın öğretmen adaylarında yaptığı çalışmada PDÖ toplam puan ortalaması 108,1 (61); Parlak'ın kız öğrencilerde yaptığı çalışmada grubun PDÖ toplam puan ortalaması 125,9 (62); Karakuş'un Kahramanmaraş ilinde özel eğitim öğretmenlerinde yaptığı çalışmada PDÖ toplam puan ortalaması 137,3 (63); Narayanan'ın Hindistan'da üniversite mezunu genç yetişkinlerde yaptığı çalışmada PDÖ toplam puan ortalaması 134,6 (64); Küçüktaşlıdil'in İstanbul ilinde sigorta şirketlerinde görev yapan çalışanlarda yaptığı çalışmada PDÖ toplam puan ortalaması 130,4 (65); Ertekin ve arkadaşlarının ebelik bölümünde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada PDÖ toplam puan ortalaması 121,6 olarak bulunmuştur (66).

Elde edilen bulgular ışığında Rize ili aile hekimlerindeki psikolojik dayanıklılık düzeylerinin cinsiyete göre; yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik alt boyutları ve toplam genel ölçek değerlendirilmesinde istatistiki açıdan anlamlı bir farklılığının olmadığı görülmüştür. Sosyal kaynak alt boyutunda ise kadınların ortalama sosyal kaynak skoru (30,682) erkeklerin ortalama sosyal kaynak skorundan (27,886) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,627$, $p<0,01$).

Bu verilere göre çalışmamızda cinsiyetin aile hekimlerinin genel psikolojik dayanıklılıkları üzerinde farklılık oluşturacak derecede bir rolünün olmadığı, yalnız kadın hekimlerin sosyal çevreden aldığı desteğin erkek hekimlere göre daha iyi olduğu sonucu yorumlanabilir.

Literatüre bakıldığında bizim çalışmamızda da olduğu gibi cinsiyetin genel olarak psikolojik dayanıklılığı etkilemediği ile ilgili çalışmalar çoğunluktadır. (8, 48, 67, 68, 69, 70, 71, 72). Bunun yanında cinsiyetin psikolojik dayanıklılıkta anlamlı olduğu çalışmalar da mevcuttur (28,73, 74,).

Çalışma analizimize göre yaş unsurunun genel psikolojik dayanıklılık seviyesini total olarak etkilememesiyle beraber psikolojik dayanıklılığın alt boyutlarında istatistiki olarak fark oluşturacak sonuçlar doğurduğu görülmektedir.

Sosyal kaynaklar ile yaş arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,223$, $p<0,01$). Yaş değişkenine bağlı olarak artan hekimlik süresi, Rize ilinde geçirilen toplam zaman, toplam aile hekimliği süresi gibi değişkenlerin de sosyal kaynaklar alt boyutunda istatistiki açıdan önemli negatif bir ilişkisinin olduğu görülmüştür.

Yine yaş değişkenine bağlı olarak artan hekimlik süresi değişkeninin kendilik algısı değişkeni ile istatistiki açıdan önemli pozitif bir ilişkisinin olduğu görülmüştür.

Aile hekimlerinin hekimlik yaparak yaşlandıkça; sosyal çevreyle olan ilişkilerini sınırlandırdığı, sosyal çevre etkileşimini ve sosyal desteği yıllar geçtikçe daha az

aldığı, buna karşın başta bireysel güçlü yönlerine yönelerek ve diğer alt boyutlardaki özellikleri kullanarak bu destek eksikliğini tolare ettikleri söylenebilir.

Aile hekimliği süresinin, hekimlik süresinin ve Rize ilinde geçirilen toplam sürenin sosyal kaynaklar alt boyutuyla istatistiki açıdan anlamlı ters orantılı olduğunu da düşünürsek Rize ilindeki aile hekimlerinin iş ortamında arkadaş ve meslektaş desteğinin zaman geçtikçe azaldığı görülmektedir. Uygulanan, performansa ve kayıtlı hasta sayısına göre ücretlendirme sistemi; aile hekimlerini birbirine destek olmaktan çok birbirinden uzaklaştırmaya götürmüş olabilir.

Literatüre bakıldığında yaşın psikolojik dayanıklılık üzerinde istatistiki olarak anlamlı olmadığı çalışmalara (8, 67, 68, 69, 75, 76) rastlanıldığı gibi anlamlı olduğu çalışmalara (77, 78) da rastlanılabilmektedir.

Çalışmamızda medeni durum değişkeninin genel psikolojik dayanıklılık seviyesini istatistiki açıdan anlamlı olarak etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamıza göre evli aile hekimlerinin eş ve çocuklarından aldıkları desteği bekar hekimlerinin de anne, baba ve kardeşlerden alabildiği, bu sebeple psikolojik dayanıklılık genel toplamında ve aile uyumu alt boyutunda herhangi bir istatistiki anlamlı farklılık oluşmadığı söylenebilir.

Medeni durumla ilişkili olarak; evlilik süresinin ($r=0,174$, $p<0,05$) ve çocuk sayısının ($r=0,174$, $p<0,05$) kendilik algısı ile istatistiki olarak anlamlı pozitif bir ilişkisinin olduğu durumunu yorumlayacak olursak aile hekimlerinin evli geçirdiği yıllar ve çocuk sayıları arttıkça kendilerine olan özgüvenlerinin arttığı düşüncesine varabiliriz.

Literatüre bakıldığında öğretmenler üzerinde yapılan ve farklı zamanlardaki Sönmezer 2015, Gökmen 2014, Sezgin-Nartgün ve Mor 2015 çalışmalarında medeni durumun psikolojik dayanıklılığı istatistiki olarak etkilemediği sonucuna varılmıştır (26, 76, 79). Yine Ülker-Tümlü ve Recepoğlu 2013 çalışmalarını akademik personel üzerinde yapmışlar ve medeni durumun psikolojik dayanıklılık üzerinde istatistiki olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı kanaatine varmışlardır (8).

Literatürde farklı olarak medeni durumun psikolojik dayanıklılıkla üzerinde istatistiki açıdan anlamlı farklılık oluşturduğu çalışmalar da mevcuttur (28, 80).

Çalışmamızda aile hekimlerinin vücut kütle indeksi değişkeninin genel psikolojik dayanıklılık seviyesin istatistiki olarak anlamlı düzeyde etkilemediği sonucuna varılmıştır. Vücut kütle indeksinin sosyal kaynaklar alt boyutuyla ise istatistiki açıdan anlamlı negatif bir ilişkisi olduğu görülmüştür ($r=-0,165$, $p<0,05$).

