

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİNDE YILDIRININ DEPRESYON
BELİRTİ İNSİDANSINA ETKİSİ: BİR KOHORT
ÇALIŞMASI**

Nur DEMİRPENÇE

**HALK SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2019

TEZ KODU: DEU.HSLMSc-2015970038

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK
ÖĞRENCİLERİNDE YILDIRININ DEPRESYON
BELİRTİ İNSİDANSINA ETKİSİ: BİR KOHORT
ÇALIŞMASI**

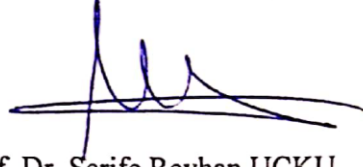
**HALK SAĞLIĞI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Nur DEMİRPENÇE

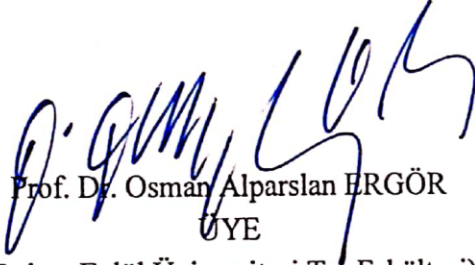
Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Ş. Reyhan UÇKU

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc-2015970038

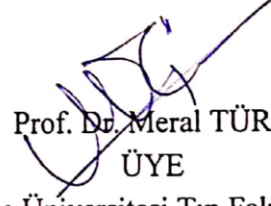
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Yüksek Lisans programı öğrencisi Nur DEMİRPENÇE, ‘Bir Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinde Yıldırımın Depresyon Belirti İnsidansına Etkisi: Bir Kohort Çalışması’ konulu Yüksek Lisans tezini 24.04.2016 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Şerife Reyhan UÇKU
BAŞKAN
(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi)



Prof. Dr. Osman Alparslan ERGÖR
ÜYE
(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi)



Prof. Dr. Meral TÜRK
ÜYE
(Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
YEDEK ÜYE
(Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi)

Prof. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU
YEDEK ÜYE
(Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi)

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	iv
ŞEKİL DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	4
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	4
1.2.Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1.Depresyon Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi	6
2.2. Hekimlerde Depresyon Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi	8
2.3. Yıldırımın (Mobbing) Tanımı ve Tipleri	9
2.4.Yıldırımın Etiyolojisi ve Sağlık Sektöründe Sıklığı	11
2.5.Yıldırımın Sağlık Etkileri ve Depresyon ile olan İlişkisi	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.4. Çalışma Materyali	18

3.5. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni	19
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	20
3.5.2.1. Temel Bağımsız Değişken	20
3.5.2.2. Sosyo-demografik Özellikler ile ilişkili Değişkenler	21
3.5.2.3. Meslekle ilişkili Değişkenler	22
3.5.2.4. Sağlık Durumuyla ilişkili Değişkenler	23
3.5.2.5. Çalışma Koşulları ve Yıldırı Durumu ile ilişkili Değişkenler	24
3.6. Veri Toplama Araçları	26
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.10. Etik Kurul Onayı	29
4. BULGULAR	30
4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri	31
4.2. Araştırma Grubunda Depresyon Belirti İnsidansı ve Etkileyen Etmenler	38
5. TARTIŞMA	44
5.1. Tanımlayıcı Bulgular	45
5.2. Yıldırı ile İlişkili Bulgular	48
5.3. Depresyon Belirti Sıklığı ve İlişkili Bulgular	52
5.4. Yıldırı ile Depresyon İlişkisi	54
5.4. Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.	59
7. KAYNAKLAR	60

8. EKLER	63
8.1. Ek Tablolar	63
8.2. Veri Toplama Formu	68
8.3. Başlangıç Çalışmasının Veri Toplama Formu	72
8.4. Etik Kurul Onay Formu	79
8.5. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık İzin Formu	80
8.6. Özgeçmiş	81



TABLolar DİZİNİ

Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1-Yıldırı Tipleri	10
Tablo 2. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı	31
Tablo 3. Araştırma Grubunun Mesleksel Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 4. Araştırma Grubunun Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 5. Araştırma Grubunun Çalışma Koşullarına Göre Dağılımı	34
Tablo 6. Araştırma Grubunun Yıldırı Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 7. Araştırma Grubunun Depresyon Belirti Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 8. Araştırma Grubunda Sosyo-demografik Özelliklere Göre Depresyon Belirti İnsidansı	38
Tablo 9. Araştırma Grubunda Mesleksel Özelliklere Göre Depresyon Belirti İnsidansı	39
Tablo 10. Araştırma Grubunda Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Depresyon Belirti İnsidansı	40
Tablo 11. Araştırma Grubunda Çalışma Koşullarına Göre Depresyon Belirti İnsidansı	41
Tablo 12. Araştırma Grubunun Yıldırı Özelliklerine Göre Depresyon İnsidansı	42
Ek Tablo 1- Cinsiyete Göre Araştırma Evrenine Ulaşma Durumu	60
Ek Tablo 2- Tıp Bilimlerine Göre Araştırma Evrenine Ulaşma Durumu	60
Ek Tablo 3 - Türkiye’de Sağlık Çalışanlarında Yıldırı Sıklığı	65
Ek Tablo 4 - Yurt dışında Hekimlerde Yıldırı Sıklığı	66
Ek Tablo 5 - Yıldırı ile Depresyon İlişkisini Değerlendiren Bazı Yurt dışı Çalışmalar	67
Ek Tablo 6 - Yıldırı ile Depresyon ilişkisini Değerlendiren Yurt içi Çalışmalar	67

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil adı	Sayfa no
Şekil 1- Araştırma grubu örneği ve ulaşma durumu	16
Şekil 2- Araştırmanın akış şeması	17
Şekil 3- Araştırma Takvimi	27



KISALTMALAR

Kısaltma

BDÖ.....

Açıklaması

Beck Depresyon Ölçeği

DALY

Disability Adjusted Life Years (Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı)

DEÜTF.....

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

GA.....

Güven Aralığı

LUPTÖ.....

Leymann'ın Uyarlanmış Psikolojik Yılgınlık Ölçeği

YLD.....

Years Lost with Disability (Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı)

TEŞEKKÜR

Biricik ablam Tuğba BAL'ın eşi, canım yeğenlerim Burcu ve Yunus Burak'ın babası
yegane ağabeyim Şehit Hava Pilot Yüzbaşı Yunus BAL'ın aziz hatırasına tüm minnetimle

Uz. Dr. Nur DEMİRPENÇE

BİR TIP FAKÜLTESİ UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNDE YILDIRININ DEPRESYON BELİRTİ İNSİDANSINA ETKİSİ: BİR KOHORT ÇALIŞMASI

Nur DEMİRPENÇE, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası İnciraltı/İZMİR

ÖZET

Depresif bozukluklar sık görülmeleri ve kronikleşme riskleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hekimlerde yoğun eğitim süreci ve zorlu çalışma koşulları nedeniyle sık görülmektedir. Depresyon gelişimi açısından önemli bir risk etmeni olan yıldırıya(mobbing) da sağlık sektöründe oldukça sık rastlanmaktadır. Tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimler hem depresyon hem de yıldırı açısından risk altındadır. Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yıldırı ile depresyon düzeyleri değerlendirilen ve depresyon belirtisi olmayan tıpta uzmanlık öğrencilerinde, yıldırı düzeyine göre bir yıl sonraki depresyon belirti insidansını değerlendirmektir.

Kohort tipindeki bu araştırmaya 102 kişi katılmıştır(%63.0). Araştırmanın bağımlı değişkeni depresyon belirti varlığı olup Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Temel bağımsız değişken yıldırı düzeyidir ve başlangıç çalışmasında Leymann'ın Uyarlanmış Psikolojik Yılgınlık Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ayrıca yıldırı algısı ve son bir yıldaki yıldırı algısındaki değişim değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde ve ortalama veya ortanca değerler ile sunulmuştur. İstatistiksel çözümlemede ki-kare testi kullanılmış ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Depresyon belirti puan ortalaması 6.2 ± 6.1 , ortancası 4.5(0-25)'tir. Depresyon belirti insidansı %8.8'dir. Ölçekle değerlendirilen yıldırı düzeyi yüksek olanlarda, bir yıl sonra depresyon gelişme riski düşük olanların yaklaşık iki katıdır($p=0.487$). Yıldırı algısı çok sık, sık veya bazen olanlarda, depresyon gelişme riski, yıldırı algısı çok nadir veya hiçbir zaman olanlardan yaklaşık üç kat fazladır($p=0.149$). Son bir yıl içinde yıldırı algısı artanlarda depresyon gelişme riski azalan veya değişiklik olmayanlardan anlamlı düzeyde daha fazladır (0.003).

Yıldırı iş hayatındaki önemli psiko-sosyal risk etmenlerinden biridir ve sağlık sonuçlarından biri de ruhsal sağlık sorunlarıdır. Bu nedenle yıldırının belirlenmesi ve önlenmesi çalışan sağlığı açısından ele alınması gereken bir konudur.

Anahtar Sözcükler: depresyon, yıldırı, tıpta uzmanlık öğrencisi, hekim



THE EFFECT OF MOBBING ON DEPRESSIVE SYMPTOMS' INCIDENCE AMONG RESIDENT DOCTORS IN A MEDICAL FACULTY: A COHORT STUDY

ABSTRACT

Depressive disorders, being common and chronic conditions, are one of the important public health problems. It is also common among physicians because of hard education and difficult work conditions. One of the important risk factors for depression is mobbing, which is very frequent among health care workers. Residents are also at risk of both depression and mobbing. The aim of this study to evaluate one-year incidence of depressive symptoms among the residents who participated in the study named 'the effect of mobbing on depressive symptoms among resident doctors in a medical faculty' and its association with mobbing.

One hundred and two doctors participated in this cohort study(response rate, 63.0%). The dependent variable of the study was depressive symptoms evaluated by Beck Depression Inventory. Mobbing was the main independent variable and measured by the Turkish version of Leymann Inventory of Psychological Terror at the first study. 'Perception of mobbing' and 'the change of perception in one year' were also evaluated. Descriptive statistics were represented as number and percentage, mean and standart deviation, median and range values. The relationship between independent and dependent variables was evaluated with chi-square test. $p < 0.05$ was evaluated as significant.

The mean of depressive symptoms was 6.2 ± 6.1 and the median was 4.5(0-25). The incidence of depressive symptoms was 8.8%. The risk of depression was higher among the residents whose mobbing value was high($p=0.487$) and 'perception of mobbing' was sometimes/frequently/too ofte ($p=0.149$). The risk of depression was significantly higher among the ones with increased perception of mobbing in the past year was higher(0.003).

Mobbing is one of the important psychosocial risk factors in the workplace and one of its health consequences is mental health problems. So mobbing should be evaluated as an occupational health and safety issue that needs to be determined and prevented.

Key Words: depression, mobbing, resident doctors, physician

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Depresif bozukluklar toplumda sık görülen hastalıklardır. Kronikleşme riskleri ve önemli düzeyde yeti yitimine yol açmaları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Depresif bozuklukların prevalansı %9-20 olup (1) Türkiye’de 2012 yılında yapılan ulusal bir çalışmada %9 olduğu belirlenmiştir (2).

Gerek yorucu eğitim süreci, gerekse zor çalışma koşulları nedeniyle hekimlerde depresif bozukluklar sık görülmektedir. Bu konu uzun yıllar çalışmalara konu olmuş ve hekimlerin risk altında olduğu belirlenmiştir. Uluslar arası literatürü değerlendiren bir derleme hekimlerde depresif bozukluk sıklığını %14-60 arasında belirlenmiştir (3). Bu değer görüldüğü gibi toplumdaki sıklığın üzerindedir. Türkiye’de hekimlerde yapılan bazı çalışmalarda da benzer olarak depresyon sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır (4-9).

Depresyon gelişiminde önemli risk etmenlerinden biri olan yıldırı yabancı literatürde mobbing terimi ile tanımlanmaktadır. Yıldırı mağdura fiziksel, sosyal, mesleki ve psikolojik açıdan zarar vererek pek çok sağlık sorununa neden olabilmektedir. Bunların içinde en önemlilerden biri ruhsal sağlık sorunlarıdır. Yıldırının ruh sağlığına etkisi çeşitli araştırmalar ve meta-analizler ile değerlendirilmiştir. Bir meta-analizde yıldırının depresyon riskini 2.82 [GA=2.21-3.59] kat artırdığı belirlenmiştir (10). Bir diğer meta-analizde yıldırıya maruz kalmanın ileride gelişebilecek ruhsal sağlık sorunları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (11).

Yıldırı açısından riskli olan çalışma alanlarından biri sağlık sektörüdür (12). Bu alanda da tıpta uzmanlık eğitimi almakta olan hekimler daha büyük risk altındadır. Türkiye’de yıldırının sağlık sektörü çalışanlarında ruhsal sağlık sorunları ile ilişkili olduğunu belirleyen çalışmalar mevcuttur (13-15). Ancak hekimlerde yıldırının depresyon ile ilişkisini inceleyen yalnızca bir çalışmaya ulaşılmıştır. Ulaşılan kesitsel araştırma şimdiki çalışmamızın başlangıç verilerini de oluşturmaktadır. Depresyon belirti sıklığı yıldırı düzeyi yüksek olan uzmanlık öğrencisi hekimlerde düşük olanlardan 3.2 kat daha fazla bulunmuştur (7).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Dokuz Eylöl Üniversitesi Tıp Faköltesi'nde (DEÜTF) tıpta uzmanlık öğrencilerinde, yıldırımın bir yıl sonraki depresyon belirti insidansına etkisini değerlendirmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi

Depresif bozukluklar major depresyon, distimi, uzamış yas, postpartum depresyon, yaşlılık dönemi depresyonu gibi alt tipleri bulunan ve toplumda sık rastlanan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Etiyolojisini inceleyen pek çok model ileri sürülmektedir. Major depresyon açısından kadın olmak, boşanmak, yetersiz sosyal desteğe sahip olmak ve işini kaybetmek önemli risk etmenleridir. Temel belirtisi çökkün duygu durum ve keyif alamama olup, başlangıç yaşı genellikle 40'tır. Major depresyonun diğer psikolojik belirtileri arasında yoğun üzüntü, korku, çaresizlik ve değersizlik duyguları da yer almaktadır. Suçluluk duygusu o kadar yoğun yaşanabilmektedir ki bu durum öz kıyım davranışı ile sonuçlanabilir. Bilişsel belirtileri düşünce hızında yavaşlama, dikkat ve bellek bozukluğu, kararsızlık ile unutkanlık gibi bulgulardır ve kişinin günlük işlerini aksatmasına neden olabilir. Ayrıca insomnia ve hipersomnia gibi uyku değişiklikleri, iştahta artma veya azalmaya bağlı kilo değişiklikleri, libidoda azalma, kabızlık ve baş ağrısı gibi somatik belirtiler de görülebilmektedir. Bu duruma genellikle halsizlik, yorgunluk ve isteksizlik de eklenir. Sosyal açıdan ise ailenin, arkadaşların ve işin ihmeline neden olabilir (1, 16).

Ruh sağlığı ile ilgili araştırmalarda klinik tanı değerlendirilebildiği gibi daha sıklıkla major depresyon bulgularını sorgulayan ölçekler de kullanılmaktadır. Metin yazımında bu iki kavram da 'depresyon' veya 'depresyon belirtisi' şeklinde kullanılmıştır.

Depresyonun epidemiyolojisi incelendiğinde yaşam boyu hastalanma riski kadınlarda %20-26, erkeklerde %8-12'dir (1). Türkiye'de ruh sağlığı ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde 1979-1980 yıllarında Ankara Gölbaşı'nda 20-49 yaşlarındaki 300 kişide depresyon sıklığı %11.6 olarak belirlenmiştir (1). Türkiye'de 1995-1996 yıllarında 7479 kişide yapılan 'Türkiye Ruh Sağlığı Profili' çalışması ulusal düzeyde yapılan ilk ruh sağlığı araştırması olup sağlık ocaklarına başvuran hastalarda depresyon oranı %20 olarak belirlenmiştir (1). İkibin oniki yılında ulusal düzeyde gerçekleştirilen Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'nda toplum genelinde depresif belirti sıklığı %9 olarak belirlenmiştir (2).

Küresel Hastalık Yüğü Çalışması (2004) incelenerek Toplam Hastalık Yüğü (DALY) ve Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı (YLD) değerlendirilmiştir. Unipolar depresif bozukluklar YLD'nin en sık nedenini, DALY'nin de en önemli nedenlerinden birini oluşturduğu belirlenmiştir (17). Türkiye'deki durumu değerlendirmek amacıyla Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması (2004) incelenmiştir. Türkiye'de unipolar depresif bozukluklar; perinatal nedenler, iskemik kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalıklardan sonra DALY'nin en sık sebebidir (18). Sakatlıkla Kaybedilen Yaşam Yılı açısından unipolar depresif bozukluklar cinsiyet özelinde kadında birinci, erkekte ikinci en sık nedeni oluşturmaktadır (18).

2.2.Hekimlerde Depresyon Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Depresyon hekimlerde sık görülmektedir. Ancak bu konuyla ilgili çalışmalar farklı şekilde tasarlanıp, bulgular farklı ölçekler ile değerlendirilmiştir. Bu nedenle elde edilen sıklık değerleri standart olmayıp geniş bir aralığı kapsamaktadır. Dolayısıyla bu sıklığı doğru değerlendirmek de zorlaşmaktadır. Hekimlerde uluslar arası düzeyde depresyon sıklığını değerlendiren bir sistematik derlemede bu değer %14-60 arasında saptanmıştır (3). İntörn ve asistan hekimlerde depresyon sıklığını değerlendiren bir meta-analizde bu sıklık %28.8 olarak belirlenmiştir (19). Türkiye’de depresyon sıklığı uzman hekimlerde %4.6 (9) pratisyen hekimlerde %14.7 (9), tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerde ise %15.6-45.5 (4-8) arasında saptanmış olup bu sıklık düzeyi genel toplumda beklenen değer üzerinde.

