



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE,
STRES DÜZEYİ, SAĞLIK YÖNETİMİNE BAKIŞLARI VE KLİNİK
LİDERLİK ALGILARI İLE İLİŞKİSİ**

DR. ÖYKÜ SU ŞİMŞEK
(Uzmanlık Tezi)

ANKARA-2023



T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE,
STRES DÜZEYİ, SAĞLIK YÖNETİMİNE BAKIŞLARI VE KLİNİK
LİDERLİK ALGILARI İLE İLİŞKİSİ**
(Proje No:KA22/299)

DR. ÖYKÜ SU ŞİMŞEK
(Uzmanlık Tezi)

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. RENGİN ERDAL

ANKARA-2023



TEŞEKKÜR

Tez çalışma süreci ve uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, deneyimleriyle her aşamada yanımda olan, bu tezin yazımı boyunca sabır ve hoşgörüsüyle katkılar sunan tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Rengin ERDAL'a;

Halk Sağlığı Uzmanlığı eğitimi boyunca her konuda tecrübe ve destekleri ile yol gösteren, kapısı her zaman açık olan, umudumu ve direncimi kaybetmemem için bıkmadan yanımda olan eğitim sorumlumuz değerli hocam Prof. Dr. Ayşe AKIN'a,

Sağlık Yönetimi konusundaki bilgi ve tecrübesiyle tez sürecimde her ihtiyaç duyduğumda destek olan iyi bir yönetici olma hedefimde örnek aldığım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Dr. Cihangir Özcan başta olmak üzere Halk Sağlığı Anabilim Dalı hocalarıma,

Bu zorlu süreci benimle beraber yaşayan ve paylaşan değerli bölüm arkadaşlarıma,

Anketimin hazırlık sürecinden başlayarak tüm İstatistik bölümlerinde destek olan, yol gösteren ve tüm bilgisini benimle yorulmadan paylaşan, sorularımı tek tek cevaplayan çok değerli Nazmiye KURŞUN'a,

Bana her türlü desteği sağlayan, tüm streslerimde yanımda olan, sevgisini, sabrını ve emeğini esirgemeyen çok değerli aileme,

Beni sakinleştiren ve hayatımı kolaylaştırmak için elinden gelen her şeyi yapan ve tüm nazımı çeken canım annem Hacer TULUMTAŞ'a, tezimin basıldığı ana kadar her istediğimde okuyup yorum yapan, her sorumu sıklımadan cevaplayan, inandığım yolda yürümeyi öğreten ve bugün olduğum kişi olmamı sağlayan canım babam Selim TULUMTAŞ'a, benimle beraber tezimin tüm aşamalarını yaşayan, bana inanan ve kendime inanmamı sağlayan, hayat ortağım ve biricik eşim Erhan ŞİMŞEK'e teşekkür, minnet ve sevgilerimle...

Dr. Öykü Su ŞİMŞEK

Ankara 2023



ÖZET

Klinik liderlik, liderlikle ilgili rol üstlenmesi gereken klinisyenlerin barındırması gereken liderlik vasıflarını bir araya getiren bir tanımdır. Türkiye’de liderlik kavramı sağlık hizmetlerinde araştırılan bir konu olmakla birlikte yeni olmasından dolayı klinik liderlik kavramı üzerine yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Güncel bilgiler doğrultusunda değerlendirildiğinde geleceğin sağlık yöneticisi ve ekip lideri olacak olan tıp fakültesi öğrencilerinin klinik liderlik algılarının, sağlık yönetimine bakış açılarının ve bu süreçte etkisi olabilen (Depresyon, Stres, Anksiyete gibi) psikiyatrik faktörlerin değerlendirilmesi bu çalışmanın amacıdır.

Çalışma 1 Eylül 2022-1 Temmuz 2023 tarihleri arasında, Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde öğrenimine devam etmekte olan, orantılı tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 336 öğrenci ile yürütülmüştür. Öğrencilere bir anket ve iki ölçek uygulanmıştır. Öğrencilere uygulanan anket toplam 42 sorudan (Sosyodemografik bilgiler kısmında 23, mesleki tercihler kısmında 6, sağlık yönetimi görüşleri kısmında 13 soru) ve 40 öncülden oluşan Klinik Liderlik Ölçeği (KLÖ) ile 21 öncülden oluşan Depresyon Anksiyete, Stres Ölçeği-21’den (DASS-21) oluşmaktadır.