Aile hekimleri; vücut kütle indeksleri arttıkça, kendi beden imaj görünümleriyle ilgili hoşnutsuzluk duyabilirler. Bu yüzden hekimlerin arkadaş ve sosyal çevre ile olan ilişkilerini sınırlandırmış olabilecekleri ve sosyal kaynaklardan almış oldukları desteği düşürmüş olabilecekleri düşünülebilir. Yalnız bu etki genel psikolojik dayanıklılığı etkileyecek seviyede değildir ve aile hekimleri bunu farklı alt boyutları kullanarak tolere etmişlerdir.

Literatürde bizim çalışmamızda olduğu gibi vücut kütle indeksinin psikolojik dayanıklılığı istatistiki olarak anlamlı nitelikte etkilemediği çalışmalar mevcuttur. (81, 82). Seçer'in 2019'da yaptığı araştırmada ise üniversite öğrencilerinde vücut kütle indeksi normal olanların psikolojik dayanıklılık düzeyi zayıf olan kişilere oranla istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (83)

Çalışmamızda aile hekimlerinin kronik hastalık varlığı değişkeninin ve kronik ilaç kullanma değişkeninin, genel psikolojik dayanıklılık düzeyini ve psikolojik dayanıklılık alt boyutlarının düzeyini, istatistiki olarak anlamlı seviyede etkilemediği görülmüştür. Aile hekimleri meslekleri gereği kendi kronik hastalıklarını iyi tanıyabildiklerinden ötürü onlarla ilaçlı ya da ilaçsız başa çıkabilmiş ve bu negatif durumun üstesinden ustalıkla gelebilmişlerdir diyebiliriz. Çünkü psikolojik dayanıklılık seviyesinin, yaşam boyunca karşılaşılan zorluklarla değil yaşam boyunca karşılaşıp üstesinden gelinemeyen zorluklarla düştüğü bilinmektedir. Karşılaşılan problemlere çözüm üretebilen ya da bu problemlerle yaşamayı öğrenip hayatını ona göre şekillendirebilen bireylerde psikolojik dayanıklılık seviyesi artmaktadır. Yine aile hekimlerinde psikiyatrik ilaç kullanıyor olma değişkeniyle daha önce psikiyatrik ilaç kullanmış olma değişkeninin de genel psikolojik dayanıklılık seviyesini ve

psikolojik dayanıklılık alt boyutlarının seviyesini istatistiki anlamda etkilemediği görülmüştür. Aile hekimleri ilaç kullanması gereken psikiyatrik hastalıklarında yerinde ve etkili tedavi olabilmışler ve bu durumun da üstesinden gelebilmişlerdir diyebiliriz.

Kurnaz'ın 2019'da yaptığı çalışmasında bir tıp fakültesindeki asistan hekimlerde kronik hastalık varlığının psikolojik dayanıklılık seviyesiyle istatistiki açıdan anlamlı olarak negatif ilişki içinde olduğu görülmüştür (59). Yiğitbaş ve arkadaşlarının 2018'de hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmaya göre ise kronik hastalık durumu psikolojik dayanıklılık seviyesiyle istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki içinde görülmemiştir (84).

Çalışmamızda çalışılan farklı aile hekimliği birimi sayısı ile genel psikolojik dayanıklılık seviyesi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Bunun yanında kendilik algısı ile çalışılan farklı aile hekimliği birimi sayısı arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,220$, $p<0,01$).

Aile hekimlerinin çalışmış oldukları aile hekimliği birimlerini sık değiştirmesinin genel psikolojik dayanıklılığı etkileyecek kadar önemli bir değişken olmadığı görülmekle birlikte hekimin biriminde çalışmaktan memnun olmadığında, kendinden yeterince beslenemediğinin ve kendi becerilerini ortaya koyamadığının, bunun sonucu olarak birim değişikliği talep ettiğinin göstergesi olabilir. Literatürde bu konuyla ilgili bir veri bulunamamıştır.

Yıllık toplam poliklinikte bakılan hasta sayısı değişkeniyle genel psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki yoktur. Bunun yanında aile uyumu alt boyutu ile yıllık toplam poliklinikte bakılan hasta sayısı arasında istatistiki olarak önemli negatif bir ilişki vardır ($r=-0,146$, $p<0,05$).

Aile hekimlerinin birçok görevi olmakla birlikte pratik uygulamasında günlük çalışmasının en büyük bölümünü poliklinik hizmetleri oluşturur. Poliklinik hizmetinin yoğunluğunun genel psikolojik dayanıklılık seviyesini etkileyecek kadar etkili bir değişken olmadığı görülmekle birlikte iş hayatı daha yoğun ve yorucu geçen hekimlerin evde aileleriyle yeterli olumlu etkileşimde bulunamadığı, yorgun olarak

eve giden hekimin aile desteğinden bir miktar mahrum kaldığı söylenebilir. Yine yıllık misafir hasta sayısı değişkeninin de aile uyumu alt boyutuyla istatistiki olarak anlamlı negatif ilişki içerisinde olduğu görülmektedir ($r=-0,189$, $p<0,05$). Misafir hasta sayısının fazla olması iş yükünü arttıran bir diğer etmendir.

Başer'in 2020 yılında sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmasında günlük hizmet verilen hasta sayısı ile psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında istatistiki olarak anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur (85). Literatürde bu durumla ilgili başka bir veriye ulaşılamamıştır.

Çalışmamızda pandemi döneminde esnek mesai yapabilen hekimler ile yapamayan hekimlerin genel psikolojik dayanıklılık seviyesiyle istatistiki bir ilişki içinde olmadığı görülmüştür. Yalnız psikolojik dayanıklılık ölçeğinin çevreyle ilgili alt boyutlarını simgeleyen sosyal yeterlilik ve sosyal kaynak alt boyutuyla bu değişkenin anlamlı ilişkide olduğu görülmüştür. Pandemi döneminde esnek mesai yapabilen grubun ortalama sosyal kaynak skoru (29,250) pandemi döneminde esnek mesai yapamayan grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (26,583) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,485$, $p<0,05$). Pandemi döneminde esnek mesai yapan grubun ortalama sosyal yeterlik skoru (22,809) Pandemi döneminde esnek mesai yapamayan grubun ortalama sosyal yeterlik skorundan (20,500) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksektir ($z=-2,150$, $p<0,05$).

Sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyutları psikolojik dayanıklılığın çevreyle etkileşimle ilgili olan alt boyutlarını simgelemektedir. İş ortamında olumlu arkadaşlık ilişkilerinde olan ve birbirleriyle iyi anlaşp lüzüm halinde birbirlerinin yerlerine bakmaktan sakınmayan aile hekimleri pandemi döneminde uyum içerisinde dönüşümlü çalışarak aile hekimi başına düşen viral yükü ve hastalık riskini azaltabilmişlerdir. Yani pandemi döneminde vardiyalı esnek mesai uygulamasını hayata geçirebilen hekimler iş arkadaşlığı ilişkileri daha güçlü hekimler olduğundan bu hekimlerin sosyal kaynak ve sosyal yeterlilik alt boyutu skor verileri de diğer hekimlere göre daha yüksek çıkmıştır diyebiliriz. Bu değişkenle ilgili literatürde herhangi bir veriye rastlanılmamıştır.

Çalışmamızın analizinin şüphesiz en önemli bulgusu; sağlıkta şiddet olgusunun aile hekimlerinin psikolojik dayanıklılıklarıyla doğrudan ilişkili olduğu gerçeğidir. Sağlıkta şiddetin, şiddetin türünün ve şiddetin sıklığının hekimlerin genel psikolojik dayanıklılığını ve psikolojik dayanıklılığın birçok alt boyutunu olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Şiddete maruz kalmayan grubun ortalama yapısal stil skoru (16,308) şiddete maruz kalan grubun ortalama yapısal stil skorundan (14,165) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,134$, $p<0,05$).

Şiddet görmeyen grubun aile uyumu ortalama skoru (25,769) hem sözlü hem de fiziksel şiddet gören grubun aile uyumu ortalama skorundan (20,857) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,489$, $p<0,05$).

Şiddete maruz kalmayan grubun ortalama sosyal yeterlik skoru (24,539) şiddete maruz kalan grubun ortalama sosyal yeterlik skorundan (21,823) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,486$, $p<0,05$). Şiddet görmeyen grubun ortalama sosyal yeterlik skoru (24,538) sözlü şiddet gören grubun ortalama sosyal yeterlik skorundan (21,694) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,579$, $p<0,05$).

Şiddete maruz kalmayan grubun ortalama sosyal kaynak skoru (32,154) şiddete maruz kalan grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (27,962) istatistiki olarak daha yüksek bulunmuştur ($z=-3,459$, $p<0,001$). Şiddet görmeyen grubun ortalama sosyal kaynak skoru (32,154) sözlü şiddet gören grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (28,153) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur. ($z=-3,346$, $p<0,01$). Şiddet görmeyen grubun ortalama sosyal kaynak skoru (32,154) hem sözlü hem fiziksel şiddet gören grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (26,000) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,757$, $p<0,01$). Hiç şiddet görmemiş grubun ortalama sosyal kaynak skoru (30,563) 1-2 defa şiddet gören grubun ortalama sosyal kaynak skorundan (27,000) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,654$, $p<0,008$).

Şiddet görmeyen grubun ortalama genel psikolojik dayanıklılık skoru (138,308) şiddet gören grubun ortalama genel psikolojik dayanıklılık skorundan (126,595) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,495$, $p<0,05$). Şiddet görmeyen grubun ortalama genel psikolojik dayanıklılık skoru (138,308) sözlü şiddet gören grubun ortalama genel psikolojik dayanıklılık skorundan (127,430) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,406$, $p<0,05$). Şiddet görmeyen grubun ortalama genel psikolojik dayanıklılık skoru (138,308) hem sözlü hem fiziksel şiddet gören grubun ortalama genel psikolojik dayanıklılık skorundan (118,000) istatistiki olarak önemli seviyede daha yüksek bulunmuştur ($z=-2,406$, $p<0,05$).

Bütün bu verileri analiz edecek olursak sağlıkta şiddet değişkeninin psikolojik dayanıklılığın yapısal stil, sosyal yeterlilik, sosyal kaynak alt boyutlarının seviyelerini istatistiki açıdan anlamlı derecede olumsuz olarak etkilediğini görürüz. Yine sağlıkta şiddetin bir belirteci olan sağlıkta şiddetin türü değişkeniyle ilgili verilerde şiddetin derecesi (sözlü ve fiziksel) arttıkça aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt bileşenleri skorlarının istatistiki olarak anlamlı seviyede düştüğü, sağlıkta şiddetin bir başka bileşeni olan şiddetin sıklığı değişkeni arttıkça da sosyal kaynaklar alt boyutunun seviyesinin istatistiki açıdan anlamlı olarak düştüğü sonucuna ulaşırız.

Sağlıkla şiddetin aile hekimlerinin psikolojik dayanıklılığının bütün bu alt boyutlarında yaratmış olduğu tahribatı diğer alt boyutları kullanarak gideremediği, bu yüzden sağlıkta şiddete maruz kalan hekimlerin genel psikolojik dayanıklılık puanlarının da sağlıkla şiddete maruz kalmayanlara oranla istatistiki açıdan anlamlı derecede düştüğünü söyleyebiliriz.

Bireyler, hayatlarının bir bölümünde karşılaştıkları zorlukların üstesinden gelebilir ya da bu zorluklarla yaşamaya ayak uydurabilirlerse psikolojik dayanıklılıkları bu durumdan olumsuz olarak etkilenmez ve bu durum bireyin yaşamdan edindiği ve kendini geliştirdiği bir tecrübe olarak bireyin hayatında kalır. Fakat üstesinden gelinemeyen veya onunla yaşamaya adapte olunamayan zorluklar,

bireylerin psikolojik dayanıklılığını olumsuz etkiler, onları psikolojik olarak daha kırılgan bireylere dönüştürür. Aile hekimleri, çok açıkça görüldüğü ki sağlıkta şiddet probleminin üstesinden gelememiş ve bu şiddet gerçeğiyle çalışmaya uyum sağlayamamıştır. Çünkü insanlara şifa dağıtmaya, onların sağlıklarını geliştirmeye çalışırken her ne sebeple olursa olsun karşılaşılacak şiddet alılabilecek bir olgu değildir. Sağlıkta şiddet sorunu aile hekimlerini, iş ve özel hayatında karşılaşacağı olumsuzluklara karşı psikolojik açıdan daha kırılgan hale getirmiştir.