Türkiye’de hekimlerde depresyonu değerlendiren araştırmalar incelendiğinde kadın olma, evli olmama, otuz yaşın altında olma, ekonomik, sağlık ve sosyal sorunların varlığı, pratisyen veya tıpta uzmanlık öğrencisi olma, günlük çalışma süresinin sekiz saatin üzerinde, meslekte çalışma süresinin on yılın altında olması, nöbetli sistem, düşük iş doyumu, şiddete uğrama risk etmeni olarak saptanmıştır (5, 6, 8, 9, 20-24).

2.3.Yıldırının (Mobbing) Tanımı ve Tipleri

Yıldır kavramı eskiden beri bilinmesine karşın yakın zamanda tanımlanmıştır. İlk kez 1960'lı yıllarda Konrad Lorenz küçük hayvan gruplarının daha büyük tek bir hayvanı tehdit etmek amacıyla yaptığı saldırıları tanımlamıştır. Ardından 1970'li yıllarda Peter-Paul Heinemann küçük çocukların gruplaşarak tek bir çocuğa yönelik sergiledikleri aşırı saldırgan davranışları tanımlamıştır. Heinz Leymann 1980'li yıllarda benzer saldırgan davranışları işyerlerinde de keşfettiğinde 'mobbing' terimini kullanarak ve "Bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak, sistematik bir biçimde düşmanca ve ahlak dışı bir iletişim, psikolojik terör" şeklinde tanımlamıştır (25)

Heinz Leymann yıldır davranışlarını kırk başlıkta birleştirerek beş grupta incelemiştir (26, 27). Bu davranışları tanımlayan tümceler benzer çalışmalarda sıklıkla yer aldığı için araştırmanın benzerlik durumunu artırmaması amacıyla yalnızca bazı örnekleri Tablo 1'de sunulmuştur. Her yıldır olgusunda bu davranışların tamamının bulunması gerekmemektedir (25). Yıldırının doğru tanımlanabilmesi için bu davranışların haftada en az bir kez tekrarlanması ve en az altı ay boyunca devam etmesi gerekmektedir (27).

Tablo 1-Yıldırı Tipleri				
İletişime yönelik saldırılar	Sosyal ilişkilere saldırılar	Mesleki statüye saldırılar	Kişisel itibara saldırılar	Sağlığa yönelik saldırılar
Birlikte çalıştığınız kişilere kendinizi gösterme olanaklarınız engellenir Konuşurken susturulursunuz Bağırılırsınız, azarlanırsınız, küçümsenirsiniz Bakışlar, sözler veya jestler ile iletişim kurmanız engellenir Yaptığınız işler veya özel yaşamınız sıklıkla eleştirilir Sözlü veya yazılı olarak tehdit edilirsiniz	Sizin başkalarıyla, başkalarının sizinle konuşmanız yasaklanır veya engellenir Diğer kişilerden uzakta izole bir odada çalıştırılırsınız Varlığınız reddedilir	Size hiç iş verilmez veya anlamsız işler verilir İşleriniz geri alınır veya sürekli olarak değiştirilir Beceri düzeyinizin altında veya üzerinde işler verilerek özgüveniniz zedelenir	Hakkınızda dedikodu yapılır Etnik kimliğiniz, özrünüz, özel yaşamınız, dini veya siyasi görüşünüz ile dalga geçilir Sesiniz, hareketleriniz taklit edilerek küçük düşürülürsünüz Ruhsal sağlığınızın bozuk olduğuna dair kuşku yaratılarak muayene olmanız için baskı yapılır Aldığınız kararlara endişe işe bakılır Çabalarınız eleştirilir Özgüveninizi yaralayıcı işler yapmanız talep edilir Aşağılayıcı konuşmalara maruz kalırsınız Üstü örtülü cinsel taleplerle bulunulur	Fiziksel olarak tehlikeli işler verilirsiniz Fiziksel saldırı ile tehdit edilirsiniz Fiziksel saldırıya uğrarsınız Cinsel saldırıya uğrarsınız

2.4. Yıldırımın Etiyolojisi ve Sağlık Sektöründe Sıklığı

İşyerinde karşılaşılan şiddetin gerçek boyutu net olarak bilinmemektedir. Şiddetin saptanan boyutu buz dağının görünen kısmına benzetilmektedir. Psikolojik şiddet türlerinden biri olan yıldırımın belirlenmesi daha da zordur. Çünkü araştırmalarda bu olgu sistematik olarak değerlendirilmemekte, öznel algılar sorgulanmaktadır. Nesnel değerlendirme sunan ölçekler ise hem çeşitlilik göstermekte hem de aynı ölçek farklı şekillerde kullanılmaktadır. Bu nedenlerle karşılaştırma yapmak da güçleşmektedir.

Yıldırımın kime, ne zaman ve neden uygulanacağını belirleyebilmek güçtür. Çünkü yıldırı çok boyutlu bir kavramdır. Nedenleri araştırılırken pek çok etmen suçlanmaktadır. Bunların arasında öne çıkanlar kötü yönetim, hiyerarşik örgütlenme, iletişim ve sosyal destek eksikliği, yoğun iş stresi, kötü iş koşulları ve güvenlik eksikliği sayılabilir. Etiyolojik etmenler değerlendirildiğinde yıldırımın yaş, cinsiyet ve medeni durum gibi etmenlerle olan ilişkisi net olarak gösterilememiştir. Ancak hizmet sektöründe daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bunların arasında sağlık sektörü ve ev hizmetlerinde çalışanlar ile öğretmenler, banka ve sigorta çalışanları yer almaktadır.

Sağlık sektörü açısından yıldırımın nedenleri arasında ek olarak yoğun iş yükü, akademik kariyer konusunda ayrımcılık, belirsiz çalışma saatleri ve yerleri, bazı kliniklerde ikili amir otoritesi bulunması, başvuran hastalar ile sağlık hizmeti sunanlar arasındaki kültürel farklılığın çok fazla olması sayılabilir (12).

İki bin yılında yaklaşık altı bin sağlık çalışanının katılımıyla yapılan çalışmada öznel olarak değerlendirilen yıldırı algısı sıklığı Avustralya’ da %10.5, Tayland’ ta %10.7, Brezilya’da %15.2, Portekiz’de hastane çalışanlarında %16.5 sağlık merkezi çalışanlarında %23, Güney Afrika’da %20.6, Lübnan’da %22.1, Bulgaristan’da %30.9 olarak saptanmıştır (28). Türkiye’de hekimleri de içeren sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda yıldırı algısının sıklık olarak %17.4 ile %90.0 arasında değiştiği görülmektedir (14, 29-34).

Sağlık çalışanları içerisinde ise yıldırı hekimler arasında daha sıktır. Yurt dışı literatürde hekimlerde yapılan çalışmalarda yıldırı sıklığı %12.9-76.0 arasında saptanmaktadır (35-38). Hekimler arasında ise eğitim sürecine devam eden araştırma görevlileri daha yüksek risk altındadır. Almanya’da yine asistan hekimlerde yapılan çalışmada yıldırıya uğradığını ifade edenlerin sıklığı %12.9 bulunmuş, birinci ve üçüncü yılın sonunda sıklığın arttığı saptanmıştır (35).



2.5.Yıldırımın Sağlık Etkileri ve Depresyon ile olan İlişkisi

Mobbing mağdurunun motivasyonu, iş doyumu olumsuz etkilenebilmekte, iş stresi ve verimliliği azalabilmektedir. Mağdur hastalık raporu ile veya mazeretsiz olarak işe gelmeyebilir, sürecin ilerlemesi ile durumun ciddiyetini artarak istifa veya erken emeklilik ile sonuçlanabilmektedir (25).

Fransa'nın Güneydoğu'sunda çalışan 7694 kişi üzerinde yapılan araştırmada yıldırı süresi ve sıklığı ile depresyon belirtileri yakından ilişkili bulunmuştur (39). Aynı çalışmada yıldırı ile depresyon ilişkisi yalnızca mağdurda değil aynı zamanda tanık olanlarda da saptanmıştır (39). Almanya'da 2003-2012 yılları arasında birinci basamağa başvuran hastalar arasında yıldırıya maruz kalanların herhangi bir hastalık geliştirme riski ile özellikle birinci basamakta tanısı konan depresyon riski yaklaşık dört kat fazla saptanmıştır (40).

Yıldırımın şiddeti ve maruz kalınan süre arttıkça mağdurda meydana gelen sağlık sorunlarının sıklığı ve şiddeti de artmaktadır. Yıldırımın yol açtığı sağlık sorunları şiddeti açısından üç aşamada değerlendirilmektedir (25).

Birinci aşama: Yıldırımın başlangıç dönemidir. Kişi uğradığı haksızlıklara karşı çıkar ancak yine de dışlanmışlık, korku, stres, iştahsızlık, ağlama, uyku ve dikkat bozukluğu yaşayabilir.

İkinci aşama: Yıldırımın devam etmesi sonucu gelişir. Kişide hipertansiyon, mide bağırsak problemleri, baş ağrıları, işe gitmeme, madde kötüye kullanımı ve depresyon görülebilir.

Üçüncü aşama: Yıldırımın çok uzun süre devam etmesi sonucu artık kişide kalp krizi, panik atak, derin depresyon ve öz kıyım gibi geri dönüşümsüz sağlık sorunları gelişebilir.

Psiko-sosyal risk etmenleri ve bunların arasında yer alan yıldırımın değerlendirildiği iki farklı meta-analiz çalışmasında yıldırımın ruhsal sağlık sorunları açısından risk oluşturduğu gösterilmiştir (11, 41). Başka bir meta-analiz yıldırımın depresyonla ilişkisini değerlendiren 15.173 kişiyi içeren üç araştırmayı değerlendirmiştir (10). Yıldırıya maruz kalan çalışanların depresyon açısından risk altında olduğu, araştırma sonuçlarının çok tutarlı ve üç çalışmadan elde edilen ağırlıklı tahmini rölatif riskin yüksek olduğu (2.82;2.21-3.59) belirtilmiştir (10).

Depresyona yıldırımın etkisini değerlendiren ileriye yönelik başka çalışmalar da benzer sonuçlar sunmaktadır. Danimarka'da 5.198 kişi ikişer yıl ara ile üç kez değerlendirilerek elde edilen 9.120 sonuç incelenmiş, yıldırı algısının ara sıra ve sıklıkla olduğu kişilerde iki yıl sonra depresyon gelişme riski sırasıyla 2.2 ve 9.6 kat artmış olarak saptanmıştır (42). İspanya'da zihinsel engellilerle ilgilenen sağlık çalışanlarını da içeren çeşitli mesleklerle mensup 372 kişinin bir yıl ara ile yıldırıya maruziyeti ve depresyon bulguları incelenmiştir (43). Araştırmaya katılanlar üç grupta değerlendirilmiştir; birinci grupta iki zaman diliminde de yıldırıya uğramayanlar, ikinci grupta yalnızca ilk değerlendirmede yıldırıya uğrayanlar, üçüncüde ise her iki dönemde de yıldırıya uğrayanlar yer almıştır. Bir yıl sonra depresyon belirtileri hiç yıldırıya uğramayan birinci grupta değişmemiş; yıldırımın ortadan kalktığı ikinci grupta azalmış; yıldırımın devam ettiği üçüncü grupta ise artmıştır (43).

Türkiye'de de yıldırı ile ruhsal sağlık sorunu veya depresyon ilişkisini inceleyen bazı çalışmalar bulunmaktadır. Kars'ta 167 sağlık çalışanının (Yıldız S, Eliş Yıldız S), İzmir'de bir üniversite hastanesinde çalışan 284 hemşirenin (13), Bursa'da sağlık çalışanları, öğretmenler ve polisleri içeren 944 kişinin (15) değerlendirildiği çalışmalarda yıldırıya maruz kalanlarda depresyon bulguları veya ruhsal sağlık sorunu gelişme riski daha fazla saptanmıştır.

Hem yıldırı hem de depresyon bulguları açısından risk altında bulunan tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimleri bu iki değişken açısından değerlendiren iki çalışma bulunmuştur. İlki Güney Almanya'da çalışan 621 asistan hekim ile yürütülmüş olup, yıldırıya maruz kalanlarda depresyon sıklığındaki artış hem kesitsel hem de bir ve üçüncü yıl izlemlerinde belirlenmiştir (35). İkinci çalışma ise bu araştırmanın da ilk aşamasını oluşturan 361 tıpta uzmanlık öğrencisi olan hekimde yapılmıştır ve yıldırı düzeyi yüksek olanlarda depresyon belirti sıklığı 3.2 kat fazla saptanmıştır (7).

3. GEREC VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın tipi kohorttur.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

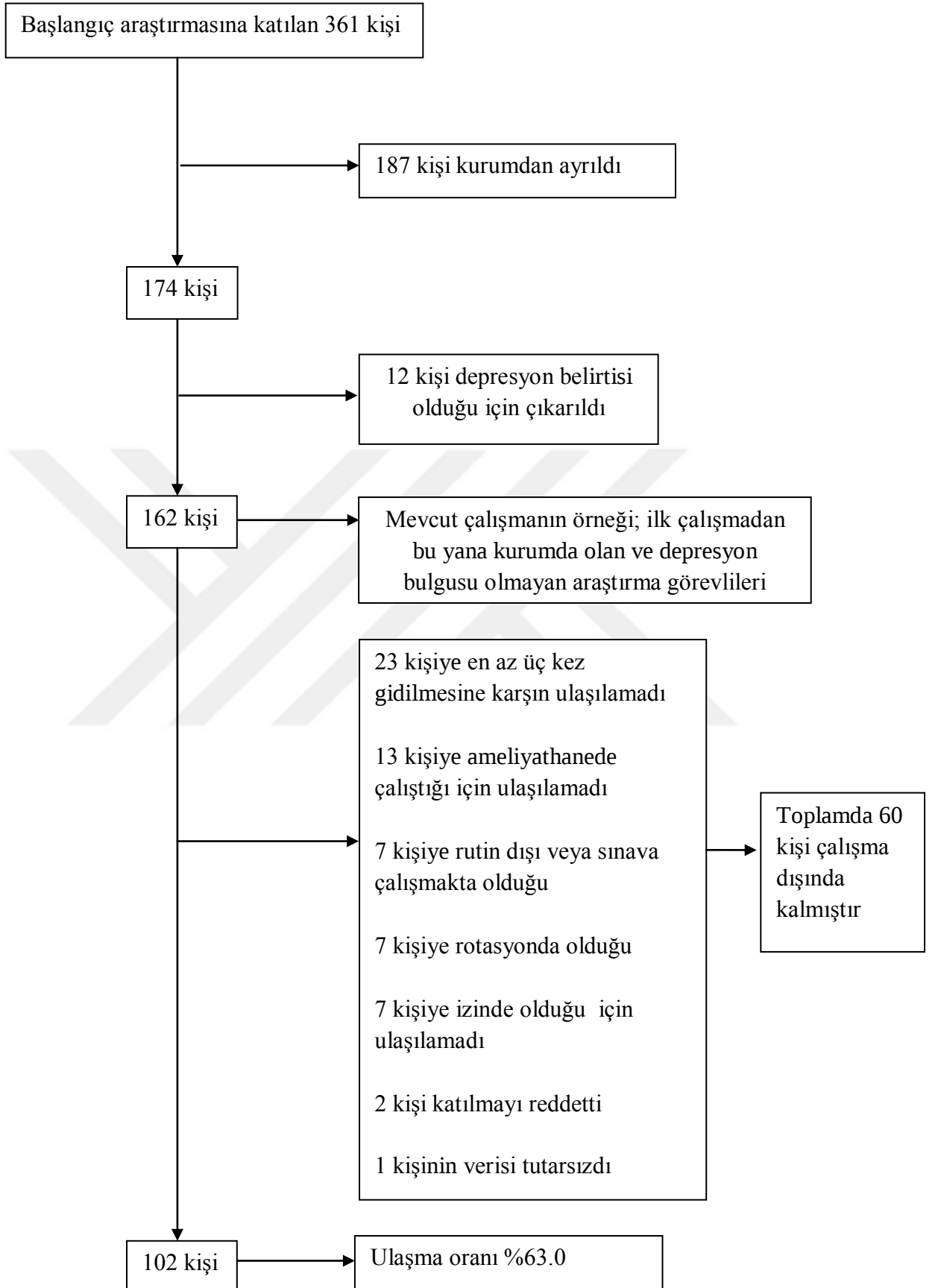
Araştırmanın yeri Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üniversite Hastanesi'dir. Araştırma Ocak 2016'da literatür taraması ile başlamış; Nisan 2019'da tez savunmasıyla sonlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