Katılımcıların %76,5’i tıp fakültesinde sağlık yönetimi eğitimi almadığını belirtmekte, eğitim alanların %58,6’sı ise bu eğitimi yetersiz bulmaktadır. DASS-21 toplam puanları arttıkça KLÖ toplam puanları azalmaktadır. Psikiyatrik hastalığı olanların KLÖ puanları diğerlerine göre düşük, DASS-21 puanları yüksek bulunmuştur. Kadınların anksiyete ve stres puanları erkeklere göre daha yüksektir. Sigara içenlerin DASS-21 toplam puanları yüksektir. 5. ve 6. dönem öğrencilerinde sigara içme ve uyuşturucu madde deneme sıklığı diğer dönemlere göre yüksektir. Dönem 6’da tıp fakültesini tercih ettiği için pişman olan öğrenci sayısı yüksektir. Dönem 6 öğrencilerinin KLÖ puanı diğer dönemlere göre düşüktür. Katılımcıların %45,5’i gelecekte yurt dışında çalışmayı düşünmektedir.

Sonuç olarak tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon, anksiyete, stres gibi psikiyatrik durumların klinik liderlik algıları üzerinde negatif etkilerinin olduğu saptanmış olup, tıp fakültesi öğrencilerinin liderlik yetkinlikleri ile psikolojik sağlık arasındaki ilişkinin anlaşılması, gelecekteki sağlık liderlerinin daha iyi hazırlanmalarına ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, anksiyete, stres, klinik liderlik, sağlık yönetimi



ABSTRACT

Clinical leadership is a definition that brings together the leadership qualities that clinicians who should be in a leadership role should have. In Turkey, although the concept of leadership is a topic that has been researched in health care, studies on the concept of clinical leadership are limited due to its novelty. The aim of this study is to assess the perceptions of clinical leadership of medical students who, according to current knowledge, will be the future health managers and team leaders, their perspectives on health management and psychiatric factors (such as depression, stress, anxiety) that may influence this process.

The study was conducted between 1 September 2022 and 1 July 2023 with a total of 336 students continuing their education at Başkent University, Ankara, who were selected by proportional stratified random sampling method and agreed to participate in the study. The questionnaire administered to the students consisted of a total of 42 questions (23 questions in the socio-demographic information section, 6 questions in the professional preferences section, 13 questions in the health management opinions section) and the Clinical Leadership Scale (CLS) consisting of 40 items and the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) consisting of 21 items.

76.5% of participants reported that they had received no training in health management at medical school, and 58.6% of those who had received training found it inadequate. As total DASS-21 scores increased, total CLO scores decreased. Those with psychiatric illness had lower CLL scores and higher DASS-21 scores than the others. Anxiety and stress scores were higher in women than in men. Smokers had higher total DASS-21 scores. In the 5th and 6th semesters, the frequency of smoking and experimenting with drugs was higher than in the other semesters. In semester 6, the number of students who regretted their decision to study medicine was high. The CLO score of students in semester 6 is low compared to other semesters. 45.5% of participants plan to work abroad in the future.

In conclusion, psychiatric conditions such as depression, anxiety and stress were found to have a negative impact on medical students' perceptions of clinical leadership. Understanding the relationship between medical student leadership competencies and psychological health may help to better prepare future healthcare leaders and improve the quality of healthcare services.

Keywords: Depression, anxiety, stress, clinical leadership, health management, DASS-21



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yönetim.....	4
2.2. Sağlık Yönetimi.....	5
2.2.1. Sağlık Yönetiminin Tanımı	6
2.2.2. Sağlık Yönetiminin Özellikleri	6
2.2.3. Sağlık Yönetiminde Bileşenler ve İşlevler	7
2.2.4. Sağlık Yönetiminde Hekimler	10
2.3. Liderlik.....	11
2.3.1. Lider	11
2.3.2. Liderlik	12
2.3.3. Liderlik Özellikleri.....	12
2.3.4. Liderlik ve Yönetim Ayrımı	13
2.4. Klinik Liderlik	15
2.4.1. Klinik Liderlik Özellikleri	17
2.5. Sağlık Yönetiminde Eğitim.....	20
2.5.1. Sağlık Yönetiminde Eğitimin Önemi ve Sağladıkları.....	21
2.5.2. Tıpta Sağlık Yönetimi Eğitiminin Önemi	22
2.5.3. Türkiye Tıp Eğitiminde Sağlık Yönetimi Eğitimi ve Liderlik	23
2.6. Tıp Eğitimi, Sağlık Yönetimi ve Liderlikte Depresyon, Anksiyete, Stres	25
2.6.1. Depresyon	25