Literatüre bakıldığında sağlıkta şiddetin psikolojik dayanıklılığın üzerindeki etkisini ortaya koyan çalışmaların sınırlı sayıda olduğunu görürüz. Rees ve arkadaşları 2016 yılında Avusturya’da ebe ve hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmalarında, bizim çalışmamızda olduğu gibi sağlıkta şiddetin sağlık personelinin psikolojik dayanıklılığı üzerinde istatistiki açıdan anlamlı derecede negatif ilişkisinin olduğunu tespit etmişleridir (86). Deniz Pak ve arkadaşları 2017 yılındaki çalışmalarında ise bizim çalışmamızın sonuçlarının aksine acil servis çalışanlarında görülen sağlıkta şiddetle karşılaşma durumunun, psikolojik dayanıklılıkla istatistiki olarak anlamlı pozitif bir ilişki içinde olduğu sonucunu bulmuşlardır (87).

Çalışmamızda yıllık misafir hasta sayısı değişkeni ile genel psikolojik dayanıklılık düzeyi arasında önemli negatif bir ilişki mevcuttur ($r=-0,162$, $p<0,05$). Bunun yanında yıllık misafir hasta sayısı değişkeninin sosyal kaynaklar ($r=-0,159$, $p<0,05$) ve aile uyumu ($r=-0,189$, $p<0,05$) alt boyutlarıyla da arasında istatistiki açıdan anlamlı negatif bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca yıllık misafir hasta sayısı ile doğrudan ilişkili olan yıllık misafir hasta yüzdesinin kendilik algısıyla arasında istatistiki açıdan anlamlı negatif bir ilişki görülmüştür ($r=-0,182$, $p<0,05$).

Aile hekimi kendisine kayıtlı olan hastalarına koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetini vermekle mükelleftir ve kayıtlı olan hastalarıyla her yaptıkları tıbbi görüşmede üzerine koydukları bir hasta hekim ilişkisi oluştururlar. Aile hekimleri; hastalarına bireysel, ailesel ve çevresel olarak öznel ve toplumsal açıdan yaklaşp kapsayıcı sağlık hizmetlerini sunarlar. Misafir hasta, hizmet talep ettiği aile hekimine kaydı olmayan, hekimin daha önce hasta hekim ilişkisi kurmadığı

ve hekimin sağlık hizmeti uygulama programında olmayan hastadır. Aile hekimliği kavramının ruhuna aykırı bir durum olan misafir hasta yükü mevsimsel göç gibi nedenlerden dolayı bazen öyle çok artabilir ki aile hekimi kendi hastalarına ayırması gereken zamanı ayıramayabilir, çalışma programını düzenli olarak yürütemeyebilir. Ayrıca misafir hasta ile aile hekiminin arasında önceden olgunlaşmış bir hasta hekim ilişkisinin olmaması, aile hekiminin kendi hastalarına verebildiği birçok idari hizmeti misafir hastalara verememesi gibi sebepler de aile hekimiyle misafir hastayı karşı karşıya getirmekte; bu durum dolaylı olarak sık sık sağlıkta şiddete yol açmaktadır. Bu bağlamda misafir hasta sayısının artması içinde sağlıkta şiddetin de olduğu birçok olumsuz sonuç doğurmaktadır. Bütün bu sebeplerden dolayı aile hekimliğinde yıllık misafir hasta sayısı artışının hekimler tarafından psikolojik dayanıklılığın diğer alt boyutlarıyla da tolere edilemediği ve aile hekimlerinin genel psikolojik dayanıklılıklarını istatistiki olarak anlamlı derecede düşüren bir olgu olduğu söylenebilir. Literatürde aile hekimliğinde misafir hasta sorunsalı ile ilgili bir çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızın sınırlılıkları ve güçlü yanlarına baktığımızda;

- *Araştırmamızın yalnızca bir ilde yapılmış olması,
- *Çalışmamızın anket yöntemiyle ve kesitsel olarak yapılmış olması,
- *Psikolojik dayanıklılığı etkileyebilecek diğer sebeplerin değerdendirilmemesi çalışmamızın sınırlılıkları sayılabilir.
- * Araştırmanın verilerinin; yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmayı yapan hekim tarafından toplanmış olması,
- *Rize ilinde bulunan 101 hekimden 92 sinin çalışmaya dahil ederek örneklemimizin evrenimizi çok yüksek oranda temsil ediyor olması,
- *Ülkemizde hekimlerde psikolojik dayanıklılığın irdelendiği çok az çalışmaya ulaşılmıştır. Yapılan bu tez araştırmasının aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinde psikolojik dayanıklılık durumunun ve etkili faktörlerin araştırıldığı ilk çalışma olması,

*Araştırmada kullanılan ölçeğin; ülkemizde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan, psikolojik dayanıklılığı ölçmede evrensel olarak kullanılan “Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” olması sebebiyle çalışmamızın verilerinin diğer çalışmalarla da karşılaştırılabilir olması, çalışmamızın güçlü yanları olarak sayılabilir.

6. SONUÇLAR

Bu çalışmada, Rize ilinde görev yapan aile hekimlerinin psikolojik dayanıklılığını etkileyen faktörler incelenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılan 92 aile hekimiyle yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar şöyledir:

Araştırma grubunun yaş ortalaması $42,38 \pm 8,9$ 'dur. Aile hekimlerinin %76,1'i erkek, % 79,3'ü evli, %17,4' ü bekar, %3,3' ü boşanmış ve %69,6'sı çocuk sahibi idi.

Aile Hekimlerinin %26,1'inin kronik hastalığı vardı ve yine %26,1'inin kronik ilaç kullanımı mevcuttu. Hekimlerin %23,9'unun geçmişte psikiyatrik ilaç kullanma öyküsü mevcuttu ve %10,9'u psikiyatrik ilaç kullanmakta idi.

Aile hekimlerinin ortalama vücut kütle indeksi $26,81 \pm 3,52$ idi ve %18,5'i sigara içiyordu.

Aile hekimlerinin Rize'de geçirdikleri süre ortalama $20,26 \pm 15,3$ 'tü. Çalışma grubunun ortalama hekimlik süresi $16,4 \pm 8,58$ yıl olup aile hekimi olarak çalıştığı süre ortalama $7,97 \pm 3,67$ yıldır. Aile hekimlerinin çalıştığı farklı aile sağlığı birimi ortalaması $1,69 \pm 1,03$ 'tür. Aile hekimlerinin kayıtlı hasta sayısı ortalama $3395,53 \pm 601,14$ 'tür. Aile hekimlerinin yıllık poliklinikte bakılan hasta sayısı ortalama $10181,71 \pm 3724,44$ iken yıllık bakılan toplam misafir hasta sayısı ortalama $3252,81 \pm 2009,67$ olarak tespit edilmiştir.