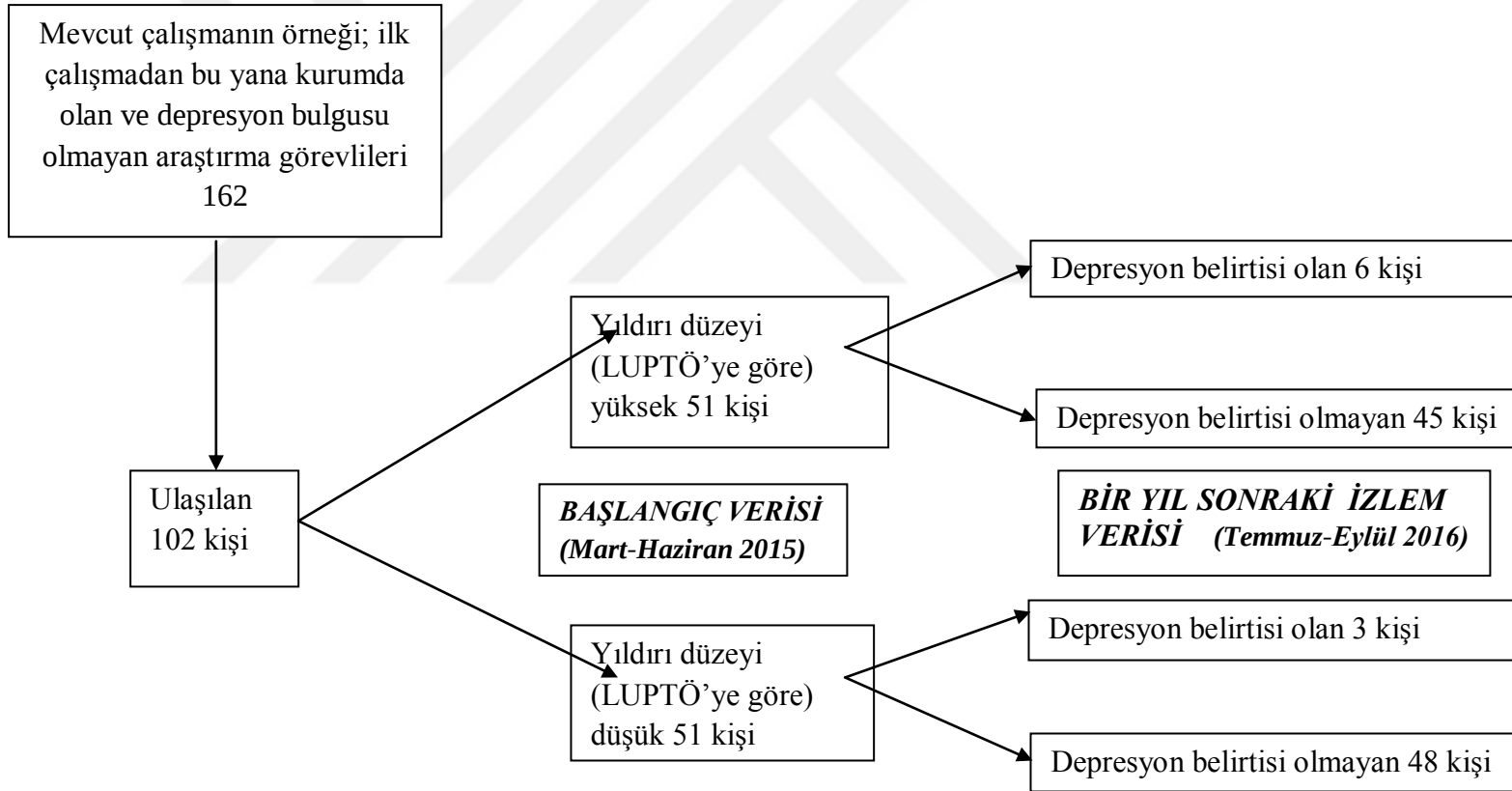
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Mart-Haziran 2015 tarihlerinde verisi toplanan "Bir Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinde Yıldırımın Depresyon Belirti Sıklığına Etkisi" isimli kesitsel çalışmaya katılan 361 tıpta uzmanlık öğrencisinden Temmuz-Eylül 2016'da uzmanlığını almamış ve herhangi bir nedenle kurumdan ayrılmamış olup aynı zamanda ilk çalışmada yıldırı düzeyi bilinen ve depresyon belirtileri olmayan 162 kişi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır (Şekil-1). Araştırmada yer alması gereken en küçük örnek büyüklüğü STATCALC programı ile hesaplanmıştır. Hekimlerde yıldırımın depresyon üzerine etkisini değerlendiren uygun bir prospektif araştırma sonucuna ulaşamadığı için "Bir Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinde Yıldırımın Depresyon Belirti Sıklığına Etkisi" çalışmasından elde edilen sonuçlar göz önüne alınarak, yıldırı düzeyi düşük olanlarda depresyon belirti sıklığı %6.7, olasılıklar oranı (OO) 4.7, %80 güç ve %95 güven düzeyinde, en küçük örnek büyüklüğü $70+70=140$ kişi olarak belirlenmiştir (7). Kişilere ulaşma oranının düşük olabileceği öngörülerek örnek seçilmemiş olup tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir.

Toplamda ulaşılması gereken 162 kişiden 102'sine ulaşılmıştır, ulaşma oranı %63.0'tür. Araştırmaya katılmayan 60 kişiden iki kişi (%1.2) katılmayı reddetmiştir, yirmi üç kişi (%38.3) en az üç kez gidilmesine karşın yerinde bulunamamıştır, on üç (%21.7) kişi ameliyathanede çalıştığı için, yedi kişi (%11.7) rutin dışı veya sınava çalıştığı için, yedi kişi (%11.7) rotasyonda olduğu için, yedi kişi (%11.7) izinde olduğu için, bir kişi (%1.7) verisi tutarsız olduğu için çalışma dışında kalmıştır (Şekil-1).

Bu çalışmada ulaşılan 102 kişinin başlangıçtaki yıldırı düzeylerine göre bir yıl sonra depresyon belirtisi gelişme durumları Şekil-2'de gösterilmiştir.



Şekil 1- Araştırma grubu örneği ve ulaşma durumu



Şekil 2- Araştırmanın akış şeması

Araştırmaya katılan ve katılmayan kişilerin belirleyici bazı özellikler açısından farklı olup olmadıkları değerlendirilmiştir. Araştırma evrenindeki kadınların 46'sı (%57.5) araştırmaya katılırken, 34'ü (%42.5) katılmamıştır. Evrendeki erkeklerin 56'si (%68.3) araştırmaya katılırken, 26 tanesi (%31.7) katılmamıştır. Araştırmaya katılan erkek ve kadınların sıklığı açısından anlamlı fark yoktur. ($p=0.155$)(Ek Tablo 1). Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 29.1 ± 2.1 ortancası 29 (25-36) iken katılmayanların yaş ortalaması 29.3 ± 2.4 ortancası 29 (26-39)'dur. İki grubun yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.577$). Araştırmaya katılanların yıldırı puan ortalaması 212.0 ± 30.2 ortancası 213.5(124-255) iken katılmayanların yıldırı puan ortalaması 209.5 ± 34.0 ortancası 204.5(122-255) tir. İki grup arasında yıldırı puan ortancaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0.841$). Branşlara göre dağılım incelendiğinde dahili bilimlerde çalışan 113 kişiden 73'üne (%64.6), cerrahi bilimlerde çalışan 47 kişiden 27'sine (%57.4) ulaşılmıştır. Dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlileri arasında ulaşma sıklığı açısından anlamlı bir fark yoktur ($p=0.394$)(Ek Tablo 2).

3.4. Çalışma Materyali

Çalışmada anket uygulanarak veri toplanmıştır. Başlangıç verilerinin (2015) elde edildiği anket formunda yer alan sosyo-demografik, sağlık, mesleki, çalışma koşulları ve çalışma ortamının psiko-sosyal özelliklerini değerlendiren 19 soru bu çalışmada da (2016) kullanılmıştır. Depresyon belirtilerini değerlendirmek için kullanılan BDÖ 21 sorudan oluşmaktadır. Yıldırı algısının son bir yıldaki değişimini sorgulayan bir soruyla beraber anket formunda toplam 41 soru bulunmaktadır. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu da içeren veri toplama formu (2016) Ek 2'de sunulmuştur. Başlangıç verilerinin elde edildiği LUPTÖ'yü de içeren anket formu (2015) Ek 3'te sunulmuştur

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

Araştırmanın bağımlı değişkeni depresyon belirti varlığı olup BDÖ ile değerlendirilmiştir. Beck Depresyon Ölçeği 0-3 arasında giderek artan puanlar alan dörtlü Likert tipi ölçüm sunan yirmi bir adet kendini değerlendirme tümcesinden oluşmaktadır (44). Toplam puan her yanıtın aldığı puanların toplanmasıyla hesaplanmakta ve 0-63 arasında olmaktadır. Ölçek 1961 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nesrin HİSLİ tarafından 1989 yılında 259 üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.80, kesme puanı 17 olarak saptanmıştır (45). Bu ölçek yalnızca depresyon belirtilerini sorgulaması ve tanı koymaması nedenleriyle değişken ölçekten alınan puanları 17 ve üzerinde olanlar için ‘depresyon belirtisi var’, 16 puan ve altında olanlar için ‘depresyon belirtisi yok’ şeklinde isimlendirilmiştir. Türkiye’de sağlık çalışanlarının ruhsal durumunu inceleyen çalışmalarda BDÖ sık kullanılmaktadır. Ayrıca geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yine sağlık çalışanlarında yapılmış olup yeterli değerler elde etmiştir. Dili açık ve anlaşılır ve doldurulması ve toplam puanın elde edilmesi oldukça kolaydır. Tüm bu nedenlerde çalışmamızda BDÖ’nin kullanılması tercih edilmiştir.

3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Temel bağımsız değişken dışındaki bağımsız değişkenler hem başlangıç çalışması hem de bu çalışma verileriyle değerlendirilmiştir. Ancak analizlerde başlangıç çalışmasından elde edilen değişkenler bağımsız değişken olarak kullanılmış; diğerleri ise tanımlayıcı olarak sunulmuştur. Bu çalışmada ilk çalışmaya ek olarak ‘yıldırı algısındaki değişim’, ‘arttı’, ‘değişiklik olmadı’, ‘azaldı’ seçenekleri ile sorgulanmıştır.

3.5.2.1. Temel Bağımsız Değişken

Yıldırı düzeyi araştırmanın temel bağımsız değişkenidir ve bu değişken başlangıç çalışmasında sorgulanmıştır. Değerlendirmek için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öznur KÖRÜKCÜ ve arkadaşları tarafından 270 akademisyende değerlendirilen Leymann’ın Uyarlanmış Psikolojik Yılgınlık Ölçeği (LUPTÖ) kullanılmıştır (46). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.97 olarak saptanmıştır (46). Ölçeği kullanabilmek için gerekli izin Öznur KÖRÜKCÜ’den alınmıştır (Ek 2). Ölçek 51 maddeden oluşmakta ve her bir maddenin 1-5 arasında puanlandığı beşli Likert tipi ölçüm sunmaktadır. Kesme noktası bulunmayan ölçekten alınabilen en düşük ve en yüksek puanlar sırasıyla 51 ve 255’tir. Türkçe’ye yapılan uyarlama sonucu ölçekten elde edilen puan ile yıldırı düzeyi arasında ters bir ilişki oluşturulmuştur. Toplam puan arttıkça yıldırı düzeyi azalmaktadır. Değişken katılımcıların (102 kişi) verisinin ortanca değeri olan 213,5’ten ayrılarak 213 ve altındaki değerler ‘yıldırı düzeyi yüksek’ 214 ve üzerindeki değerler ‘yıldırı düzeyi düşük’ olarak gruplandırılmıştır.

3.5.2.2. Sosyo-demografik Özellikler ile ilişkili Değişkenler

Cinsiyet: ‘Kadın’ ve ‘erkek’ seçenekleriyle değerlendirilmiştir.

Yaş: Yaşı hesaplamak için doğum tarihi verisi gün, ay ve yıl olarak toplanmış, yaşlar verilerin toplanma tarihlerinden doğum tarihleri çıkartılarak hesaplanmıştır.

Medeni Durum: ‘Evli’, ‘hiç evlenmemiş’, ‘boşanmış’ seçenekleri ile değerlendirilmiştir. ‘Boşanmış’ seçeneğine bir kişi yanıt verdiğiinden ‘hiç evlenmemiş’ ve ‘boşanmış’ grupları ‘evli değil’ şeklinde birleştirilmiştir.

Çocuk sahibi olma durumu: ‘Yok’ ve ‘var’ seçenekleriyle değerlendirilmiştir.

Gelir algısı: ‘Hanenizin gelirini nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusu ‘Gelirim giderimden fazla’, ‘Gelirim giderim ile denk’, ‘Gelirim giderimden az’ şeklinde 3’lü Likert biçiminde değerlendirilmiştir. Yanıtlar sırasıyla ‘iyi’, ‘orta’ ve ‘kötü’ olarak isimlendirilmiştir. İkili analizde ‘iyi’ ve ‘orta’ grubu birleştirilerek ‘iyi/orta’ ile ‘kötü’ olacak şekilde iki grupta birleştirilmiştir.

Son altı ayda birinci derece yakın kaybı veya boşanma durumu: ‘Evet’ ve ‘hayır’ seçenekleriyle değerlendirilmiştir.

3.5.2.3. Meslekle ilişkili Değişkenler

Tıp Bilimi: Katılımcıların eğitim aldıkları anabilim dallarına göre ‘temel bilimler’, ‘dahili bilimler’ ve ‘cerrahi bilimler’ olmak üzere üç grupta değerlendirilmiştir. Temel bilimlerde çalışan yalnızca iki kişi bulunduğundan bu grup ikili analizlere dahil edilmemiştir.

Kadro: Kişilerin çalıştıkları kadrolar ‘üniversite’, ‘sağlık bakanlığı’ ve ‘yabancı uyruklu’ seçenekleri ile değerlendirilmiştir. İkili analizde ‘sağlık bakanlığı’ ile ‘yabancı uyruklu’ seçenekleri ‘diğer’ başlığı ile birleştirilmiştir.

Meslek hayatında çalışma süresi: Meslek hayatındaki çalışma süresi yıl ve ay olarak sorgulanmıştır. Çalışma hayatının içinde bulunduğu yıla göre ‘2-3 yıl’ ile ‘4 ve üzeri yıl’ şeklinde gruplandırılmıştır.

Anabilim dalında çalışma süresi: Çalıştıkları anabilim dalında eğitim aldıkları süre yıl ve ay olarak sorgulanmıştır. Eğitim sürelerinin içinde bulunduğu yıla göre ‘2-3 yıl’ ile ‘4-5 yıl’ şeklinde gruplandırılmıştır.

3.5.2.4. Sağlık Durumuyla ilişkili Değişkenler

Kronik hastalık varlığı: ‘Kronik bir hastalığınız/hastalıklarınız var mı?’ sorusu ‘evet’ ve ‘hayır’ seçenekleriyle değerlendirilmiştir.

Ruhsal sıkıntı öyküsü: ‘Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?’ sorusu ‘evet’ ve ‘hayır’ seçenekleriyle değerlendirilmiştir.

Tedavi arama davranışı: ‘Daha önce ruhsal bir hastalık yaşadıysanız bu nedenle doktora gittiniz mi?’ sorusu ‘evet’ ve ‘hayır’ seçenekleriyle değerlendirilmiştir.

Tanı alınan ruhsal hastalık varlığı: ‘Ruhsal hastalık nedeniyle doktora gittiyseniz ne tanı kondu?’ sorusuna açık uçlu verilen yanıtlar ile değerlendirilerek ‘depresyon’, ‘anksiyete’ ve ‘diğer’ şeklinde gruplandırılmıştır.

3.5.2.5. Çalışma Koşulları ve Yıldırı Durumu ile ilişkili Değişkenler

Nöbet sayısı: ‘Aylık tuttuğunuz nöbet sayısı kaçtır?’ sorusu açık uçlu yanıtlar ile değerlendirilmiştir. İkili analizde ‘sıfır’, ‘bir-beş’, ‘altı ve üzeri’ şeklinde gruplandırılmıştır. Yalnızca nöbet usulü çalışılan acil tıp anabilim dalı ikili analizlere dahil edilmemiştir.

Günlük çalışma süresi: ‘Günlük ortalama çalışma süreniz nedir?’ sorusuna açık uçlu verilen yanıtlar ile değerlendirilmiştir. İkili analizde ‘sekiz saat ve altı’ ile ‘sekiz saatin üzeri’ şeklinde gruplandırılmıştır.

İş yükü algısı: ‘İş yükünüzü nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusu ‘çok hafif’, ‘hafif’, ‘orta’, ‘ağır’ ve ‘çok ağır’ seçenekleriyle 5’li Likert biçiminde değerlendirilmiştir. İkili analizde ‘çok hafif/hafif/orta’ seçenekleri ‘hafif-orta’; ‘ağır/çok ağır’ seçenekleri ‘ağır’ başlığı ile birleştirilmiştir.

İşten memnuniyet düzeyi: ‘İşinizden memnuniyet düzeyiniz nedir?’ sorusu ‘hiç memnun değilim’, ‘memnun değilim’, ‘orta düzeyde memnunum’, ‘memnunum’ ve ‘çok memnunum’ seçenekleriyle 5’li Likert biçiminde değerlendirilmiştir. İkili analizde memnuniyet düzeyi ‘hiç memnun değilim/memnun değilim/orta düzeyde memnunum’ seçenekleri ‘orta-düşük’ başlığı; ‘memnunum/çok memnunum’ seçenekleri ‘yüksek’ başlığı ile birleştirilerek iki grup oluşturulmuştur.

Çalışılan anabilim dalında şiddet öyküsü ve şiddetin türü: ‘Çalıştığınız anabilim dalında eğitim aldığınız süre boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldınız mı?’ sorusu ‘evet’ ve ‘hayır’ seçenekleri; ‘Evet ise türü nedir?’ sorusu ‘fiziksel’ ve/veya ‘sözel’ seçenekleriyle değerlendirilmiştir. İkili analizde şiddete uğrama öyküsü ‘var’ ve ‘yok’ şeklinde gruplandırılmıştır.

Yıldırı algısı: ‘Yıldırı işyerinde bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik biçimde uygulanan psikolojik bir terör olarak tanımlanmaktadır. İşyerinizde böyle bir davranışa maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?’ sorusu ‘çok sık’, ‘sık’, ‘bazen’, ‘çok nadir’ ve ‘hiçbir zaman’ seçenekleriyle 5’li Likert biçiminde değerlendirilmiştir. İkili analizde ‘çok sık/sık/bazen’ ile ‘çok nadir /hiçbir zaman’ olmak üzere iki grupta birleştirilmiştir.

Son bir yıldaki yıldırı algısı: Yıldırı (mobbing) işyerinde bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik biçimde uygulanan psikolojik bir terör olarak tanımlanmaktadır. Son bir yıl içinde böyle bir davranışa maruz kalma düzeyinizde nasıl bir değişiklik oldu? sorusu ‘değişiklik olmadı’, ‘arttı’ ve ‘azaldı’ seçenekleri ile değerlendirilmiştir. İkili analizde azaldı ile değişiklik olmadı seçenekleri birleştirilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araştırmacının kendisi ve uzmanlık öğrencisi olan bir yardımcı araştırmacı tarafından anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın temel bağımsız değişeni ve diğer bağımsız değişkenlerinin elde edildiği başlangıç çalışmasında ise veriler araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır. Çalışmanın evrenini oluşturan tıpta uzmanlık öğrencilerinin çalışma yerleri ilgili sekreterliklerden öğrenilmiştir. Kişilere ulaşmak için anabilim dalı poliklinik ve servisleri, ilgili yoğun bakım ve ameliyathaneler ziyaret edilmiştir. Anketler mümkünse doğrudan gözetimli olarak doldurulmuş, değilse ertesi gün alınmak üzere kişilere verilmiştir. Verilen anketler katılımcı tarafından doldurulana kadar kişiler tekrar ziyaret edilmiştir.