2.6.2. Anksiyete	27
2.6.3. Stres	30
2.6.4. Tıp Fakültesi Öğrencileri ve Depresyon, Anksiyete, Stres	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Yeri ve Araştırma Tipi.....	36
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem.....	36
3.3. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri	37
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	37
3.3.2. Dışlanma Kriterleri.....	38
3.4. Araştırma Değişkenleri	38
3.4.1. Bağımsız Değişkenler.....	38
3.4.2. Bağımlı Değişkenler.....	38
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Veri Toplama Biçimi	39
3.5.1. Anket Formu	39
3.5.2. Araştırmada Kullanılan Anketin Ön Denemesi	40
3.6. Araştırmada Kullanılan Terimler, Tanımlar, İndeksler	40
3.6.1. Orantılı Tabakalı Rastgele Örneklem Tekniği	40
3.6.2. Klinik Liderlik Ölçeği	40
3.6.3. DASS-21 Ölçeği	41
3.7. Araştırmanın İnsan Gücü	42
3.8. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar	43
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	43
3.10. Araştırmanın Maliyeti.....	43
3.11. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	44
3.12. İstatistik Analiz.....	44
4. BULGULAR.....	46
4.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri	46
4.2. Mesleki Tercihleri.....	53
4.3. Sağlık Yönetimi ile İlgili Görüşler	59



4.4. Klinik Liderlik	65
4.5. Öğrencilerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumları	70
5. TARTIŞMA.....	91
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	112
6.1. Sonuçlar	112
6.2. Öneriler	113
6.2.1. Öğretim Üyelerine Öneriler	113
6.2.2. Öğrencilere Öneriler	114
6.2.3. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimine Öneriler	115
6.2.4. T.C. Sağlık Bakanlığı'na Öneriler	116
6.2.5. Yükseköğretim Kurumu'na Öneriler	117
6.2.6. Üniversite Yönetim Birimlerine (Rektörlük, Dekanlık, Anabilim Dalları) Öneriler	118
7. KAYNAKLAR	121
8. EKLER.....	132
EK 1. Anket Formu	132
EK 2. Proje Onayı	141



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
AUPHA	: Sağlık Yönetimi Üniversite Programları Birliği (Association of University Programs in Health Administration)
CEO	: Chief Executive Officer
DASS-21	: Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21)
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD-11	: International Classification of Diseases-11
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Tedavi Merkezi
KLÖ	: Klinik Liderlik Ölçeği
MLCF	: The Medical Leadership Competency Framework
NHS	: İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services)
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
PTSD	: Posttravmatik Stres Bozukluğu
SWOT	: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler)
TİG	: Tanı İlişkili Gruplar
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
YAD	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesinin Boyutları	18
Şekil 3.1.	Orantılı Tabakalı Rastgele Örneklem Yöntemiyle Ulaşılan Öğrencilerin Evren ve Örneklem Dağılımları	37





TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Hekim Yöneticilerin Zayıf ve Güçlü Yönleri, Tehditler ve Fırsatlar	11
Tablo 2.2.	Yönetim ve Liderliğin Özellikleri	13
Tablo 4.1.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4.2.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı	48
Tablo 4.3.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı	50
Tablo 4.4.	Öğrencilerin Hangi Yabancı Dilleri Öğrendiklerinin Dağılımı	52
Tablo 4.5.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Tıp Fakültesini Seçme Nedenlerinin Dağılımı	53
Tablo 4.6.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Gelecekleri İle İlgili Planlarının ve TUS Sınavına Girme Düşüncelerinin Dağılımı	54
Tablo 4.7.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Tıp Fakültesinde Eğitim-Öğretime Başladıkları Zamanki ve Şu Anda Seçmeyi Düşündükleri Anabilim Dallarının Dağılımı	56
Tablo 4.8.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Tıp Fakültesini Seçmelerinin Doğru Bir Karar Olup Olmadığına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	58
Tablo 4.9.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sağlık Yönetimi ile İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı	60
Tablo 4.10.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sağlık Yönetimi İle İlgili Tutum ve Davranışlarının Dağılımı	62
Tablo 4.11.	Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sağlık Yöneticilerinin Eğitimlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	64
Tablo 4.12.	Öğrencilerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Klinik Liderlik Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı	66
Tablo 4.13.	Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre Klinik Liderlik Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	68