Aile hekimlerinin %73,9'u pandemi döneminde esnek mesai uygulaması ile çalışabilmektedir.

Aile hekimlerinin %78,3'ü sözlü, %7,6'sı hem sözlü hem fiziksel olmak üzere %85,9'u en az bir kere şiddete maruz kalmış, %14,1'i şiddete maruz kalmamıştı. Hekimlerin; Son 2 yılda %35,9'u 1-2 defa, %15,2'si 3-5 defa, %31,5'i 5 defadan fazla olmak üzere şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Şiddete maruz kalan aile hekimlerinin toplam psikolojik dayanıklılık ölçek skoru, şiddete maruz kalmayanlara göre anlamlı derecede düşüktü. Ayrıca sağlıkta şiddet görmeyenlerin toplam psikolojik dayanıklılık ölçek ortalaması 138,308, sözlü şiddet görenleri toplam psikolojik dayanıklılık ölçek ortalaması 127,430, hem sözlü hem fiziksel şiddet görenlerin toplam psikolojik dayanıklılık ölçek ortalaması 118 olarak bulunmuş ve şiddetin tür olarak derecesi arttıkça toplam psikolojik dayanıklılık puanının da anlamlı biçimde düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Yıllık bakılan toplam misafir hasta sayısı arttıkça toplam psikolojik dayanıklılık ölçek skorunun anlamlı derecede düştüğü sonucuna ulaşılmıştır.

Yapısal stil alt boyutu skoru sağlıkta şiddete maruz kalan aile hekimlerinde anlamlı derecede daha düşüktü.

Aile uyumu alt boyutu skoru yıllık poliklinik muayene sayısı çok olan hekimlerde, yıllık misafir hasta sayısı çok olan hekimlerde ve hem sözlü hem fiziksel şiddete maruz kalan hekimlerde anlamlı derecede daha düşüktü.

Kendilik algısı alt boyutu skoru çok aile sağlığı birimi değiştiren aile hekimlerinde ve yıllık misafir hasta yüzdesi fazla olan aile hekimlerinde anlamlı derecede düşüktü. Kendilik algısı alt boyutu skoru evlilik süresi, çocuk sayısı, toplam hekimlik süresi fazla olan aile hekimlerinde ise anlamlı derecede daha yüksekti.

Sosyal yeterlilik alt boyutu skoru şiddete maruz kalan ve sözlü şiddete maruz kalan aile hekimlerinde anlamlı derecede daha düşüktü. Sosyal yeterlilik alt boyutu skoru pandemi döneminde esnek mesai yapabilen hekimlerde anlamlı derecede daha yüksekti.

Sosyal kaynak alt boyutu skoru aile hekimlerinde sağlıkta şiddete uğrayanlarda, s3zl3 şiddete uğrayanlarda, hem s3zl3 hem fiziksel şiddete uğrayanlarda anlamlı derecede daha d3ř3kt3. Ayrıca aile hekimlerinin yaşı, v3cut k3tle indeksi, Rize ilinde ge3irdiği s3re, hekimlik s3resi, aile hekimliği s3resi ve yıllık baktığı misafir hasta sayısı arttıkça sosyal kaynaklar skoru anlamlı derecede d3şmekteydi. Sosyal kaynaklar alt boyutu skoru kadın hekimlerde ve pandemi d3neminde esnek mesai yapabilen hekimlerde anlamlı derecede daha y3ksekti.

7. 3NERİLER

1) alışmamızda aile hekimlerinin %85,9'unun sağlıkta şiddete uğramış olduğu g3r3lmektedir. Bu kadar y3kse oranda gerçekleşen şiddetin daha k3t3 sonuçlara sebep olmasının 3nlenmesi için aile sağlığı merkezlerinde g3venlik tedbirleri alınmalıdır.

2) Sağlıkta şiddetin 3nlenebilmesi için şiddeti uygulayanlara karşı caydırıcı cezalar d3zenlenmelidir.

3) Sağlıkta şiddetin 3nlenmesi amacıyla toplumdaki sağlık okur yazarlığı d3zeyinin arttırılmasına y3nelik çalışmalar yapılmalıdır.

4) Sağlıkta şiddetin ortaya çıkmasında etkili olan fakt3rlerin aydınlatılması için ileri çalışmalar yapılmalıdır.

4) Sağlıkta şiddetin psikolojik dayanıklılık 3zerindeki etkisini irdeleyen çalışma literat3rde sınırlı sayıdadır daha ileri çalışmalar yapılmalıdır.

5) Misafir hasta sayısının fazlalığı; dolaylı olarak sağlıkta şiddete neden olması ve başlı başına aile hekimlerinin psikolojik dayanıklılıklarını d3ř3ren bir etmen olması sebebiyle, hastalara kendi kayıtlı olduğu aile hekimlerinden hizmet almaları noktasında gerekli farkındalığı oluşturabilecek çalışmalar yapılmalıdır.

6) Pandemi döneminde esnek mesai yapabilen hekimlerde sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt boyutu desteğinin arttığı görüldüğünden bu uygulamanın pandemi süresince yaygınlaştırılabilmesi sağlanmalıdır.

7) Hekimlerin yaşları, hekimlik süreleri, aile hekimliği süreleri arttıkça sosyal kaynak alt boyutu skorlarının düşmesi aile hekimliği ortamında gün geçtikçe hekimlerin sosyal desteğinin azaldığını işaret etmektedir. Aile hekimlerinin meslektaş ilişkilerini geliştirebileceği sosyal aktiviteler planlanmalıdır.

8) Aile hekimliğinin hizmet planlanması tekrar gözden geçirilmesi ve verilen tüm aile hekimliği hizmetleri sürdürülebilir bir iş yoğunluğunda tekrar düzenlenmelidir.

9) Çalışmamız ülkemizde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinde psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörlerin araştırıldığı ilk çalışmadır. Bu faktörlerin daha iyi ortaya konabilmesi ve aile hekimlerinin psikolojik dayanıklılıklarının geliştirilebilmesi için farklı çalışmalar da yapılmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. EURACT. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT, 2005:6
2. World Health Organization (WHO). Promoting Mental Health Summary Report [Internet]. 2004 [cited 2018 Feb 5]. Available from: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
3. Hunter AJ (2001) A Cross-cultural Comparison of Resilience in Adolescents. J Pediatr Nurs, 16:172-179.