3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

Kaynak taramaya Ocak 2016 tarihinde başlanmıştır, veri toplama Temmuz-Eylül 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Değerlendirme ve çözümleme Ocak 2017 -Ağustos 2018 tarihlerinde, yazım Ocak 2018-Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

	2016				2017			2018			2019
	Ocak Şubat Mart	Nisan Mayıs Haziran	Temmuz Ağustos Eylül	Ekim Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart Nisan	Mayıs Haziran Temmuz Ağustos	Eylül Ekim Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart Nisan	Mayıs Haziran Temmuz Ağustos	Eylül Ekim Kasım Aralık	Ocak Şubat Mart
Kaynak İnceleme											
Konu Seçimi											
Hazırlık											
Ön Çalışma											
Veri Toplama											
Verileri düzenleme											
Değerlendirme- Çözümleme											
Yazım											

Şekil 3-Araştırma Takvimi

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri hem başlangıç çalışması hem de bu çalışma verileriyle değerlendirilerek sayı ve yüzde ile sunulmuştur. ‘Yıldırı düzeyi’ ve ‘yıldırı algısı’ başlangıç verisinden, ‘yıldırı algısındaki değişim’ verisi bu çalışmadan elde edilerek sayı ve yüzde ile sunulmuştur. Depresyon belirti düzeyi bu çalışma verisinden ortalama±standart sapma ve ortanca (en küçük-en büyük) değerler ile sunulmuştur.

Tek değişkenli analizlerde bağımsız değişkenler ilk çalışma verilerinden (2015) elde edilerek, depresif belirti insidansı ile ilişkisi ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Temel bağımsız değişkene göre depresif belirti insidansı görel riski (RR) ve %95 Güven Aralığı da hesaplanmıştır. Araştırmaya katılanlar ile katılmayanlar arasında bazı özellikler açısından fark olup olmadığı değerlendirilirken ki-kare ile Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır.

Çalışılan anabilim dalı değişkeninin ‘temel bilimler’ grubunda yalnızca iki kişi bulunduğundan bu grup ikili analizlere dahil edilmemiştir. Son altı ayda birinci derece yakın kaybı veya boşanma durumuna yanıt veren kişi sayısı az olduğu için ikili analizlere alınmamıştır. Tedavi arama davranışı istatistiksel teste uygun olmadığı için ikili analizlerde yer almamıştır. İstatistiksel çözümleme SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmış; $p < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Prospektif kohort tipindeki bu çalışmaya katılım oranı %63.0'tür. Seçime bağlı yan tutma durumunu değerlendirmek amacıyla ulaşılamayan kişilerin cinsiyet, yaş, çalışılan bilim dalı ve yıldırı puan ortancaları değerlendirilmiş ve anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Güç analizi yapıldığında yıldırı düzeyi ve yıldırı algısı ile depresyon belirtisi varlığı arasındaki gücün %80'in altında kaldığı saptanmıştır. Bu durum tip II hataya neden olarak var olan ilişkinin gösterilememesine neden olmuş olabilir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın etik kurul izni 02.06.2016 tarihinde 2016/15-22 Karar Numarası ile alınmıştır ve Ek 3'te bulunmaktadır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izin dekanlıktan alınmıştır ve Ek 4'te bulunmaktadır.

4. BULGULAR

Depresyon bulguları olmayan tıpta uzmanlık öğrencilerinde yıldırı düzeyine göre bir yıl sonra gelişen depresyon belirti insidansını değerlendiren bu çalışmaya 102 kişi katılmıştır. Elde edilen veriler iki başlıkta sunulmuştur. İlk bölümde tanımlayıcı bulgular hem başlangıç çalışması hem de şimdiki çalışmanın verileriyle değerlendirilmiştir. Sosyo-demografik, mesleksen, sağlık durumu, çalışma koşulları ve yıldırı özellikleri olacak şekilde beş tabloda sunulmuştur. İkinci bölümde araştırma grubunda depresyon belirti insidansı ile bunu etkileyen etmenler yine aynı başlıklar ile altı tabloda sunulmuştur.



4.1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 2. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı

n=102	Başlangıç Verisi Sayı (%)	Bir Yıl Sonraki Veri Sayı (%)
Cinsiyet		
Erkek	56 (54.9)	56 (54.9)
Kadın	46 (45.1)	46 (45.1)
Yaş Grupları		
25-29	84 (82.4)	68 (66.7)
30-36	18 (17.6)	34 (33.3)
Medeni Durum		
Hiç evlenmemiş	67 (65.7)	58 (56.9)
Evli	33 (32.4)	43 (42.2)
Boşanmış	2 (2.0)	1 (1.0)
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	6 (5.9)	12 (11.8)
Yok	96 (94.1)	90 (88.2)
Gelir Algısı		
İyi	22 (21.6)	36 (35.3)
Orta	66 (64.7)	54 (52.9)
Kötü	14 (13.7)	12 (11.8)
Son altı ayda birinci derece yakın kaybı veya boşanma		
Var	2 (2.0)	3 (2.9)
Yok	100 (98)	99 (97.1)

Tablo 2’de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların %54.9’u erkek, %45.1’i kadındır. Bu çalışmaya katılanların yaş ortalaması 29.0 ± 2.1 , yaş ortancası 29(25-36) idir. Hiç evlenmeyenlerin oranı %65.7 iken bu sıklık bir yıl sonra azalmış, evli olanlar %32.4 iken bir yıl içinde bu oran artmıştır. Çocuk sahibi olma sıklığı %5.9’dan %11.8’e yükselmiştir. Gelir algısını iyi olarak değerlendirenlerin oranı %21.6’dır ve bir yıl sonra bu oran artarken (%35.3) gelir algısı orta ve kötü olanların oranı azalmıştır.



Tablo 3. Araştırma Grubunun Mesleksel Özelliklerine Göre Dağılımı

n=102	Başlangıç Verisi Sayı (%)	Bir Yıl Sonraki Veri Sayı (%)
Tıp Bilimi		
Dahili Bilimler	73 (71.6)	73 (71.6)
Cerrahi Bilimler	27 (26.5)	27 (26.5)
Temel Bilimler	2 (2.0)	2 (2.0)
Kadro		
Üniversite	84 (82.4)	84 (82.4)
Sağlık Bakanlığı	16 (15.7)	16 (15.7)
Yabancı Uyruklu	2 (2.0)	2 (2.0)
Meslek Hayatında Çalışma Süresi		
2-3 yıl	80 (78.4)	41 (40.2)
4+ yıl	22 (21.6)	61 (59.8)
Anabilim Dalında Çalışma Süresi		
2-3 yıl	100 (98.0)	76 (74.5)
4-5 yıl	2 (2.0)	26 (25.5)

Katılımcıların %71.6'sı dahili bilimlerde, %26.5'i cerrahi bilimlerde çalışmaktadır. Üniversite kadrosunda çalışanlar grubun %82.4'ünü, sağlık bakanlığı kadrosunda çalışanlar %15.7'sini oluşturmaktadır. Meslek hayatında çalışma süresi 2-3 yıl olanlar %78.4'tür ve bu oran bir yıl sonra %40.2'ye düşmüştür. Anabilim dalında çalışma süresi 2-3 yıl olanlar %98.0 iken zaman içinde azalma (%74.5) göstermiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Araştırma Grubunun Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Dağılımı

n=102	Başlangıç Verisi Sayı (%)	Bir Yıl Sonraki Veri Sayı (%)
Kronik Hastalık		
Var	9 (8.8)	6 (5.9)
Yok	93 (91.2)	96 (94.1)
Ruhsal Sıkıntı Öyküsü		
Evet	36 (35.3)	25 (24.5)
Hayır	66 (64.7)	77 (75.5)
<i>Tedavi Arama Davranışı*</i>	(n=36)	(n=25)
<i>Evet</i>	20 (55.6)	20 (80.0)
<i>Hayır</i>	16 (44.4)	5 (20.0)
<i>Tanı Alınan Ruhsal Hastalık**</i>	(n=20)	(n=19)***
<i>Depresyon</i>	11 (55.0)	11 (57.9)
<i>Anksiyete</i>	7 (35.0)	5 (26.3)
<i>Diğer</i>	2 (10.0)	3 (15.8)

*Ruhsal sıkıntı öyküsüne evet yanıtı verenler değerlendirmeye alınmıştır.

**Tedavi arama davranışına evet yanıtı verenler değerlendirmeye alınmıştır.

***Bir kişinin verisi eksiktir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi grubun %8.8'i kronik hastalığa sahiptir ve bu sıklık bir yıl sonra azalmıştır. Ruhsal sıkıntı öyküsü olanların oranı %35.3'tür ve zamanla azalmıştır. Ruhsal sıkıntı nedeniyle doktora başvuranların oranı bir yıl içinde %55.6'dan %80.0'e yükselmiştir. Doktora başvuranlar arasında en sık depresyon ve anksiyete tanısı alınmıştır.

Tablo 5. Araştırma Grubunun Çalışma Koşullarına Göre Dağılımı

n=102	Başlangıç Verisi Sayı(%)	Bir Yıl Sonraki Veri Sayı(%)
Nöbet Sayısı		
0	22 (21.6)	24 (23.5)
1-5	34 (33.3)	28 (27.5)
6+	41 (40.2)	45 (44.1)
Sürekli nöbetli çalışma	5(4.9)	5(4.9)
Günlük Çalışma Süresi		
≤8 saat	42 (41.2)	43 (42.2)
>8 saat	60 (58.8)	59 (57.8)
İş Yüğü Algısı		
Çok hafif	0 (0.0)	1 (1.0)
Hafif	6 (5.9)	5 (4.9)
Orta	48 (47.0)	49 (48.0)
Ağır	37 (36.3)	35 (34.3)
Çok ağır	11 (10.8)	12 (11.8)
İşten Memnuniyet Düzeyi		
Çok yüksek	8 (7.8)	12 (11.8)
Yüksek	43 (42.2)	41 (40.2)
Orta	41 (40.2)	37 (36.3)
Düşük	8 (7.8)	8 (7.8)
Çok düşük	2 (2.0)	4 (3.9)
Çalışılan Anabilim Dalında Şiddet Öyküsü		
Hayır	51 (50.0)	54 (52.9)
Evet	51 (50.0)	48 (47.1)
Şiddet Tipi*	(n=51)	(n=48)
Sözel	47 (92.2)	43 (89.6)
Fiziksel	4 (7.8)	5 (10.4)

*Şiddet öyküsüne evet yanıtı verenler değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmaya katılanlar arasında aylık nöbet sayısı 1-5 arasında olanların oranı %33.3'tür ve bu oran zamanla azalmıştır, nöbet sayısı 6 ve üzerinde olanların oranı da %40.2'den %44.1'e yükselmiştir. Araştırma grubunun %55.8'inin günlük ortalama çalışma süresi sekiz saatin üzerindedir ve bir yıl sonra da değişmemiştir. İş yükü algısı orta olan %47.0, ağır olan %36.3, çok ağır olan %10.8'dir ve zaman içinde pek değişmemiştir. İşten memnuniyeti çok yüksek olanlar grubun %7.8'ini, yüksek olanlar %42.2'sini, orta olanlar %40.2'sini oluşturmaktadır ve bir yıl sonra iş memnuniyeti çok yüksek olanların oranı biraz artmıştır. Çalıştığı anabilim dalında şiddet öyküsü olanlar %50.0'dir, şiddete uğrayanların %92.2'si sözel, %7.8'i fiziksel şiddete uğramıştır (Tablo 5).



Tablo 6. Araştırma Grubunun Yıldırı Özelliklerine Göre Dağılımı

n=102	Sayı (%)
Yıldırı Düzeyi	
Düşük	51(50.0)
Yüksek	51(50.0)
Yıldırı Algısı	
Çok nadir/Hiçbir zaman	62 (60.8)
Çok sık/Sık/Bazen	40 (39.2)
Bir Yıl Sonraki Yıldırı Algısı	
Azaldı	12 (11.8)
Değişiklik olmadı	81 (79.4)
Arttı	9 (8.8)

Katılımcıların %50.0'sinin yıldırı düzeyi yüksektir. Yıldırı algısı çok nadir veya hiçbir zaman olanların sıklığı %60.8; bazen, sık ve çok sık olanların sıklığı % 39.2'dir. Son bir yıl içindeki yıldırı algısı azalanlar grubun %11.8'ini, değişmeyenler %79.4'ünü, artanlar %8.8'ini oluşturmaktadır (Tablo 6).

4.2.Araştırma Grubunda Depresyon Belirti İnsidansı ve Etkileyen Etmenler

Tablo 7. Araştırma Grubunun Depresyon Belirti Özelliklerine Göre Dağılımı

n=102	Ortalama±Standart sapma	Ortanca(en küçük-en büyük)
Depresyon Belirti Puanı	6.2±6.1	4.5(0-25)
Depresyon Belirtisi	Sayı	%
Var	9	8.8
Yok	93	91.2
Toplam	102	100.0

Araştırma grubunun depresyon belirti puan ortalaması 6.2±6.1, ortancası 4.5(0-25)'tir. Depresyon belirtisi saptananlar 9 kişidir ve depresif belirti insidansı %8.8'dir.

Tablo 8. Araştırma Grubunda Sosyo-demografik Özelliklere Göre Depresyon Belirti İnsidansı

n=102	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet					
Erkek	6	10.7	50	89.3	0.508
Kadın	3	6.5	43	93.5	
Yaş Grubu					
25-29	7	8.3	77	91.7	0.657
30-36	2	11.1	16	88.9	
Medeni Durum					
Evli	3	9.1	30	90.9	1.000
Evli değil	6	8.7	63	91.3	
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Var	2	33.3	4	66.7	0.087
Yok	7	7.3	89	92.7	
Gelir Algısı					
İyi	1	4.5	21	95.5	0.680
Orta-kötü	8	10.0	72	90.0	

*Fisher'in Kesin Testi

Erkeklerde, yaş grubu 30-36 olanlarda, evli, çocuk sahibi ve gelir algısı orta-kötü olanlarda depresyon belirti insidansı daha yüksektir ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Araştırma Grubunda Mesleksel Özelliklere Göre Depresyon Belirti İnsidansı

n=102	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Tıp Bilimi (n=100)**					
Cerrahi	4	14.8	23	85.2	0.247
Dahili	5	6.8	68	93.2	
Kadro					
Üniversite	9	10.7	75	89.3	0.355
Diğer	0	0	18	100.0	
Meslekte Çalışma Süresi					
2-3	6	7.5	74	92.5	0.401
4+	3	13.6	19	86.4	
Anabilim Dalında Çalışma Süresi					
2-3	8	8.0	93	91.2	0.169
4-5	1	50.0	1	50.0	

*Fisher'in Kesin Testi

**Temel bilimlerde çalışan iki kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Tablo 9'da görüldüğü gibi cerrahi bilimlerde çalışanlar ve üniversite kadrosunda olanlar ile meslekte ve anabilim dalında çalışma süresi dört yıl ve üzerinde olanlarda depresyon belirti insidansı daha yüksektir ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 10. Araştırma Grubunda Sağlık Durumu Özelliklerine Göre Depresyon Belirti İnsidansı

n=102	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Kronik Hastalık Varlığı					
Var	1	11.1	8	88.9	0.580
Yok	8	8.6	85	91.4	
Ruhsal Sıkıntı Öyküsü					
Var	2	5.6	34	94.4	0.487
Yok	7	10.6	59	89.4	
Tanı Alınan Ruhsal Hastalık Varlığı					
Var	1	5.0	19	95.0	0.685
Yok	8	9.8	74	90.2	

*Fisher'in Kesin Testi

Tablo 10'da görüldüğü gibi kronik hastalığı olanlarda, ruhsal sıkıntı öyküsü veya hastalığı olmayanlarda depresyon belirti insidansı daha yüksektir ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 11. Araştırma Grubunda Çalışma Koşullarına Göre Depresyon Belirti İnsidansı

n=102	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Nöbet Sayısı (n=97)**					
0-5	6	10.7	50	89.3	0.729
6+	3	7.3	38	92.7	
Günlük Çalışma Süresi					
≤8 saat	4	9.5	38	90.5	1.000
>8 saat	5	8.3	55	91.7	
İş Yüğü Algısı					
Hafif-orta	4	7.4	50	92.6	0.731
Ağır	5	10.4	43	89.6	
İşten Memnuniyet Düzeyi					
Yüksek	4	8.0	46	92.0	1.000
Orta-düşük	5	9.6	47	90.4	
Çalışılan Anabilim Dalında Şiddet Öyküsü					
Var	5	9.8	46	90.2	1.000
Yok	4	7.8	47	92.2	

*Fisher'in Kesin Testi

**Yalnızca nöbet usulü çalışan acil branşı analize dahil edilmemiştir.

Nöbet sayısı 0-5 arasında, günlük çalışma süresi sekiz saatin altında, iş yükü algısı ağır, işten memnuniyet düzeyi orta-düşük ve çalışılan anabilim dalında şiddet öyküsü olanlarda depresyon belirti insidansı daha fazla saptanmıştır ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo 12. Araştırma Grubunun Yıldırı Özelliklerine Göre Depresyon İnsidansı

n=102	Depresyon belirtisi var		Depresyon belirtisi yok		p değeri*	Görel risk (%95 GA)
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Yıldırı Algısı (n=102)						
Çok sık/Sık/Bazen	6	15.0	34	85.0	0.149	3.1 (0.82-11.6)
Çok nadir/Hiçbir zaman	3	4.8	59	95.2		
Yıldırı Düzeyi (n=102)						
Yüksek	6	11.8	45	88.2	0.487	2.0 (0.52-7.56)
Düşük	3	5.9	48	94.1		
Son Bir Yıldaki Yıldırı Algısı						
Arttı	4	44.4	5	55.6	0.003	8.3 (2.69-25.41)
Azaldı-değişiklik olmadı	5	5.4	88	94.6		

*Fisher'in Kesin Testi

Depresyon belirti insidansı, yıldırı algısı çok sık, sık ve bazen olanlarda (%15.0) çok nadir, hiçbir zaman olanlardan (%4.8) 3.1 (0.82-11.6) kat daha fazladır, ancak fark anlamlı değildir. Benzer şekilde yıldırı düzeyi yüksek olanlarda, düşük olanlardan 2.0 (0.52-7.56) kat daha yüksektir ancak fark anlamlı değildir. Son bir yılda yıldırı algısı artanlarda depresyon belirti insidansı azalan-değişiklik olmayan gruba göre 8.3 (2.69-25.41) kat anlamlı düzeyde daha fazladır (p=0.003) (Tablo 12).