Tablo 4.14. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre Klinik Liderlik Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı	69
Tablo 4.15. Öğrencilerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre DASS-21 Depresyon Puanlarının Dağılımı	71
Tablo 4.16. Öğrencilerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre DASS-21 Anksiyete Puanlarının Dağılımı	73
Tablo 4.17. Öğrencilerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre DASS-21 Stres Puanlarının Dağılımı	75
Tablo 4.18. Öğrencilerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre DASS-21 Toplam Puanlarının Dağılımı	77
Tablo 4.19. Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre DASS-21 Depresyon Puanlarının Dağılımı	79
Tablo 4.20. Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre DASS-21 Anksiyete Puanlarının Dağılımı	80
Tablo 4.21. Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre DASS-21 Stres Puanlarının Dağılımı	81
Tablo 4.22. Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre DASS-21 Toplam Puanlarının Dağılımı	82
Tablo 4.23. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre DASS-21 Depresyon Puanlarının Dağılımı	83
Tablo 4.24. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre DASS-21 Anksiyete Puanlarının Dağılımı	84
Tablo 4.25. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre DASS-21 Stres Puanlarının Dağılımı	85
Tablo 4.26. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre DASS-21 Toplam Puanlarının Dağılımı	86
Tablo 4.27. Öğrencilerin Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (Dass21) Puanları ile Klinik Liderlik Puanları Arasındaki Korelasyon	87



1. GİRİŞ VE AMAÇ

“Değişen çevresel koşullarda sınırlı sayıdaki kaynağı etkin şekilde kullanarak organizasyon hedeflerine verimli bir şekilde ulaşmak amacıyla başkaları ile birlikte hareket ederek çalışmak” olarak tanımlanan yönetim kavramı ayrıca “bir ekibe bağlı bireylerin emeklerinin bir hedefe yönltilmesi amacıyla rota belirleme ve denetimi sağlama” olarak da ifade edilmektedir (1–3).

Bu tanımlardan hareketle sağlık yönetimi; “sağlıklı çevre ve tıbbi bakım ihtiyaçları ve taleplerinin kişilere, organizasyonlara, kitlelere tanımlanmış hizmetlerin verilebilmesini sağlayan süreç ve kaynakların planlanması, organize edilmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonu” şeklinde tanımlanabilir (4).

İnsan hayatı ile doğrudan bağlantılı olması sebebiyle özellikli bir alan olan sağlık hizmetlerinde, koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde sektörler arası iş birliğine ihtiyaç duyulan halka yönelik bir dizi yönetsel etkinlik gerekmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerde ise konaklamayla ilişkili hizmetler yanında poliklinikle ilişkili, laboratuvarla ilişkili, radyolojik görüntüleme ile ilişkili, ameliyathane ile ilişkili hizmetler gibi yaygın bir alandaki yönetim zorunluluğu sağlık yönetimini karmaşıklştırmaktadır (5).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yürütölmekte olan tanı ve tedavi etkinlikleri kompleks ve değişkendir. Gerçekleştirilen faaliyetlerin çoğu acil, ertelenemez özelliktedir ve yapılanlar hatalara, belirsizliklere yönelik oldukça duyarlıdır, ayrıca elde edilecek sonuçların ölçümü ve tanımlanması zordur (6). Bu nedenle örgütsel, çevresel anlaşmazlıkların önüne geçmek ve koordinasyonu sağlamak amacıyla sağlık sisteminin her alanı ve seviyesinde etkili liderlik çok önemlidir (7–9). Sağlıkla ilgili liderlik; sağlık hizmeti verilmesinde devam eden kalite gelişiminin ve yönetsel ilerlemenin merkezinde olmakla birlikte sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tüm çalışanlar farklı zaman ve konumlarda liderlik özellikleri gösterebilmektedir (10,11). Hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanlarının sahip olması gereken liderlik özelliklerini saptamak için gerçekleştirilen çalışmalardan birisi de İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) tarafından gerçekleştirilen Sağlık Kurumları Liderlik Modelidir (12). Klinik liderlik, liderlikle ilgili rol üstlenmesi gereken klinisyenlerin barındırması gereken liderlik vasıflarını bir araya getiren bir tanımdır (13). Türkiye’de liderlik kavramı sağlık hizmetlerinde araştırılan bir konu olmakla birlikte yeni olmasından