4. Wagnild GM, Young HM (1993) Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas, 1:165-178.
5. Hefferon K, Boniwell I, Tayfun D. No Title. In: Pozitif psikoloji : kuram, araştırma ve uygulamalar. Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
6. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? Int J Methods Psychiatr Res [Internet]. 2003 [cited 2018 May 10];12(2):65–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12830300>
7. Masten AS, Reed M-GJ. Resilience in Development. In: Snyder CR [Ed], Lopez SJ [Ed], editors. Handbook of Positive Psychology. Oxford University Press; 2002. p. 74–88.
8. Ülker Tümlü, G. ve Recepoğlu, E. (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 3(3), 205-213
9. Gable, S. L. ve Haidth, J. (2005). What (and Why) is positive psychology? ” Review of General Psychology, 9(2), 103-110.
10. Eryılmaz A (2013) Pozitif psikolojinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanında gelişimsel ve önleyici hizmetler bağlamında kullanılması. The Journal of Happiness Well-Being, 1(1):1-22
11. Garnezy N (1991) Resilience and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty. Am Behav Sci, 34:416-430.
12. Wagnild GM, Young HM (1993) Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas, 1:165-178.
13. Erim, V., Küçük, H. (2017). Farklı Kategorideki Kadın Milli Boksörlerin Psikolojik Dayanıklılıklarının Karşılaştırılması. Kastamonu Eğitim Dergisi. 25(1): 147-154

14. Tusaie K, Dyer J (2004) Resilience: A Historical Review of the Construct. *Holist Nurs Pract*, 18:3-8.
15. Jacelon CS (1997) The Trait and Process of Resilience. *J Adv Nurs*, 25:123–129.
16. Block JH, Block J (1980) The Role of Ego-control and Ego-resiliency in the Organisation of Behaviour. WA Collins (Ed.), *Development of Cognition, Affect, and Social Relations: Minnesota Symposia on Child Psychology* 13: 39-101. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
17. Beardslee WR, Podorefsky MA (1998) Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Selfunderstanding and Relationships. *Am J Psychiatry*, 145:63-69.
18. Masten AS, Best KM, Garmezy N (1990) Resilience and Development: Contributions from the Study of Children Who Overcome Adversity. *Dev Psychopathol*, 2:425-444.
19. Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
20. Kobasa SC. Stressful Life Events, Personality, and Health: An Inquiry Into Hardiness. *J Pers Soc Psychol*. 1979;37(1):1–11.
21. Fredrickson BL. What Good Are Positive Emotions? *Rev Gen Psychol*. 1998;2(3):300–19.
22. Fredrickson BL. The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *Am Psychol*. 2001;56(3):218–26.
23. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *J Adv Nurs*. 2007;60(1):1–9.
24. Friborg O, Barlaug D, Martinussen M, Rosenvinge JH, Hjemdal O. Resilience in relation to personality and intelligence. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2005;14(1):29–42.

25. Bitmiş, M., Sökmen, A., Turgut, H. (2013). Psikolojik Dayanıklılığın Tükenmişlik Üzerine Etkisi: Örgütsel Özdeşleşmenin Aracılık Rolü. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 15(2): 27-40.
26. Sönmezer, B. (2015). Öğretmenlerin Tükenmişlik ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
27. Batan, S. N. (2016). Yetişkinlerde Psikolojik Dayanıklılık ve Dini Başa Çıkmanın Yaşam Doyumuna Etkileri. (Yayınlanmış Doktora Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
28. Dane, E. (2015). Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Acıbadem Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
29. Gökçen, G. (2015). Madde Kullanan ve Kullanmayan Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
30. Gökmen, D. (2009). Kadın Sığınma Evi'nde Yaşayan Şiddet Görmüş Kadınlar ile Eşiyle Birlikte Yaşayan Şiddet Görmüş Kadınlar Arasındaki Psikolojik Dayanıklılık ve Bağlanma Durumlarının Karşılaştırılması. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
31. Howard, S., Dryden, J., & Johnson, B. (1999). Childhood resilience: Review and critique of literature. Oxford Review of Education.
32. Rutter, M. (1980) Psychosexual development. In Scientific Foundations of Developmental Psychiatry (ed. Rutter, M.). Heinemann Medical, London.
33. Carlson, M. J., & Corcoran, M. E. (2001). Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. Journal of Marriage and Family, 63(3), 779–792
34. Ergün Başak, B. (2012). Düşük Gelirli Ailelerden Gelen Üniversite Öğrencilerinin Öz Duyarlık, Sosyal Bağlılık ve İyimserlik ile Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri

- Arasındaki İlişkiler. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Anadolu Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
35. Öz, F., Bahadır-Yılmaz, E. (2009). Ruh Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Psikolojik Sağlamlık. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 16(3), 082-089.
36. Gizir, C.A. (2007). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler Üzerinde Bir Derleme Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(28), 113-128.
37. Özcebe, H. (2008). Genç Olmak ve Riskler. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler, 4:107-10
38. Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 56(1), 127–136.
39. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences. Journal of Personality and Social Psychology, 86(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
40. Şahin, Y. (2015). Takıntılı Olma Düzeyinin Kişilerin Genel Kaygı, Benlik Algısı ve Psikolojik Dayanıklılık Durumları Açısından Değişimlerinin Eğitim Düzeyleri, Cinsiyetleri ve Kardeşleri Olup Olmamasına Göre İncelenmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
41. Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M.-G. J. (2009). Resilience in development. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), Oxford library of psychology. Oxford handbook of positive psychology (p. 117–131). Oxford University Press.
42. Kaplan, H.B. (1999), Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models. M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds), Resilience and Development: Positive Life Adaptations. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York

43. Eminağaoğlu, N. (2006). Güç Koşullarda Yaşayan Sokak Çocuklarında Dayanıklılık. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
44. Maddi, S. R., Hightower, M. (1999). Hardiness and Optimism as Expressed in Coping Patterns. Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 51, pp. 95-105.
45. Brown, B. (2016). Kuvvetle Ayağa Kalkmak (1. baskı). İstanbul: Butik Yayıncılık.
46. Aydoğdu, T. (2013). Bağlanma Stilleri, Başa Çıkma Stratejileri ile Psikoloji Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara
47. Florian, V., M. Mikulincer ve O. Taubman. (1995). Does Hardiness Contribute to Mental Health During a Stressful Real Life Situation? The Roles of Appraisal and Coping. Journal of Personality and Social Psychology, 68(4), 687-695.
48. Bektaş, M., Özben, Ş. (2016). Evli Bireylerin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 14(1): 215-240.
49. Alikashiçoğlu, M., Ercan, O. (2009). Ergenlerde Riskli Davranışlar, Türk Pediatri Arşivi, 44, 1-6.
50. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (AHUY), TC Sağlık Bakanlığı 25 Mayıs 2013.
51. Sorinola, O. O. ve Thistlethwaite, J. (2013). A Systematic Review of Faculty Development Activities in Family Medicine. Medical Teacher, 35(7), 1309-1318.
52. Rakel, R. E. ve Rakel, D. P. (2011). Textbook of Family Medicine. Philadelphia: Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
53. Mehmet Uğurlu vd., "Aile Doktorunun Görevleri", Aile Doktorları İçin Kurs Notları (Pdf), T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, s.190.