5. **TARTIşMA**

Mevcut alışma “Bir Tıp Fakóltesi Uzmanlık Öğrencilerinde Yıldırının Depresyon Belirti Sıklığına Etkisi” isimli kesitsel çalışmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinden yıldırı düzeyi bilinen ve depresyon belirtisi bulunmayanlarda gerçekleştirilmiştir. Ulaşma oranı %63.0’tür.



5.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde katılımcıların %54.9'u erkek, %45.1'i kadın; yaş ortalaması 29.0 ± 2.1 , yaş ortancası 29(25-36) idi. Hiç evlenmeyenler grubun yaklaşık üçte ikisini oluşturuyorken bu sıklık bir yıl sonra azalmış, evli olanların oranı ise bir yıl içinde artmıştır. Çocuk sahibi olma sıklığı %5.9'dan %11.8'e yükselmiştir. Gelir algısını iyi olarak değerlendirenlerin oranı %21.6 olup bir yıl sonra bu oran artarken (%35.3) gelir algısı orta ve kötü olanların oranı azalmıştır. Bir yıl içerisinde evlenenlerin artarak mevcut evliliklerin de sürmesi sonucu çocuk sahibi olma sıklığı artmıştır. Evlilik ve daha düzenli bir yaşam ile kişilerin gideri azalmış ve gelir algısı artmış olabilir. Evlilik ile kişilerin gideri azalmakta ve gelir algısı artmaktadır; bu çalışmaya katılanların gelir algısındaki artış oranı %13.7, evlenmedeki artış oranı %9.8'dir. Gelir algısında iyileşmedeki artışın yaklaşık dörtte üçü evliliklerdeki artış ile açıklanabilir.

Mesleksel açıdan değerlendirildiğinde katılımcıların %71.6'sı dahili bilimlerde, %26.5'i cerrahi bilimlerde çalışmaktadır. Üniversite kadrosunda çalışanlar grubun büyük çoğunluğunu (%82.4) oluşturmaktadır. İki çalışma arasında bu değerler açısından farklılık beklenmemektedir. Meslek hayatında çalışma süresi dört yıl ve üzerinde olanlar %21.6'dır ve bu oran bir yıl sonra %59.8'e yükselmiştir. Anabilim dalında çalışma süresi dört yıl ve üzerinde olanlar %2.0'dir ve bir yıl sonra %25.5'e yükselmiştir. Zamanın ilerlemesiyle dört yılın üzerinde çalışan gruptaki kişilerin artması beklenmektedir ancak iki grup arasında farklı oranlarda artış olmuştur bu da kişilere farklı zamanlarda ulaşılmış olmasıyla ilgili olabilir.

Araştırmaya katılanların sağlık özellikleri incelendiğinde kronik hastalığa sahip olanların sıklığı bir yıllık süre içerisinde %8.8'den %5.9'a düşmüştür. Kronik hastalıklar geri dönüşümsüz kabul edildiği için gerçekte böyle bir azalma beklenmemektedir ancak hastalık varlığı kişilerin öznel algısı ile sorgulanmıştır. İlk çalışmada kişilerin alerjik rinit, gözde kırma kusuru, bel ağrısı gibi tanımladıkları kronik hastalıkları zaman içinde daha az rahatsız edici olmaları nedeniyle bu tanımlamadan çıkarmış olmalarından kaynaklanabilir. Ruhsal sıkıntı öyküsü olanların oranı %35.3'ten %24.5'e düşmüştür. Bu sıklıkta da azalma değil en azından sabit kalma veya artma beklenmektedir. Evlilik sağladığı sosyal destek ile kişilerin ruh sağlığına olumlu katkı sunabilir ayrıca işyerinde kıdemleri arttıkça iş stresi azalmış olabilir. Bu nedenlerle kişiler eskiden yaşadıkları sıkıntıları unutmuş olabilirler. Tedavi arama davranışı da %55.6'dan %80.0'e yükselmiştir. Bunu da evliliğe bağlı sosyal destek ve damgalanma endişesindeki azalmaya bağlamak olasıdır. Doktora başvuranlarda önceki çalışmaya benzer şekilde en sık depresyon (%57.9) ve anksiyete (%26.3) tanısı konmuştur.

Çalışma koşulları incelendiğinde katılımcılar arasında aylık nöbet sayısı 1-5 olanların oranı (%33.3) zamanla azalırken (%27.5), nöbet sayısı 6 ve üzerinde olanların oranı (%40.2) artış (%44.1) göstermiştir. Ayrıca yaklaşık yarısının günlük ortalama çalışma süresi önceki çalışmaya benzer şekilde sekiz saatin üzerindedir. Kıdem artışı ile nöbet sayısı ve çalışma süresinde beklenen azalma görülmemektedir. Bu durum iş yükünü karşılamaya yetecek düzeyde tıpta uzmanlık öğrencisi kadrosu açılmamış olmasından kaynaklanabilir. İş yükü algısı orta olanlar %47.0, ağır olanlar %36.3, çok ağır olanlar %10.8'dir ve zaman içinde pek değişmemiştir. İşten memnuniyeti çok yüksek olanlar grubun %7.8'ini, yüksek olanlar %42.2'sini, orta olanlar %40.2'sini oluşturmaktadır ve bir yıl sonra iş memnuniyeti çok yüksek olanların oranı biraz artmıştır. İş yükü algısı ve işten memnuniyet düzeylerinde görülen değişimin çok az olması daha önceki sebeplere bağlanabilir. Araştırmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinden %42.2'si sözlü, %4.9'u fiziksel şiddete uğradığını ifade etmiştir. Türkiye'de sağlık çalışanlarını işyeri şiddetine uğrama açısından değerlendiren iki kapsamlı çalışmada hekimlerde sözlü şiddet sıklığı %56.9 ile %72.8; fiziksel şiddet sıklığı %10.5 ile %13.4 olarak saptanmıştır (47, 48). Türkiye'de tıpta uzmanlık öğrencilerini kapsayan bir araştırmada sözlü şiddet sıklığı %67, fiziksel şiddet sıklığı %16 olarak bulunmuştur (49). Bizim çalışmamızda saptanan değerler Türkiye'deki değerlerden düşüktür. Bu durum çalışmanın üniversite hastanesinde yürütülmüş olmasından kaynaklanabileceği gibi katılımcıların şiddet durumunu kanıksayarak daha az ifade etmiş olmalarından da kaynaklanabilir.

5.2. Yıldırı ile İlişkili Bulgular

Araştırmanın temel bağımsız değişkeni olan yıldırı düzeyi ilk çalışmada belirlenmiş olup şimdiki çalışmaya katılanların önceki verileri değerlendirildiğinde yıldırı puan ortalaması 212.0 ± 30.2 ; ortancası 213.5 (124-255) ile önceki çalışma değerlerine çok yakındır (7). Yapılan benzer çalışmalarda aynı ölçek farklı şekillerde uyarlandığı için karşılaştırma yapmak mümkün olamamıştır.

Yıldırı algısı da yıldırı düzeyine benzer şekilde önceki çalışma verilerinden elde edilerek değerlendirilmiştir. Tanımı yapılarak sorgulanan yıldırıya çok nadir veya hiçbir zaman yanıtını verenlerin sıklığı %60.8; bazen, sık ve çok sık uğradığını ifade edenlerin sıklığı %39.2'dir ve önceki çalışma değerlerine çok yakındır.

Türkiye’de hekimleri de kapsayan sağlık personelinde yapılan çalışmalarda yıldırı sıklığı %17.4-90.0 arasında değişmektedir (14, 29-34) (Ek Tablo 7). Çamcı ve Kutlu 2009 yılında Kocaeli’nde 270 gönüllü sağlık çalışanında yıldırı sıklığını %17.4 olarak saptamıştır (29). Şiddet sıklığını ölçmeyi amaçlayan bu çalışma yıldırıyı ayırt etmekte yetersiz kalmış olabilir. Özen Çöl’ün 2008 yılında yayımlanan, Muğla’da gönüllü 272 sağlık personeli ile yürüttüğü çalışmada yıldırı sıklığı %34.9’dur (30). Bazı hastane yöneticileri araştırmaya izin vermemiştir bu da yan tutmaya neden olarak sıklığın düşük olmasına yol açmış olabilir. Kars’ta 167 sağlık personelinin değerlendirildiği 2009 yılında yayımlanan araştırmada yıldırı sıklığı %35.3 olarak belirlenmiştir (14). Örnek seçimi veya ulaşma oranı belirtilmediğinden araştırmanın genellenebilirliği tartışmalıdır. Bizim çalışmamızda saptanan değer %39.2’dir ve bu çalışma sonucuna yakındır. Bizim çalışmamızda yıldırının ayrıntılı tanımı yapılmış olup yıldırı sıklığı beş adet seçenek ile değerlendirilmiştir. ‘Çok nadir’ yanıtını verenler yıldırıya uğramamış olarak değerlendirildiği için bizim bulduğumuz sıklık gerçek değer altında kalmış olabilir. Kılıç’ın 2012 yılında Kars’ta 117’si hekim olan 390 sağlık personelinde yaptığı çalışmada hekimlerde yıldırı sıklığı %62.4’tür (31). Araştırmanın ulaşma oranı %60.9 olup evreni temsil etme olasılığı düşüktür. Aykut G ve arkadaşlarının Türkiye’de anestezi ve reanimasyon anabilim dalında çalışan 101 gönüllü tıpta uzmanlık öğrencisi ile yaptığı 2016 yılında yayımlanan çalışmalarında yıldırı sıklığı %69.3’tür (32). Sıklığın yüksek olması bu branşın yıldırı ile karşılaşma açısından riskli olmasından kaynaklanabilir. Şahin B ve arkadaşlarının 2009 yılında askeri görevini yapan sivil 278 erkek hekimde yaptıkları çalışmada yıldırı sıklığı %87.7’dir (33). Yıldırı sorgulanan kırk beş maddeden birisine evet yanıtını verenlerde var kabul edildiği için sıklık gerçek değer üzerinde olabilir. Benzer şekilde, 2006 yılında web üzerinden gönüllü 880 akademik personel ile yapılan bir çalışmada da yıldırı sıklığı oldukça yüksek (%90.0) bulunmuştur (34). Çalışmaya gönüllüler katılmış olduğu ve yıldırı, bir önceki çalışmada olduğu gibi, sorgulanan otuz üç maddeden birine evet diyenlerde var kabul edildiği için beklenenden yüksek bulunmuş olabilir.

Yurt dışında literatürde hekimlerde yapılan çalışmalarda yıldırı sıklığı %12.9-76.0 arasındadır (35-38, 50) (Ek Tablo 8). İki bin yılında uluslar arası yürütülen bir projede, yaklaşık altı bin sağlık çalışanında öznel olarak değerlendirilen yıldırı sıklığı Avustralya’da %10.5, Tayland’ta %10.7, Brezilya’da %15.2, Portekiz’de hastane çalışanlarında %16.5 sağlık merkezinde çalışanlarda %23, Güney Afrika’da %20.6, Lübnan’da %22.1, Bulgaristan’da %30.9 olarak saptanmıştır (28). Güney Almanya’da eğitiminin iki ve üçüncü yılında olan 507 tıp asistanı ile yürütülen çalışmada 2004 yılında yıldırı sıklığı %12.9, bir yıl sonra %14.9, üç yıl sonra %15.9 olarak saptanmıştır (35). Macau’da 2014 yılında 107 doktor ve 613 hemşirede yıldırı sıklığı değerlendirilmiş ve bu oran doktorlarda %14.2 olarak saptanmıştır (50). Ulaşma oranı %80 olarak belirtilen bu çalışmada örnek seçim yöntemi belirtilmemiştir bu durum genelleme yapma konusunu tartışmalı kılmaktadır. Birleşik Krallık’ta İngiltere Tıp Derneğine üye 594 asistan hekim üzerinde yapılan ve 2002 yılında yayımlanan çalışmada yıldırı sıklığı %37 bulunmuştur (37). Yazar tarafından daha yüksek olabileceği belirtilen bu sıklık bizim çalışmamızdaki değere çok yakındır. Araştırmanın temsiliyet gücü kısıtlı olsa da katılımcıların araştırma görevlisi olması bizim çalışmamız ile olan benzerliği açıklayabilir. Sun ve arkadaşlarının Çin’in otuz ilinde çalışan 1740 doktor ile yaptıkları çalışmada yıldırı sıklığı %40.2 olarak saptanmıştır (38). İşyeri şiddetini ölçmeyi amaçlayan bu çalışmanın sonucu bizim çalışmamıza çok yakındır. Ancak çalışma online olarak yapılmıştır, şiddete uğrayanlar belki daha fazla katılarak beklenenden yüksek bir sonuca neden olmuş olabilirler. Bosna Hersek’te 2004-2005 yıllarında çeşitli branşlarda çalışan 511 hekimde yıldırı sıklığı değerlendirilmiştir (36). Yıldırıya uğrama sıklığı bizim çalışmamıza benzer şekilde ‘her gün’, ‘sık’, ‘bazen’, ‘nadiren’, ‘hiçbir zaman’ olarak beşli Likert tipinde ölçülmüştür. ‘Hiçbir zaman’ seçeneği dışında kalanların yıldırıya uğradığı kabul edilerek bu sıklık %76 olarak bulunmuş ve yüksek olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda değerlendirilen şekilde ‘her gün’, ‘sıklıkla’ ve ‘bazen’ yanıtını verenler hesaplandığında bu sıklık %51 olarak bulunmuştur ve bizim çalışmamızdaki %39.2 olan sıklığın da üzerinde kalmıştır (36). Bulunan değer benzer çalışmalardan daha yüksek olduğu, bunun yıldırının tanımı ve ölçümündeki farklılıklardan kaynaklanabileceği belirtilmiştir.

Çalışmaların çoğunda yıldırı farklı yöntemler ile ölçülmüştür ve yıldırının sürekliliği değerlendirilmemiştir. Bu nedenle saptanan sıklıklar geniş bir aralıktadır ve gerçek değeri doğru tahmin etmek zordur. Ayrıca çalışma gruplarının çoğu evrenini temsil etmediği için genelleme yapmakta da dikkatli olunmalıdır. Tüm bunlarla birlikte hekimlerde yıldırının yaygın olduğu gerçeği de yadsınmamalıdır.



5.3. Depresyon Belirti Sıklığı ve İlişkili Bulgular

Dünyada hekimlerin ruhsal sağlığına olan ilgi 1960'lı yoğunlaşmış ve bir süre önemini korumuştur. Zaman içerisinde ilgi bu konuya karşı azalmış, hekimlerin öz kıyım davranışına ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal sağlık sorunlarına yönelmiştir. İleriye yönelik çalışmalar da tıp fakültesi öğrencilerinde yoğunlaşmıştır. Konuyla ilgili çalışmalar ya çok eskidir ya da karşılaştırılabilir nitelikte değildir.

Ruhsal sağlık sorunları araştırmalarda genellikle ölçekler aracılığıyla değerlendirilmektedir. Bu konuyla ilgili çeşitli ve fazla sayıda ölçek bulunmaktadır. Bu durum hem klinik tanı sıklığını doğru olarak saptamada hem de farklı ölçeklerin karşılaştırılmasında kısıtlılığa yol açmaktadır. Ayrıca hastalığın yıllar içindeki seyrini değerlendirmek de zorlaşmaktadır. Bizim çalışmamızda depresyon belirti sıklığı sık kullanılan ölçeklerden biri olan BDÖ ile değerlendirilmiştir. Çalışmamıza katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinde BDÖ ile değerlendirilen depresyon belirti insidansı %8.8, depresyon belirti puan ortalaması 6.2 ± 6.1 ; ortancası 4.5(0-25) olarak saptanmıştır. Hekimlerin ruh sağlığını değerlendiren araştırmalar genellikle kesitsel tiptedir ve ileriye yönelik az sayıdaki çalışmada ise karşılaştırılabilir veri bulunamamıştır. Bu nedenle depresyonun dünya genelindeki tahmini sıklığı ile karşılaştırma yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2017 yılında depresyon ile ilişkili bir rapor yayınlamıştır. Bu raporda küresel depresyon sıklığı 2015 yılı için %4.4 olarak tahmin edilmektedir. Bizim çalışmamızın sonucu olan %8.8 bu değerin üzerindedir. Hekimler zorlu eğitim süreçleri ve çalışma koşulları nedeniyle depresyon gelişimi açısından risk altındadır. Bizim bulduğumuz sıklığın genel toplum değerinden yüksek olması beklenen bir sonuçtur (51).

Yurt dışında hekimlerde yapılan bazı çalışmalar değerlendirildiğinde depresyon belirti sıklığı Brezilya'da iç hastalıkları asistanlığı eğitiminin ilk yılındaki 59 hekimde %33.4 (52), Çin'de 1488 hekimde %65.3 (53), Norveç'te 836 hekimde %10.0 (54) olarak belirlenmiştir. Türkiye'de hekimlerde depresyon belirtisini değerlendiren ileriye yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlerde yapılan bazı kesitsel çalışmalarda depresyon belirti sıklığı %15.6 ile 45.5 arasında bulunmuştur (4-8). Görüldüğü gibi tüm bu çalışmalarda hekimlerde depresyon belirti sıklığı bizim sonucumuza benzer şekilde toplumda beklenen değerin üzerinde saptanmıştır.

Sosyo-demografik özellikler değerlendirildiğinde cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olma ile depresyon belirti insidansı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aslında depresyon kadınlarda ve evli olmayanlarda daha sık görülmektedir (16, 55). Bizim çalışmamızda benzer sonuca ulaşılamamış olması, ulaşma oranının düşüklüğü nedeniyle çalışmanın gücünün düşük olmasından kaynaklanabilir. Genel olarak toplumda ve hekimlerde depresyon sıklığı yaşla birlikte artmaktadır (55, 56). Bizim çalışmamızda da anlamlı olmasa da yaş grubu 30-36 olanlarda depresyon belirti insidansı (%11.1), 25-29 olanlardan (%8.3) daha yüksektir. Beklendiği gibi gelir algısı orta ve kötü olanlarda depresyon belirti sıklığı (%10.0) iyi olanlardan (%4.5) daha fazladır ($p=0,680$) (16, 55). Depresyon belirti insidansı cerrahi bilimlerde çalışanlarda (%14.8), dahili bilimlerde çalışanlardan (%6.8) daha fazladır ($p=0.247$). Aynı kurumda yaklaşık on yıl önce yapılan kesitsel bir çalışmada da benzer sonuca ulaşılmış olup (6) bunun sebebi çalışma koşullarının cerrahi bilimlerde daha ağır olması olabilir. Sağlık durumu değerlendirildiğinde depresyon insidansı kronik hastalığı olanlarda (%11.1) olmayanlardan (%8.6) daha yüksek bulunmuştur ($p=0.580$). Buğdaycı (9) da hekimlerde yürüttüğü çalışmada depresyonu kronik hastalığı olanlarda daha sık saptamıştır. Kronik hastalıklar yaşam kalitesini düşürerek ve yaşam şartlarını zorlaştırarak kişide depresyona eğilim yaratabilir. Çalışma koşulları değerlendirildiğinde nöbet sayısı ve günlük çalışma süresi beklenenin aksine depresyon gelişimi için risk olarak saptanmamıştır. Bu durum çalışmanın gücünün düşük olmasına bağlı olarak bu riski belirleyememesinden kaynaklanabilir. İş yükü algısı ağır, işten memnuniyet düzeyi orta ve düşük olanlar ile çalıştığı anabilim dalında şiddete uğrayanlarda depresyon belirti insidansı anlamlı düzeyde olmasa da daha fazladır. İlişkinin anlamlı olmaması, daha önce de vurgulandığı gibi, çalışmanın gücünün yetersiz olmasından kaynaklanabilir.

5.4. Yıldırı ile Depresyon İlişkisi

Çalışmada yıldırı üç şekilde değerlendirilmiştir. Birincisi yıldırı düzeyidir; ilk çalışmada uygulanan LUPTÖ ile yapılan değerlendirme sonucu yıldırı düzeyi düşük ve yüksek olan iki grup belirlenmiştir. Başlangıçta depresyon belirtisi olmayan ve yıldırı düzeyi yüksek olanlarda bir yıl sonra depresyon belirti insidansı, yıldırı düzeyi düşük olanların iki katı olarak saptanmıştır;ancak anlamlı değildir ($p=0.487$, $RR=2.0$, $GA=0.52-7.56$). İkinci değerlendirme şekli yıldırı algısıdır; yıldırı algısı da ilk çalışmada beşli Likert tipi ölçekle değerlendirilmiştir. Yıldırı algısı çok sık, sık veya bazen olanlarda bir yıl sonraki depresyon belirti insidansı, yıldırı algısı çok nadir veya hiçbir zaman olanlardan yaklaşık üç kat fazla saptanmıştır;ancak anlamlı değildir ($p=0.149$, $RR=3.1$, $GA=0.82-11.6$). Üçüncü değerlendirme son bir yıldaki yıldırı algısındaki değişimdir ve değişim arttı, aynı, azaldı şeklinde sorgulanmıştır. Son bir yıl içinde yıldırı algısı artanlarda depresyon belirti insidansı yıldırı algısı azalan veya değişiklik olmayanlardan yaklaşık sekiz kat anlamlı olarak daha fazladır ($p=0.003$, $RR=8.3$, $GA=2.69-25.41$).

İş yerinde karşılaşılan psiko-sosyal risk etmenleri ruhsal sağlık ile yakından ilişkilidir (Ek Tablo 9). Bir sistematik derlemede iş yerinde karşılaşılan aşırı iş yükü, yetersiz sosyal destek, yüksek iş talebi, iş stresi, monoton iş, düşük karar serbestliği, tehdit, şiddet ve yıldırı gibi etmenleri içeren psiko-sosyal risklerin yeni gelişen depresyon bulguları veya major depresyon açısından artmış risk oluşturduğu belirtilmiştir (41). Yıldırının ruh sağlığına olan etkisini değerlendiren bir meta-analizde kapsama alınan ileriye yönelik çalışmalarda başlangıçta yıldırıya maruz kalmanın ileride gelişebilecek ruhsal sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (11). Danimarka’da çalışma hayatındaki kişilerin değerlendirildiği iki farklı kohort grubu, yıldırıya maruz kalmanın depresyon üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yeni bir araştırmaya dahil edilmiştir (42). Beş bin yüz doksan sekiz kişi ikişer yıl ara ile toplamda üç kez değerlendirilmiş olup 9.120 sonuç değerlendirmeye alınmıştır. Yıldırı algısının ara sıra ve sıklıkla olduğu kişilerde iki yıl sonra depresyon gelişme riski asla olanlara göre sırasıyla 2.2 ve 9.6 kat artmış olarak belirlenmiştir (42). Yıldırının depresyon gelişimine olan etkisi başka bir meta analizde de incelenmiştir (10). Depresyon gelişimi açısından başka risk etmenlerini de değerlendiren bu meta-analizde, yıldırıyla ilişkili 15.173 kişiyi içeren üç araştırma değerlendirilmiştir. Sonuç olarak yıldırıya maruz kalan çalışanların depresyon bulguları geliştirme açısından risk altında olduğu, araştırma sonuçlarının çok tutarlı ve üç çalışmadan elde edilen ağırlıklı tahmini rölatif riskin yüksek olduğu (2.82;2.21-3.59) belirtilmiştir. Bu üç çalışmadan biri Finlandiya’da yüzde yedisi doktor olan 5.655 hastane çalışanında yürütülmüştür (57). Bu araştırma verileri 1998 ve 2000 yıllarında elde edilmiş olup her iki dönemde de yıldırıya uğradığını ifade edenlerde yaş, cinsiyet ve gelire göre düzeltildiğinde, yeni tanı konulan depresyon için tahmini rölatif risk 4.8, yalnızca bir dönemde yıldırıya maruz kalanlarda 2.3 olarak saptanmıştır. İspanya’da zihinsel engellilerle ilgilenen sağlık çalışanlarını da içeren çeşitli mesleklere mensup 372 kişi bir yıl ara ile yıldırı ve depresyon gelişimi açısından incelenmiştir (43). Araştırmaya katılanlar üç grupta değerlendirilmiştir; birinci grupta iki zaman diliminde de yıldırıya uğramayanlar, ikinci grupta yalnızca ilk değerlendirmede yıldırıya uğrayanlar, üçüncüde ise her iki dönemde de yıldırıya uğrayanlar yer almıştır. Bir yıl sonra depresyon belirtileri hiç yıldırıya uğramayan birinci grupta değişmemiş; yıldırının ortadan kalktığı ikinci grupta azalmış; yıldırının devam ettiği üçüncü grupta ise artmıştır. Bu çalışmanın sonucu yıldırı ortadan kaldırıldığında depresyon belirtilerinde gerileme olabileceğini düşündürmektedir. Güney Almanya’da çalışan 621 asistan hekim ile yürütülen çalışmada yıldırıya maruz kalanlarda depresyon sıklığındaki artış

hem kesitsel hem de bir ve üçüncü yıl izlemlerinde belirlenmiştir (35). Almanya’da birinci basamağa başvuran hastalar 2003-2012 yılları arasında geriye dönük olarak değerlendirilmiş, 2.625 yıldırı olgusu ile aynı sayıda kontrol üzerinde çalışma yapılmıştır (40). Yıldırıya maruz kalanların herhangi bir hastalık geliştirme riski ile özellikle birinci basamakta tanısı konan depresyon riski yaklaşık dört kat fazla saptanmıştır. Fransa’nın Güneydoğu’sunda çalışan 7694 kişi üzerinde yapılan kesitsel araştırmada yıldırı, depresyon açısından risk etmeni olarak saptanmıştır (39). Depresyon bulguları ile yıldırı süresi ve sıklığı yakından ilişkili bulunmuştur ve yalnızca gözlemci olanlarda bile depresyon daha sık olarak saptanmıştır.

Türkiye’de yıldırı ile depresyon ilişkisi inceleyen az sayıda tanımlayıcı ve kesitsel çalışma bulunmakla birlikte ileriye yönelik çalışmaya rastlanmamıştır (Ek tablo 10). Bu çalışmanın başlangıç verilerini oluşturan kesitsel araştırmada ulaşılan 361 tıpta uzmanlık öğrencisinde yıldırının depresyon riskini 3.2 kat artırdığı belirlenmiştir (7). Yaklaşık yarısı araştırma görevlisi olan 880 akademisyende yürütülen bir çalışmada yıldırıya maruz kaldığını ifade edenlerin %49’u depresyonda olduğunu düşünmektedir (34). Kars ilinde 167 sağlık çalışanında yürütülen araştırmada depresyon sıklığı yıldırıya maruz kalanlarda kalmayanlardan daha yüksek saptanmıştır (14). İzmir ilinde bir üniversite hastanesinde çalışan 284 hemşirede yıldırı ile ruhsal sağlık sorunu gelişme riski değerlendirilmiştir ve yıldırıya maruz kalanlarda riskin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (13). Bursa’da hekimleri de içeren sağlık çalışanları, öğretmenler ve polisler ile yürütülen kesitsel çalışmaya 944 kişi katılmıştır (15). Yıldırıya maruz kaldığını ifade edenlerde ölçek ile değerlendirilen depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (15). Başka bir çalışmada anestezi ve reanimasyon bilim dalında uzmanlık eğitimi alan 101 hekimde yıldırı algısı değerlendirilmiştir (32). Yıldırıya maruz kalanlarda şiddetli depresyon yaşantısı, kalmayanlardan beş kat daha fazla bulunmuştur; ancak aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bunun sebebi değerlendirmelerin tamamen öznel olması veya çalışmanın gücünün yetersiz olması olabilir (32)

Bizim çalışmamızda yıldırı düzeyi ‘‘yüksek olanlar’’, yıldırı algısı ‘‘çok sık, sık ve bazen’’ olanlar ve ‘son bir yıldaki yıldırı algısı’ artanlarda depresyon insidansı daha yüksektir. Bu bulgular yukarıda belirtilen tüm çalışma sonuçları ile uyumludur. Ancak bizim çalışmamızda ‘yıldırı düzeyi’ ve ‘son bir yıldaki yıldırı algısı’ ile depresyon arasındaki ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu nedenle geriye yönelik güç analizi yapılmıştır. Bu değişkenler açısından çalışmanın gücü %80’nin altında kalmaktadır. Çalışmamızın gücünün düşük olması nedeniyle mevcut olan ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamış olabilir. Çalışmamıza katılanlar arasında ‘son bir yıldaki yıldırı algısı’ artanlarda ise depresyon belirti insidansı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur ($p=0.003$).

Yıldırı işyerinde karşılaşılan önemli stres faktörlerinden biridir. Mağdurda korku, yetersizlik, yalnızlık, çaresizlik gibi duygulara yol açarak özgüvenini yıkabilmektedir. Kişi dışlanarak sosyal destekten uzaklaştırılmakta ve yardım dahi arayamaz duruma düşürülmektedir. Böylece kişide işi ve hayatı hakkında olumsuz algı oluşabilmektedir. Yıldırının neden olduğu tüm bu olumsuzluklar mağdurda depresyon gelişimini tetikleyebilir.

5.4. Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Çalışmamız Türkiye’de bu konuyu değerlendiren ilk izlem çalışması olması açısından değerlidir; bu konuda yayınlanmış bir makale bulunamamıştır. Çalışmada yıldırı algısı hem geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçek, hem de öznel algıyı değerlendiren bir soru ile sorgulanmıştır. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmaların bazıları öznel yıldırı algısını tek bir soru ile değerlendirmiş, bazıları sürekliliğini sorgulamamış, bazıları ise ölçekteki tek bir soruya evet demeyi ‘var’ kabul etmiştir. Bu durum yıldırı olgusunu göreceli hale getirmektedir. Ayrıca yıldırı sıklığını doğru tahmin etmeyi ve bu sıklığı diğer çalışmalar ile karşılaştırmayı zorlaştırmaktadır. Bizim çalışmamızda yıldırı olgusu standart bir ölçek ile, sıklığı sürekliliği değerlendiren doğru bir tanım ile sorgulandı. Bunlar çalışmamızın güçlü yanlarını oluşturmaktadır.

Hekimler üzerinde yapılan araştırmalarda çalışma koşullarının zorluğu nedeniyle ulaşma oranları düşük olabilmektedir. Bizim çalışmamıza katılım oranı %63’tür. Bu değer bu konuda Türkiye’de ve yurt dışında yapılan kesitsel çalışmaların ulaşma oranına yakın olsa da bir izlem çalışması için düşüktür. Bu çalışma ‘yıldırı düzeyi’ ve ‘yıldırı algısı’ değişkenlerinin depresyon ile ilişkisini değerlendirmeye yönelik yeterli güce ulaşamamıştır. Bu durum da mevcut ilişkinin istatistiksel olarak anlamlılığını gösterememesine neden olmuş olabilir.

Araştırmanın başlangıcı ile izlemin yapıldığı süre boyunca kurumdan istifa ile ayrılanlar veya yeniden tercih yaparak yer değiştirenler olmuştur. Ayrılanlar daha çok stres altında olan ve yıldırı ile daha fazla karşılaşanlar olabilir. Bu durumda sağlıklı işçi etkisinden söz edilebilir ve saptadığımız sıklık gerçek değerinin altında kalmış olabilir.

6. SONUC VE ÖNERİLER

Çalışmamızda tıpta uzmanlık öğrencilerinde yıldırımın depresyon ile ilişkisi ileriye yönelik olarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde yıldırı düzeyi ‘yüksek’, yıldırı algısı ‘çok sık, sık ve bazen’ olanlar ve ‘son bir yıldaki yıldırı algısı’ artanlarda depresyon riski literatürle uyumlu olarak daha fazla saptanmıştır. Ancak ilk iki değişken ile olan ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum çalışmanın gücünün yeterli olmamasından kaynaklanabilir.

Araştırmalarda yıldırı ve sonuçlarına verilen önem artmaktadır. Bu olumlu bir gelişmedir ancak yıldırıyı doğru değerlendirmek için standart bir yöntem geliştirilmesi gerekmektedir. Böylece gerçek sıklık daha doğru tahmin edilebilecektir. İş hayatında yıldırıya maruziyet tahmin edilenden çok daha fazla olabilir. Bu nedenle yıldırı iş sağlığı ve güvenliği ekiplerinin rutin değerlendirmelerine dahil edilmeli ve yıldırımın takibi için surveyans sistemi oluşturulmalıdır. Ayrıca pek çok sektörü temsil eden büyük çaplı çalışmalar risk gruplarının belirlenmesine katkı sunabilir. Bundan sonraki aşamada ise yıldırıyı önlemeye yönelik girişimler planlanabilecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Öztürk OM, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları I. Onikinci Baskı. . Ankara2014.
2. Kalaça S. Ruh Sağlığı Sorunları-KıSA Anketi. Ünal B, Ergör G, editors. Ankara2013.
3. Elliott L, Tan J, Norris S. The Mental Health of Doctors, A Systematic Literature Review. Beyond Blue Limited 2010.
4. Başpınar R, Cihan F, Kutlu R. Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg. 2016;7(25):1-9.
5. Demir F, Ay P, Erbaş M, Özdil M, Yaşar E. İstanbul’da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(1):31-7.
6. Demiral Y, Akvardar Y, Ergör A, Ergör G. Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumunun Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006;20(3):157-64.
7. Demirpençe N. Bir Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinde Yıldırımın Depresyon Belirti Sıklığına Etkisi [Uzmanlık Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2016.
8. Mayda A, Yıldırım S, Gündeş Ş, Genç E, Erbaş M. AİBÜ Düzce Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinde Depresyon Ve Öfke Durumunun İşyerinde Maruz Kaldıkları Şiddetle İlgisi. Sağlık ve Toplum. 2005;15(4):52-6.
9. Buğdaycı R, Kurt AO, Öner S. Mersin İli’nde Pratisyen ve Uzman Hekimlerde Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007;26(1):32-6.
10. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, Traskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, et al. A Systematic Review Including Meta-analysis of Work Environment and Depressive Symptoms. BMC public health. 2015;15:738.
11. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace Bullying and Mental Health: A Meta-Analysis on Cross-Sectional and Longitudinal Data. PLoS ONE 10(8): e0135225 doi:10.1371/journal.pone.0135225. 2015;10(8):1-16.
12. Yiğitbaş Ç, Deveci SE. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2011;11(42):23-8.
13. Bardakçı E. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşadığı Mobbingin Ruhsal Sağlıklarına Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2014.
14. Yıldız S, Eliş Yıldız S. Bullying ve Depresyon Arasındaki İlişki: Kars İlindeki Sağlık Çalışanlarında Bir Araştırma. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2009;8(15):133-50.
15. Bilgel N, Aytac S, N B. Bullying in Turkish white-collar workers. Occupational Medicine. 2006 (56):226-31.
16. Yüksel N. Ruhsal hastalıklar. Üçüncü baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006.
17. Mathers C, Boerma T, Doris MF. The global burden of disease: 2004 update. Switzerland: World Health Organization; 2008.
18. Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti; 2006.
19. Mata DA, Ramos M, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2015;314(22):2373-83.
20. Erol A, Sarıçiçek A, Gülseren Ş. Asistan Hekimlerde tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8:241-7.
21. Yavaşcaoglu B, Aydın B, Karataş EG, Kaya FN, Özcan B, Kırılı S. Anestezi Asistanlarında Nöbetin Bilişsel İşlevler ve Ruhsal Durum Üzerine Etkisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;33(2):75-9.