54. Nilgün Özçakar,"Aile Hekiminin Görev Ve Tanımı", Aile Doktorları İçin Kurs Notları(pdf), T.C. Sağlık Bakanlığı, 1. Basım, Ankara, 2004, s. 17-18.
55. Parlak A, Özenç S, Arslan E, Aile Hekimliği Disiplini. Erişim adresi:<http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1567.pdf> (Erişim Tarihi:25.03.2019)
56. Allen J, et al. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. WONCA Europe. 2011. s:8-29
57. Ungan M, Ceyhun Peker GC. Bir Tıp Disiplini Olarak Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Dergisi. 2006;1(1):1-6.
58. BASIM HN, Çetin F. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatr Derg [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 19];22(2):104–14. Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/PDF/C22S2/104-114.pdf>
59. Kurnaz M. (2019) Bir Tıp Fakültesinde Çalışmakta Olan Asistan Hekimlerin Yaşam Anlamı ve Psikolojik Dayanıklılık Özellikleri ve İlişkili Faktörler. (Uzmanlık Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/ Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.Isparta.
60. Gül G. Evlilik Biçimleri Açısından Evlilik Uyumu, İlişkilerde Yükleme Tarzları Ve Psikolojik Dayanıklılık Değişkenlerinin İncelenmesi-Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
61. Yılmaz F. Kamu Personeli Seçme Sınavına (KPSS) Hazırlanan Öğretmen Adaylarının Sınav Kaygısına Bağlı Olarak Tükenmişlik Düzeyi ve Psikolojik Dayanıklılıkları-Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
62. Parlak S. Yüksek Öğrenim Kredi Yurtlar Kurumunda Barınan Kız Öğrencilerin Yaşam Anlam Düzeyleri İle Psikolojik Dayanıklılıkları Arasındaki İlişki (İstanbul Örneği)-Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi; 2014.
63. Karakuş S. Özel eğitim öğretmenlerinin psikolojik dayanıklılık ile mealeki sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi-Yüksek Lisans Tezi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.

64. Narayanan A. The Resilient Individual: A Personality Analysis. *J Indian Acad Appl Psychol.* 2008;34:110–8.
65. Küçüktahtlıdil S. Sigorta sektöründe çalışan kişilerin psikolojik dayanıklılık ve stresle başetme stratejilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi-Yüksek Lisans Tezi. Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.
66. Ertekin Pinar S, Yildirim G, Sayin N. Investigating the psychological resilience, self-confidence and problem-solving skills of midwife candidates. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2018;64:144–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.014>.
67. Sezgin, F. (2009). Relationships Between Teacher Organizational Commitment, Psychological Hardiness and Some Demographic Variables in Turkish Primary Schools. *Journal of Educational Administration*, 47(5), 630-651.
68. Sezgin, F. (2012). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin İncelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 20(2): 489-502.
69. Kılınç, A. Ç. (2013). Examining Psychological Hardiness Levels of Primary School Teachers According to Demographic Variables. *Turkish Journal of Education*, 3(1): 70-79
70. Terzi, Ş. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılık ve Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(29), 1-11.
71. Aydoğdu, T. (2013). Bağlanma Stilleri, Başa Çıkma Stratejileri ile Psikoloji Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
72. Jowkar B, Friberg O, Hjemdal O. Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. *Scand J Psychol.* 2010;51:418–25.
73. Güngörmüş, K., Okanlı, A., Kocabeyoğlu, T. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikolojik Dayanıklılıkları ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 6(1): 9-14.

74. Önder A, Gülay H. (2008). İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin Psikolojik Sağlamlığının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi; 23:192–7
75. Bildirici, F. (2014), Özel Eğitime Gereksinimi Olan Çocuğa Sahip Ailelerde Aile Yüğü ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
76. Gökmen, B. (2014). Özel Eğitim Okulu Yöneticilerinin Psikolojik Dayanıklılık ve İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (İstanbul Örneği). (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Aydın Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
77. Schmied, L. A. and Lawler, K. A. (1986). Hardiness, Type A behavior, and the stressillness relation in working women. Journal of Personality and Social Psychology, 51(6), pp.1218-1223.
78. Yalçın, S (2013). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri ile Stres, Psikolojik Dayanıklılık ve Akademik İyimserlik Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
79. Nartgün, Şenay Sezgin , Mor, Kumru Dilan . "Öğretmenlerin Görüşlerine Göre Etik Liderlik ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi". Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 15 / 2 (Haziran 2015): 269-290 .
80. Uçar, T. (2014). Özel Eğitim Okulu Öğretmenlerinin Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin ve Mesleki Sosyal Destek Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. (Yüksek lisans tezi), İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul
81. Uygun E, Koseoglu A, Kucukgoncu S, Erkoc SN. [Psychologic Resilience and Related Factors in the Euthymic Bipolar Patients]. <http://www.jcbpr.org/?mno=297336> [Access: November 03, 2020]. Turkish. doi:10.5455/JCBPR.297336.
82. Nernekli M. (2017).Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik Dayanıklılık, Beden İmajı ve Emosyonel Yeme Arasındaki İlişki. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Gelişim Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

83. SEÇER, E. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Psikolojik Dayanıklılıkları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi. Erzincan
84. Yiğitbaş, Ç , Ağçay, B , Erdoğan, Y , Taş, Z , Hanbay Özdemir, D , Gökçe, T , Çöpoğlu Eren, Ü . "Hemşirelik öğrencilerinde psikolojik dayanıklılık". Sağlık Akademisyenleri Dergisi 5 (2018): 220-225
85. Başer Büşra (2020) Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Psikolojik Dayanıklılık ve İş Tatmini Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Yakın Doğu Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü. Lefkoşa.
86. Rees, C. and Wirihana, L. and Eley, R. and Ossieran-Moisson, R. and Hegney, D. 2018. The Effects of Occupational Violence on the Well-being and Resilience of Nurses. Journal of Nursing Administration.
87. Pak, Merve Deniz vd. (2017). “Acil Servis Çalışanlarının İkincil Travmatik Stres Düzeyi ve Psikolojik Dayanıklılığı”. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi.