22. Özbay HM, Gökta E, Soygür H, Aybaş M, Sönmez M, Akdemir A, et al. Hekimlerde Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Üzerine Bir Çalışma. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*. 1993;1(3):221-31.
23. Bilici M, Mete F, Soylu C, Bekaroğlu M, Kavakçı Ö. Bir Grup Akademisyende Depresyon ve Tükenme Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9(3):181-9.
24. Kocabaşoğlu N, Vural M, Uludüz Uğurlu D. Uzman ve Asistan Statüsündeki Bir Grup Hekimde Mesleki Doygunluk, Depresyon ve Çalışma Karakteristiği İlişkisinin İncelenmesi. *Yeni Symposium*. 2001 (4):168-73.
25. Davenport N, Schwartz RD, Elliott GP. Mobbing: İşyerinde Duygusal Taciz (çeviren Osman Cem ÖnerToy) İzmir: Sistem Yayıncılık; 2003.
26. Polat O, Pakiş İ. Mobbing: İşyerinde Psikolojik Taciz. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;3(4):211-7.
27. Leymann H. The Content and Development of Mobbing at Work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996;5(2):165-84.
28. Di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector. Country Case Studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an Additional Australian study: Synthesis Report. ILO/ICN/WHO/PSI, Geneva. 2002.
29. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2011;2(1):9-16.
30. Özen Çöl S. İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum*. 2008;4:107-34.
31. Kılıç N. Sağlık Çalışanlarında Mobbing Algısı ve İş Doyumunun Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2013.
32. Aykut G, Mercanoğlu Efe E, Bayraktar S, Şentürk S, Başeğmez İ, Özkumit Ö, et al. Mobbing Exposure of Anaesthesiology Residents in Turkey. *Turk J Anaesthesiol Reanim*. 2016 (44):177-89.
33. Şahin B, Cetin M, Cimen M, Yildiran N. Assessment of Turkish junior male physicians’ exposure to mobbing behavior. *Croat Med J*. 2012 (53):357-66.
34. Yıldırım D, Yıldırım A. Sağlık Alanında Çalışan Akademisyenlerin Karşılaştıkları Psikolojik Şiddet Davranışları ve Bu Davranışların Etkileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2010;30(2):559-70.
35. Loerbroks A, Weigl M, Li J, Glaser J, Degen C, Angerer P. Workplace Bullying and Depressive Symptoms: a Prospective Study Among Junior Physicians in Germany. *Journal of psychosomatic research*. 2015;78:168-72.
36. Pranjić N, Males-Bilić L, Beganlić A, Mustajbegović J. Mobbing, Stress, and Work Ability Index among Physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. *Croatian Medical Journal*. 2006;47:750-8.
37. Quine L. Workplace Bullying in Junior Doctors: Questionnaire Survey. *BMJ*. 2002;324:878-9.
38. Sun T, Gao L, Li F, Shi Y, Xie F, Wang J, et al. Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large crosssectional study. *BMJ Open*. 2017 (7):017182.
39. Niedhammer I, David S, S D, physicians o. Association Between Workplace Bullying and Depressive Symptoms in the French Working Population. *Journal of psychosomatic research*. 2006;61:251-9.
40. Kostev K, Rex J, Hog D, Hailmaier C. Risk of Psychiatric and Neurological Diseases in Patients with Workplace Mobbing Experience in Germany: A Retrospective Database Analysis. *GMS German Medical Science*. 2014;12.
41. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 2008 (65):438-45.
42. Gullander M, Hogh A, Hansen AM, Persson R, Rugulies R, Kolstad HA, et al. Exposure to Workplace Bullying and Risk of Depression. *JOEM*. 2014;56(12):1258-65.

43. Figueiredo-Ferraz H, Gil-Monte PR, Olivares-Faundez VE. Influence of Mobbing (Workplace Bullying) on Depressive Symptoms: a Longitudinal Study Among Employees Working with People with Intellectual Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2015;59(1):39-47.
44. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
45. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7(23):3-13.
46. Körükcü Ö, Bulut O, Tuzcu A, Bayram Z, Öztürk Türkmen H. An Adaptation of Leymann Inventory of Psychological Terror to Health Science Programs in Turkey. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2014;15:335-43.
47. Pinar T, Acikel C, Pinar G, Karabulut E, Saygun M, Bariskın E, et al. Workplace Violence in the Health Sector in Turkey: A National Study. *Journal of Interpersonal Violence*. 2015:1-21.
48. Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2011;31(6):1442-56.
49. Acik Y, Deveci E, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occupational Medicine*. 2008;58:361–6.
50. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 (14):879.
51. World, Health, Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA3.0 IGO.; 2017.
52. Peterlini M, Tiberio IFLC, Saadeh A, Pereira JCR, Martins MA. Anxiety and Depression in the First Year of Medical Residency Training. *Medical Education*. 2002;36:66-72.
53. Wang J, Sun W, Chi T, Wu H, Wang L. Prevalence and Associated Factors of Depressive Symptoms among Chinese Doctors: a cross-sectional survey. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010 (83):905-11.
54. Vaglum P, Falkum E. Self-criticism, Dependency and Depressive Symptoms in a Nationwide Sample of Norwegian Physicians. *Journal of Affective Disorders*. 1999;52:153-9.
55. Doğan O. *Psikiyatrik Epidemiyoloji*. Sivas: Esform Ofset; 2011
56. Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, Hendin H, et al. Confronting Depression and Suicide in Physicians. *JAMA*. 2003;289(23):3161-6.
57. Kivimäki M, Virtanen M, Vartiainen M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L. Workplace Bullying and the Risk of Cardiovascular Disease and Depression. *Occupational and Environmental Medicine*. 2003;60(10):779-83.

8. EKLER

8.1. Ek Tablolar

Ek Tablo 1- Cinsiyete Göre Araştırma Evrenine Ulaşma Durumu

	Ulaşılan		Ulaşılamayan		Toplam		p*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	0.155
Erkek	56	68.3	26	31.7	82	100.0	
Kadın	46	57.5	34	42.5	80	100.0	
Toplam	102	100.0	60	100.0	162	100.0	

*Mann Whitney U testi

Ek Tablo 2- Tıp Bilimlerine Göre Araştırma Evrenine Ulaşma Durumu

	Ulaşılan		Ulaşılamayan		Toplam		p *
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	0.394
Dahili Tıp Bilimleri	73	64.6	40	35.4	113	100.0	
Cerrahi Tıp Bilimleri	27	57.4	20	42.6	47	100.0	
Toplam	100	62.3	62	37.7	160**	100.0	

*Ki-kare

**Temel tıp bilimlerinde çalışan iki kişi dahil edilmemiştir.

Ek Tablo 3 - Türkiye’de Sağlık Çalışanlarında Yıldırı Sıklığı

Yer	Yıl	Katılımcılar	Sıklık
Türkiye (web) Yıldırım, Dilek Yıldırım, Aytolan	2006	İnternet sitesine üye olan 880 akademik personel	%90.0 (son bir yılda en az bir davranış)
Muğla Özen Çöl, Serap	yayın: 2008	Muğla’daki hastanelerde çalışan gönüllü 272 sağlık personeli	%34.9 (son altı ay)
Kars Yıldız, Sabahattin Eliş Yıldız, Sevda	yayın: 2009	Kars ilinde çalışan 167 sağlık personeli	%35.3 (süreklilik değerlendirilmemiş)
Samsun Şahin, Bayram ve ark.	2009	Askeri görevini yapan sivil 278 erkek hekim	%87.7 (son bir yılda en az bir davranış)
Kars Kılıç, Nurhayat	2012	Kars il merkezinde en az bir yıldır çalışan 117 tanesi hekim olan toplam 390 sağlık personeli	%62.4 (hekimlerde) %57.5 (tüm katılımcılarda-süreklilik değerlendirilmemiş)
Kocaeli Çamcı, Oya Kutlu, Yasemin	2009- 2010	Kocaeli’nde 2 ve 3. Basamakta çalışan 270 gönüllü sağlık çalışanı	%17.4 (süreklilik değerlendirilmemiş)
Türkiye Aykut, Gülnihal	yayın: 2016	Türkiye’de anestezi ve reanimasyon anabilim dalında çalışan 101 gönüllü tıpta uzmanlık öğrencisi	%69.3 (eğitimleri boyunca yıldıırıya uğrama-süreklilik değerlendirilmemiş)

Ek Tablo 4 - Yurt dışında Hekimlerde Yıldırı Sıklığı

İsim, Yer	Yıl	Katılımcılar	Sıklık
Leorbroks, Güney Almanya	2004	Güney Almanya’da eğitiminin iki ve üçüncü yılında olan 507 tıp asistanı(evren1000)	Başlangıçta mobbing sıklığı %12.9 bir yıl sonra %14.9 üç yıl sonra %15.9
Cheung, Macau	2014	Macau’da çalışan 107 doktor ve 613 hemşire	Doktorlarda %14.2
Quine, UK	Yayın: 2002	İngiltere Tıp Derneğine üye 594 hekim	Yıldırı sıklığı %37
Sun, Çin	2016	Çin’in otuz ilinde çalışan 1740 doktor	Yıldırı sıklığı %40.2
Pranjik, Bosna Hersek	2004-2005	Bosna Hersek’te çeşitli branşlarda çalışan 511 hekim	Her gün, sıklıkla ve bazen yıldırıya uğrayanlar %51

Ek Tablo 5 - Yıldırı ile Depresyon İlişkisini Değerlendiren Bazı Yurt dışı Çalışmalar

Yer ve yayın yılı	Katılımcılar	Araştırmanın tipi	Yıldırı ruh sağlığı/depresyon ilişkisi
Bonde JPE (2008)	63.000 çalışanı kapsayan 16 ileriye yönelik araştırma	Meta-analiz	Yıldırıyı da içeren psiko-sosyal riskler yeni gelişen depresyon açısından risk
Verkuil B Atasayi S Molendijk ML (2015)	Yıldırının ruh sağlığına olan etkisini değerlendiren 42 kesitsel 21 ileriye yönelik çalışma	Meta-analiz	Yıldırı depresyon ile ilişkili, İleriye yönelik çalışmalarda başlangıçta yıldırıya maruz kalma ruhsal sağlık sonuçları ile ilişkili
Theorell ve ark. (2015)	Yıldırı ile ilgili 15.173 kişiyi değerlendiren üç çalışma	Meta-analiz	Yıldırıya maruz kalma depresyon gelişmesi açısından risk Ağırlıklı tahmini rölatif risk 2.8
Gullander M ve ark. (2014)	Danimarka'da 5198 çalışan ikişer yıl ara ile üç kez değerlendirilmiş, 9.120 sonuç	Kohort	Yıldırıya ara sıra maruz kalanlarda depresyon gelişme riski 2.2 kat Yıldırıya sıklıkla maruz kalanlarda depresyon gelişme riski 9.6 kat fazla (ref:asla)
Kivimaki M Elovainio M Vahtera J	Finlandiya'da yüzde onu doktor olan hastane çalışanlarında	Kohort	Yeni tanı konulan depresyon için tahmini rölatif risk 4.8, yalnızca bir dönemde yıldırıya maruz kalanlarda 2.3 olarak saptanmıştır
Figueiredo-Ferraz H, Gil-Monte PR, Olivares-Faúndez VE	İspanya'da zihinsel yeti yitimi olanlarla çalışan sağlık personeli dahil çeşitli mesleklerle mensup 372 kişi	Longitudinal	Bir yıllık izlem sonunda yıldırının ortadan kalktığı grupta depresif belirtilerde anlamlı azalma Yıldırının devam ettiği grupta depresif belirtiler anlamlı artış
Loerbroks A ve ark. 2015	Güney Almanya'da çalışan 621 asistan doktor	Kohort	Yıldırıya maruz kalanlarda depresyon sıklığındaki artış hem kesitsel hem de bir ve üçüncü yıl izlemlerde saptanmış
Kostev K ve ark. 2014	Almanya'da birinci basamağa başvuran 2.625 mobbing olgusu ile 2.625 kontrol	Olgu-kontrol	Yıldırıya maruz kalanların birinci basamakta tanısı konan depresyon riski 4.3 kat fazla
Niedhammer I, David S, Degioanni S ve 143 işyeri hekimi	Fransa'nın Güneydoğu'sunda çalışan 7694 kişi	Kesitsel	Yıldırı depresyon açısından risk etmeni

Ek Tablo 6 - Yıldırı ile Depresyon ilişkisini Değerlendiren Yurt içi Çalışmalar

Yer ve yayın yılı	Katılımcılar	Araştırmanın tipi	Yıldırı ruh sağlığı/depresyon ilişkisi
Demirpençe N Uçku R (2015)	Tıpta uzmanlık öğrencisi	Kesitsel	Yıldırı varlığı depresyon riskini 3.2 kat artırmakta
Yıldırım D Yıldırım A 2010	Yaklaşık yarısı araştırma görevlisi olan 880 akademisyen (Türkiye,web)	Kesitsel	Yıldırıya maruz kaldığını ifade edenlerin %49'u depresyonda olduğunu düşünmekte
Yıldız S Eliş Yıldız S 2009	Kars ilinde 167 sağlık çalışanı	Tanımlayıcı/ Kesitsel*	Yıldırıya maruz kalanların depresyon ölçek puanları anlamlı olarak fazla
Bardakçı E 2014 (YL tezi)	İzmir ilinde bir üniversite hastanesinde çalışan 284 hemşirede	Tanımlayıcı	Ruhsal sağlık sorunu gelişme riski daha fazla
Bilgel N Aytac S Bayram N 2006	Bursa'da hekimleri de içeren sağlık çalışanları, öğretmenler ve polislerden oluşan 944 kişi	Kesitsel	Yıldırıya maruz kaldığını ifade edenlerde ölçek ile değerlendirilen depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek
Aykut G ve ark. 2016	Anestezi ve reanimasyon bilim dalında uzmanlık eğitimi alan 101 hekim	Tanımlayıcı*	Yıldırıya maruz kalanlarda şiddetli depresyon yaşantısı, kalmayanlardan beş kat daha fazla (anlamlı değil)

*Çalışma yazımında belirtilmemiştir

8.2. Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı

Bu çalışma DEÜTF Halk Sağlığı AD öğretim üyesi Prof. Dr. Reyhan Uçku'nun danışmanı olduğu araştırma görevlisi Nur Demirpençe'nin yüksek lisans tezidir. Araştırmanın amacı DEÜTF'de Mart-Haziran 2015 tarihlerinde verisi toplanan "Bir Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinde Yıldırımın(Mobbing) Depresyon Belirti Sıklığına Etkisi" isimli çalışmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinde yıldırı düzeyine göre bir yıl sonraki depresif belirti sıklığı değerlendirmektir. Veri toplama aracı bu anket formudur. Ön denemelerde anket formunun yaklaşık olarak 3 dakikada doldurulduğu gözlenmiştir. Çalışmaya katılımınız hekimlik yaşamının yıldırı ve depresyon açısından en riskli dönemi olan tıpta uzmanlık eğitimi döneminin riskleri hakkında literatüre katkı sunacaktır. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımınız durumunda tüm kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırma için DEÜTF Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Bu formu doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket numarası:.....

1. Doğum tarihiniz:.....(gün/ay/yıl olarak belirtiniz)
2. Cinsiyetiniz *(Uygun olanı işaretleyiniz)*
 - ☐ Kadın
 - ☐ Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
 - ☐ Evli
 - ☐ Hiç evlenmemiş
 - ☐ Boşanmış
4. Çocuğunuz var mı? Var ise kaç tane?
 - ☐ Yok ☐ Var
5. Hanenizin gelirini nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - ☐ Gelirim giderimden fazla
 - ☐ Gelirim giderim ile denk
 - ☐ Gelirim giderimden az
6. Kronik bir hastalığınız/hastalıklarınız var mı?
 - ☐ Hayır ☐ Evet
7. Meslek hayatınızda aktif çalışma süreniz nedir?yıl.....ay
8. Eğitim almakta olduğunuz anabilim dalının adı nedir?
.....
9. Çalıştığınız anabilim dalında eğitim aldığınız süre nedir?(yıl ve ay olarak belirtiniz)
.....yıl.....ay
10. Çalışmakta olduğunuz kadro nedir?
 - ☐ Üniversite ☐ Sağlık Bakanlığı ☐ Yabancı Uyruklu
11. Günlük ortalama çalışma süreniz nedir?
İşte geçirdiğim ortalama süre.....saat
12. Aylık tuttuğunuz ortalama nöbet sayısı kaçtır?.....

13. İş yükünüzü nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Çok hafif ☐ Hafif ☐ Orta ☐ Ağır ☐ Çok ağır

14. İşinizden memnuniyet düzeyiniz nedir?

- ☐ Hiç memnun değilim
☐ Memnun değilim
☐ Orta düzeyde memnunum
☐ Memnunum
☐ Çok memnunum

15. Çalıştığınız anabilim dalında eğitim aldığınız süre boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldınız mı (Birden fazla şık işaretlenebilir)?

- ☐ Hayır ☐ Evet ise türü nedir? ☐ Fiziksel ☐ Sözel

16. Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı? (Cevabınız hayır ise lütfen 19. soruya geçiniz)

- ☐ Evet ☐ Hayır

17. Evet ise bu nedenle doktora gittiniz mi? (Cevabınız hayır ise lütfen 19. soruya geçiniz)

- ☐ Evet ☐ Hayır

18. Bu nedenle doktora gittiyseniz ne tanı kondu?.....

19. Son altı ayda boşanma veya birinci derece yakın kaybı yaşadınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

20-40 numaralı maddeler **son bir (1) hafta içerisinde** kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yöneliktir. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretleyiniz.

20. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

21. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

22. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

23. (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.

24. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
25. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
26. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
27. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
28. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
29. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
30. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
31. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
32. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
33. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

34. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
35. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
36. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
37. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim
38. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum
39. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum
40. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.
41. **Yıldırı (mobbing)** işyerinde bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik bir biçimde uygulanan psikolojik bir terör olarak tanımlanmaktadır. Son bir yıl içinde böyle bir davranışa maruz kalma düzeyinizde nasıl bir değişiklik oldu?
- ☐ Değişiklik olmadı
☐ Arttı
☐ Azaldı

8.3. Başlangıç Çalışmasının Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı

Bu çalışma DEÜTF Halk Sağlığı AD öğretim üyesi Prof. Dr. Reyhan Uçku'nun danışmanı olduğu araştırma görevlisi Nur Demirpençe'nin uzmanlık tezidir. Araştırmanın amacı DEÜTF'de en az bir yıldır çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde depresyon belirti sıklığı ile yıldırı (mobbing) sıklığı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Veri toplama aracı bu anket formudur. Ön denemelerde anket formunun yaklaşık olarak 10 dakikada doldurulduğu gözlenmiştir. Çalışmaya katılımınız hekimlik yaşamının yıldırı ve depresyon açısından en riskli dönemi olan tıpta uzmanlık eğitimi döneminin riskleri hakkında literatüre katkı sunacaktır. Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımınız durumunda tüm kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırma için DEÜTF Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Bu formu doldurmanız çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket numarası:.....

1. Doğum tarihiniz:.....(gün/ay/yıl olarak belirtiniz)
2. Cinsiyetiniz (*Uygun olanı işaretleyiniz*)
☐ Kadın
☐ Erkek
3. Medeni durumunuz nedir?
☐ Evli, birlikte yaşıyor
☐ Evli, ayrı yaşıyor
☐ Hiç evlenmemiş
☐ Boşanmış
☐ Eşi ölmüş
4. Çocuğunuz var mı? Var ise kaç tane?
☐ Yok
☐ Var (sayı belirtiniz).....
5. Hanenizin gelirini nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Gelirim giderimden fazla
☐ Gelirim giderim ile denk
☐ Gelirim giderimden az
6. Kronik bir hastalığınız/hastalıklarınız var mı?
☐ Hayır
☐ Evet ise belirtiniz.....
7. Meslek hayatınızda aktif çalışma süreniz nedir?yıl.....ay
8. Eğitim almakta olduğunuz anabilim dalının adı nedir?
.....
9. Çalıştığınız anabilim dalında eğitim aldığınız süre nedir?(yıl ve ay olarak belirtiniz)
.....yıl.....ay

10. Çalışmakta olduğunuz kadro nedir?
☐ Üniversite
☐ Sağlık Bakanlığı
☐ Yabancı Uyruklu
11. Günlük ortalama çalışma süreniz nedir?
İşte geçirdiğim ortalama süre.....saat
İş dışında işle ilgili geçirdiğim süre.....saat
12. Aylık tuttuğunuz nöbet sayısı kaçtır?.....
13. İş yükünüzü nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Çok hafif
☐ Hafif
☐ Orta
☐ Ağır
☐ Çok ağır
14. İşinizden memnuniyet düzeyiniz nedir?
☐ Hiç memnun değilim
☐ Memnun değilim
☐ Orta düzeyde memnunum
☐ Memnunum
☐ Çok memnunum
15. Çalıştığınız anabilim dalında eğitim aldığınız süre boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldınız mı (Birden fazla şık işaretlenebilir)?
☐ Hayır
☐ Evet ise türü nedir? Fiziksel Sözel
16. Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı? (Cevabınız hayır ise lütfen 21. Soruya geçiniz)
☐ Evet
☐ Hayır
17. Evet ise bu nedenle doktora gittiniz mi? (Cevabınız hayır ise lütfen 21. Soruya geçiniz)
☐ Evet
☐ Hayır
18. Bu nedenle doktora gittiyseniz ne tanı kondu?
☐ Major depresyon
☐ Bipolar bozukluk
☐ Şizofreni
☐ Aksiyete bozukluğu
☐ Diğer(ise lütfen belirtiniz).....
19. Son altı ayda boşanma veya birinci derece yakın kaybı yaşadınız mı?
☐ Evet
☐ Hayır

20-40 numaralı maddeler son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yöneliktir. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretleyiniz.

20. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
21. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
22. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
23. (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
24. (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
25. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgıyım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
26. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
27. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
28. (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

29. (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
30. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
31. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
32. (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
33. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
34. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
35. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
36. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
37. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim

38. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum

39. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum

40. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirim diye düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

41. Yıldırı (mobbing) işyerinde bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik bir biçimde uygulanan psikolojik bir terör olarak tanımlanmaktadır. İşyerinizde böyle bir davranışa maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?

☐ Çok sık

☐ Sık

☐ Bazen

☐ Çok nadir

☐ Hiçbir zaman

42-92 arasındaki maddeler yıldırıya maruz kalma olasılıkları ile ilgilidir. Üstleriniz, iş arkadaşlarınız veya astlarınız tarafından son 1 yıl içerisinde **en az 6 aylık** bir zaman diliminde aşağıda belirtilen durumlara ne sıklıkla maruz kaldığınızı ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

İfadeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
42. Fakültemde bilgi ve becerilerimi gösterme olanaklarım kısıtlanır.					
43. Toplantılarda sözüm sürekli kesilir.					
44. Fakültemde başarılarım görmezlikten gelinir ve başarısızlıklarım abartılır.					
45. Zaman zaman yüksek sesle azarlanırım ve bana bağırılır.					
46. Yaptığım iş gereksiz yere eleştirilir.					
47. Özel yaşamım eleştirilir.					
48. Telefonla rahatsız edilirim.					
49. Sözlü tehditler alırım.					
50. Yazılı tehditler alırım.					
51. Rahatsız edici jest ve bakışlara maruz kalırım.					
52. Fakültemdeki birçok insan benimle konuşmaz.					
53. Kimi insanlarla konuştuğum için eleştirilirim.					
54. Birilerinin adamı olduğum düşünülür.					
55. İş arkadaşlarımdan benimle konuşması engellenir.					
56. Bana sanki orada değilmişim gibi davranılır.					
57. Fakültemdeki insanlar arkamdan olumsuz konuşur.					
58. Fakültemde hakkımda asılsız söylentiler çıkarılır.					
59. Fakültemde gülünç durumlara düşürülürüm.					
60. Fakültemde bana akıl hastasıymışım gibi davranılır.					
61. Psikolojik tedavi görmem için baskı yapılır.					
62. Herhangi bir kusurumla alay edilir.					

İfadeler	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
63. Benimle alay etmek için mimiklerim taklit edilir.					
64. Beni gülünç düşürmek için vücut hareketlerim taklit edilir.					
65. Beni küçük düşürmek için sesim taklit edilir.					
66. Dinsel ya da siyasal görüşümle alay edilir.					
67. Etnik kökenimle alay edilir.					
68. Öz güvenimi olumsuz etkileyen bir iş yapmaya zorlanırım.					
69. Çabalarım yanlış ve küçültücü bir şekilde değerlendirilir.					
70. Davranışlarım sorgulanır.					
71. Bana alçaltıcı isimlerle hitap edilir.					
72. Bana hiçbir özel görev verilmez.					
73. Bana verilen işler geri alınır, kendime yeni bir iş olanağı bulamam.					
74. Yapmam için bana anlamsız işler verilir.					
75. Bana sahip olduğumdan daha az yetenek gerektiren işler verilir.					
76. Bana itibarımı düşürecek şekilde, niteliklerimin dışındaki işler verilir.					
77. Evime ya da işyerime zarar verilir.					
78. Bana fiziksel şiddet tehditleri yapılır.					
79. Gözümü korkutmak için hafif şiddet uygulanır.					
80. Bana fiziksel zarar verilir.					
81. Bana doğrudan cinsel tacizde bulunulur.					
82. Fakültemde kendimi yalnız hissederim.					
83. Fakültemde işlerime yoğunlaşma güçlüğü çekerim.					
84. Fakültemde kendimi değersiz hissederim.					
85. Sabahları işe gitmek istemem.					
86. Fakültemde huzursuzluk yaşarım.					
87. Uyku bozukluğu yaşarım.					
88. Çalışma güç ve verimimde düşüş yaşamaktayım.					
89. Fakültemde kendimi yetersiz hissederim.					
90. Fakültemde yoğun kaygı yaşarım.					
91. Baş ya da mide ağrısı gibi fiziksel sıkıntılar yaşarım.					
92. Mümkün olsa isimi hemen değiştirirdim.					

93. Meslek hayatınızda son bir yıldan önce yıldırıya (mobbing) maruz kaldınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

8.4. Etik Kurul Onay Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/15-22	Tarih:02.06.2016				
	Prof.Dr.Reyhan UÇKU'nun sorumlusu olduğu "Bir Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinde Yıldırımın Depresyon Belirti İnsidansına Etkisi: Bir Kohort Çalışması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ÇALIŞMA ESASI	ETİK KURUL BİLGİLERİ					
	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☒	H ☐	*Toplantıda bulunmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	katılmadı
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda SERENİNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

*Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU çalışmada sorumlu araştırmacı olduğundan dosya görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.

8.5. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık İzin Formu



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



BİRİM / BÖLÜM : Fakülte Sekreterliği Birimi
SAYI : 45803587 / 9669

16.05.2016

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 13.05.2016 tarih ve 152 sayılı yazı.

Fakültemiz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof.Dr. Reyhan UÇKU'nun yürütücüsü olduğu **"Bir Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinde Yıldırımın Depresyon Belirti İnsidansına Etkisi: Bir Kohort Çalışması"** isimli tez çalışmasının Etik Kurul Onayı alındıktan sonra Fakültemiz Tıpta Uzmanlık Öğrencilerine uygulanması Dekanlığımızca uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Gamze ÇAPA KAYA
Dekan V.



NUR DEMİRPENÇE

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	17572904544
Doğum Tarihi	13/06/1984
İletişim Adresi	
Telefon	(232) 412 40 01
E-posta	nur.demirpençe@gmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

12 Eylül 2002 - 15 Temmuz 2008 (5 yıl 11 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
TIP FAKÜLTESİ, TIP PR.
Diploma Numarası: 4044
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 74.21 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

20 Ağustos 2012 - Şu Anda (6 yıl 8 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DAHİLİ TIP
BİLİMLERİ BÖLÜMÜ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Ar-Ge Yetkinlik

Makaleler

Y. SAĞLAM, Ö. A. ÖZBEK, İ. M. A. ÖKTEM, D. İŞLEK, C. H. HEKİMOĞLU, M. EMEK, S. ALP ÇAVUŞ, N. DEMİRPENÇE, G. ATASOYLU & B. ÜNAL, Seroprevalence Of Mumps And Its Association With Some Social Determinants In Manisa Province, 2014, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2018, 1304-1088, 16, 3, 223-233.

C. H. HEKİMOĞLU, Ö. A. ÖZBEK, İ. M. A. ÖKTEM, Ö. SEKRETER, M. EMEK, G. ATASOYLU, A. AÇIKGÖZ, N. DEMİRPENÇE, A. CEYLAN, E. S. BAYKAL & B. ÜNAL, Seroprevalence Of Pertussis Toxin Antibody In Manisa Province Of Turkey, After Six Years Implementation Of Acellular Pertussis Vaccine, Mikrobiyoloji Bülteni, 2018, 0374-9096, 52, 2, 180-189.

Bildiriler

Ş. R. UÇKU & N. DEMİRPENÇE, Bir Üniversite Hastanesindeki Araştırma Görevlilerinde Depresyon Belirti Sıklığı Ve Etkileyen Etmenler, Sözlü Sunum, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 05 Kasım 2015, 09 Kasım 2015.

N. DEMİRPENÇE, B. ÜNAL, Ö. A. ÖZBEK, Y. DEMİRAL, S. ALP ÇAVUŞ, İ. M. A. ÖKTEM, A. AÇIKGÖZ, G. ATASOYLU, C. H. HEKİMOĞLU, M. EMEK, D. İŞLEK, A. CEYLAN, Y. SAĞLAM, Ü. KOLUKIRIK, Z. TAY, H. GÖRGEL, Ö. SEKRETER, G. KÖROĞLU, S. ERGİN, E. BAYKAL & M SERTEL, Konjenital Kızamıkçık Eliminasyon Programı Sürerken Manisa İlinde Kızamıkçık Seroprevalansı, 2014, Sözlü Sunum, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 05 Ekim 2015, 09 Ekim 2015.

N. DEMİRPENÇE, B. ÜNAL, Ö. A. ÖZBEK, Y. DEMİRAL, S. ALP ÇAVUŞ, İ. M. A. ÖKTEM, A. AÇIKGÖZ, C. H. HEKİMOĞLU, M. EMEK, D. İŞLEK, G. ATASOYLU, G. KÖROĞLU, A. CEYLAN, S. ERGİN, Y. SAĞLAM, H. GÖRGEL, Ü. KOLUKIRIK, M SERTEL, Ö. SEKRETER, E. BAYKAL & Z. TAY, Kızamık Seroprevalansı Yaş Dışındaki Sosyal Belirleyicilerden Etkilenmiyor, Manisa 2014, Sözlü Sunum, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 05 Ekim 2015, 09 Ekim 2015.

N. DEMİRPENÇE, B. ÜNAL, Ö. A. ÖZBEK, Y. DEMİRAL, S. ALP ÇAVUŞ, İ. M. A. ÖKTEM, A. AÇIKGÖZ, C. H. HEKİMOĞLU, Y. SAĞLAM, M. EMEK, G. ATASOYLU, A. CEYLAN, D. İŞLEK, E. BAYKAL, M SERTEL, H. GÖRGEL, S. ERGİN, Z. TAY, Ü. KOLUKIRIK, Ö. SEKRETER & G. KÖROĞLU, Manisa İlinde Kabakulak Seroprevalansı Ve Bazı Sosyal Belirleyicilerle İlişkisi, 2014, Poster Sunumu, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 05 Ekim 2015, 09 Ekim 2015.

N. DEMİRPENÇE, B. ÜNAL, Ö. A. ÖZBEK, Y. DEMİRAL, S. ALP ÇAVUŞ, İ. M. A. ÖKTEM, A. AÇIKGÖZ, Ü. KOLUKIRIK, C. H. HEKİMOĞLU, Z. TAY, A. CEYLAN, M. EMEK, Y. SAĞLAM, D. İŞLEK, H. GÖRGEL, G. KÖROĞLU, M SERTEL, G. ATASOYLU, S. ERGİN, Ö. SEKRETER & E. BAYKAL, Manisa İlinde Suçiçeği Seroprevalansı Ve Bazı Sosyal Belirleyicilerle İlişkisi, 2014, Poster Sunumu, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 05 Ekim 2015, 09 Ekim 2015.

N. DEMİRPENÇE, B. ÜNAL, A. AÇIKGÖZ, A. CEYLAN, D. İŞLEK, M. EMEK & Y. DEMİRAL, Immigration And Properties In Manisa City In Turkey., Poster Sunumu, Rescap-med 2nd Regional Symposium, 03 Aralık 2014, 04 Aralık 2014.

N. DEMİRPENÇE, B. ÜNAL, Y. DEMİRAL, A. AÇIKGÖZ, M. EMEK, A. CEYLAN, D. İŞLEK, Y. SAĞLAM, C. H. HEKİMOĞLU, G. ATASOYLU, G. KÖROĞLU, H. GÖRGEL, Ö. SEKRETER, Ü. KOLUKIRIK, Z. TAY & M SERTEL, The Effects Of Social And Economic Indicators Of Health On Chronic Diseases In Manisa Province, Turkey, Poster Sunumu, Rescap-med 2nd Regional Symposium, 03 Aralık 2014, 04 Aralık 2014.

Ş. R. UÇKU, N. DEMİRPENÇE & S. DOĞANAY, Genç Yaşlılarda Sosyo-ekonomik Durum Ölümleri Belirler Mi?, Sözlü Sunum, 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 20 Ekim 2014, 24 Ekim 2014.

N. DEMİRPENÇE, B. ÜNAL, Y. DEMİRAL, A. AÇIKGÖZ, D. İŞLEK, A. CEYLAN, M. EMEK, H. GÖRGEL, Y. SAĞLAM, C. H. HEKİMOĞLU, G. ATASOYLU, Ü. KOLUKIRIK, G. KÖROĞLU, Ö. SEKRETER, Z. TAY & M SERTEL, Manisa İlinde Sağlığın Bazı Sosyal Ve Ekonomik Belirleyicilerinin Kronik Hastalıklarla İlişkisi, 2014, Poster Sunumu, 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 20 Ekim 2014, 24 Ekim 2014.

N. DEMİRPENÇE, B. ÜNAL, Y. DEMİRAL, A. AÇIKGÖZ, Y. SAĞLAM, D. İŞLEK, M. EMEK, A. CEYLAN, C. H. HEKİMOĞLU, G. ATASOYLU, G. KÖROĞLU, H. GÖRGEL, Ü. KOLUKIRIK, Ö. SEKRETER, Z. TAY & M SERTEL, Manisa'da Mental Hastalık Sıklığı Ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri İle İlişkisi, Sözlü Sunum, 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 20 Ekim 2014, 24 Ekim 2014.

N. DEMİRPENÇE, B. ÜNAL, Y. DEMİRAL, A. AÇIKGÖZ, D. İŞLEK, A. CEYLAN, M. EMEK, Y. SAĞLAM, H. GÖRGEL, C. H. HEKİMOĞLU, G. ATASOYLU, G. KÖROĞLU, Ü. KOLUKIRIK, Ö. SEKRETER, Z. TAY & M SERTEL, Son Beş Yılda Manisa'ya İlişkin Ve Dışarıdan Olan Göç Ve Özellikleri, Poster Sunumu, 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 20 Ekim 2014, 24 Ekim 2014.

N. DEMİRPENÇE, O. A. ERGÖR, M. H. BAHADIR, G. ERGÖR, A. GÜLMEZ, İ. TOP, D. LÜLECİ, Ö. AKSOY, M. EMEK & A. C. BİLGİN, Son Üç Ulusal Halk Sağlığı Kongresindeki Bildirilerin Değerlendirilmesi, Poster Sunumu, 18. Ulusal Halk

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