9. EKLER

1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
2. Kişisel Bilgi Formu
3. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
4. Rize İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuru Değerlendirme Komisyonu Bilimsel Araştırma İzin Karar Yazısı
5. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı Karar Yazısı

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

SiziDr.Erdem Memiş..... tarafından **Aile Hekimlerinde Psikolojik Dayanıklılık Durumu ve Etkili Faktörler (Rize İli Örneği)** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen ...99....kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmada tarafımızca size sunulan ‘‘Kişisel Bilgi Formu’’nu ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’’ni doldurmanız istenecektir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

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

Katılımcının 2:

Adı-

Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin: 3

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

EK-2

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

CİNSİYETİNİZ: ☐ ERKEK ☐ KADIN

YAŞINIZ:

MEDENİ HALİNİZ: ☐ EVLİ ☐ BEKAR ☐ BOŞANMIŞ ☐ DUL

KAÇ YILDIR EVLİSİNİZ:

ÇOCUK SAYINIZ:

VKİ:

SİGARA İÇİYOR MUSUNUZ: ☐ EVET ☐ HAYIR

KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI: ☐ EVET ☐ HAYIR

KRONİK İLAÇ KULLANIMINIZ VAR MI: ☐ EVET ☐ HAYIR

PSİKİYATRİK İLAÇ KULLANIYOR MUSUNUZ: ☐ EVET ☐ HAYIR

DAHA ÖNCE PSİKİYATRİK İLAÇ KULLANDINIZ MI: ☐ EVET ☐ HAYIR

KAÇ YILDIR RİZE'DE YAŞAMAKTASINIZ:

KAÇ YILDIR HEKİMSİNİZ:

KAÇ YILDIR AİLE HEKİMİSİNİZ:

GÖREV YAPTIĞINIZ ASM'NİN KONUMU: ☐ KÖY/KASABA ☐ İLÇE MERKEZİ ☐ İL MERKEZİ

YAŞADIĞINIZ EVİNİZİN KONUMU: ☐ KÖY/KASABA ☐ İLÇE MERKEZİ ☐ İL MERKEZİ

ASM TOPLAM BİRİM SAYISI:

GÖREV YAPTIĞINIZ ASM ENTEGRE Mİ: ☐ EVET ☐ HAYIR

TOPLAM KESİN KAYITLI HASTA SAYINIZ:

YILLIK TOPLAM POLİKLİNİK SAYINIZ:

YILLIK MİSAFİR HASTA POLİKLİNİK SAYINIZ:

ÇALIŞIRKEN HİÇ SÖZLÜ YA DA FİZİKSEL ŞİDDETE MARUZ KALDINIZ MI: ☐ EVET ☐ HAYIR

MARUZ KALDIĞINIZ ŞİDDETİN TÜRÜ: ☐ SÖZLÜ ☐ FİZİKSEL ☐ HEM SÖZLÜ HEM FİZİKSEL

SON 2 YILDA UĞRADIĞINIZ ŞİDDETİN SIKLIĞI: ☐ 1-2 KEZ ☐ 3-5 KEZ ☐ 5 DENFAZA

PANDEMİ DÖNEMİNDE VARDİYALI ESNEK ÇALIŞMA UYGULADINIZ MI: ☐ EVET ☐ HAYIR

EK-3 Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...					
Her zaman bir çözüm bulurum	1	2	3	4	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...					
Başarılması zordur	1	2	3	4	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...					
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	1	2	3	4	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum					
Diğer kişilerle birlikte	1	2	3	4	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...					
Benimkinden farklıdır	1	2	3	4	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...					
Hiç kimseyle tartışmam	1	2	3	4	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...					
Çözemem	1	2	3	4	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...					
Nasıl başaracağımı bilirim	1	2	3	4	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...					
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	1	2	3	4	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak					
Önemli değildir	1	2	3	4	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim					
Çok mutlu	1	2	3	4	Çok mutsuz
12. Beni ...					
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	1	2	3	4	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...					
Olduğuna çok inanırım	1	2	3	4	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum					
Ümit verici	1	2	3	4	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...					
Zamanımı planlama	1	2	3	4	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir					
Kolayca yapabildiğim	1	2	3	4	Yapmakta zorlandığım

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...					
Birbirinden bağımsız	☐	☐	☐	☐	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımla arasındaki ilişkiler ...					
Zayıftır	☐	☐	☐	☐	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...					
Çok fazla güvenmem	☐	☐	☐	☐	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...					
Belirsizdir	☐	☐	☐	☐	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...					
Günlük yaşamımda yoktur	☐	☐	☐	☐	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...					
Benim için zordur	☐	☐	☐	☐	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...					
Geleceğe pozitif bakar	☐	☐	☐	☐	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...					
Bana hemen haber verilir	☐	☐	☐	☐	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken					
Kolayca gülerim	☐	☐	☐	☐	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:					
Birbirlerini desteklemez biçimde	☐	☐	☐	☐	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım					
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	☐	☐	☐	☐	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır					
Her şeyi umutsuzca gören bir	☐	☐	☐	☐	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...					
Zordur	☐	☐	☐	☐	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...					
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	☐	☐	☐	☐	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...					
Başa çıkmaya çalışırım	☐	☐	☐	☐	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...					
İşleri bağımsız olarak yapmayı	☐	☐	☐	☐	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...					
Yeteneklerimi beğenirler	☐	☐	☐	☐	Yeteneklerimi beğenmezler

EK-5



T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : 40465587-050.01.04-111
Konu : Karar Yazısı

16.06.2020

Sayın Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz **“Aile Hekimlerinde Psikolojik Dayanıklılık Durumu ve Etkili Faktörler(Rize İli Örneği)”** isimli başvurunuz etik kurulumuz yönergesine göre **04.06.2020** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, **2020/84** karar numarası ile bilimsel ve etik yönden **uygun** bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

 **e-imzalıdır**
Prof. Dr. Hüseyin Avni UYDU
Başkan

Tel:Fax:

Bilgi : BURAK HANKAYA

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Kodu : BE194C68-F0F7-44B0-BB83-D9D21406F045 - <http://ebys.erdogan.edu.tr/EBYS/eimzadogrulama>