dolayı klinik liderlik kavramı üzerine yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır (14). Türkiye ve dünyada pek çok ülkede sağlık sistemi hekim merkezli ve hekim baskın şekilde şekillendirilmiştir. Hekimler, tıbbın uygulayıcıları olarak sağlığın temel unsurudur ve tıbbi bilginin sağladığı iyileştirici güç, onları sağlığın doğal lideri konumuna getirmektedir (15). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sağlanmasında klinisyenlerin liderlikte kilit rolü bulunmakla birlikte hekimler arasındaki kişisel ve kolektif liderliğin önemli olduğu görülmektedir (10).

Dünya Tabipler Birliği tıpta eğitimin amacının "yetenekli ve yeterli hekimler yetiştirmek" olduğunu belirtmekte, burada sözü edilen yeteneklilik ve yeterlilik kavramlarıyla hekimlerin "hizmet sunucu, karar verici, iletişimci, toplum lideri ve yönetici" özellikleri olması gerektiğini vurgulamaktadır (16).

Türkiye’de Yükseköğretim Kurumu tarafından belirlenen 2020 yılı Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı’nda da Mesleki Değerler ve Yaklaşımlar içerisinde ‘**Lider-Yönetici**’ ana yetkinlikler arasında tanımlanmıştır. Burada yeterlik olarak hekimin ‘Hizmet sunumu sırasında sağlık ekibi içinde örnek davranışlar göstermesi, liderlik yapması’ gerektiği belirtilmiş ayrıca ‘Yöneticisi olduğu sağlık kuruluşunda, sağlık hizmetlerini planlama, uygulama, değerlendirme süreçlerinde kaynakları maliyet-etkin, toplum yararına ve mevzuata uygun kullanır.’ ifadesine yer verilerek hekimin **yönetici ve lider** olması gerekliliği vurgulanmıştır (17).

Türkiye ve dünyanın birçok ülkesinde hekimler sağlık kurum ve kuruluşlarının çeşitli kademelerinde yönetimde yer almaktadır. Bu kapsamda üstlendikleri çok sayıda görev (Strateji belirleyen, politikalara karar veren, kaynakların dağıtımını yapan ve kuruluşlara yön veren) olan hekimler sadece becerileri ile değil, kişisel olarak benlikleriyle de bir kaynaktırlar (18).

Bugün depresyon, anksiyete, stres gibi durumlar günlük yaşamın bir parçası haline gelmiş durumdadır. Özellikle iş çevrelerinde yaşanan değişimler ve belirsizlikler nedeniyle çalışanlar maruziyet yaşamaktadır (19). Bu değişimleri ve belirsizlikleri yaşayan ve depresyon, anksiyete, stres gibi durumlara en çok maruz kalan kesimlerin başında karar alma pozisyonundaki yöneticiler gelmektedir (20). Bundan dolayı yöneticilerin depresyon, anksiyete ve strese neden olan durumları ve sonuçlarını bilmesi, bunları önleme veya yönetme hususunda gerekli yeterliliği, donanımı barındırması gerekmektedir (21).



Türkiye’de Tıp eğitimi prelinik, klinik ve meslek hayatına geçiş gibi kritik süreçleri içeren bir eğitim olması sebebiyle dönem dönem stres düzeyinin arttığı ve buna bağlı olarak da başta depresyon ve anksiyete olmak üzere çeşitli psikolojik rahatsızlıkların diğer eğitimlere göre daha fazla görülebildiği bir alandır. Artan psikolojik rahatsızlıkların klinisyenlerin yönetim ve liderlik konusunda başarılı olamamalarıyla ilgisi olabileceği düşünülmektedir (22–24).

Sağlık yöneticilerinin sorumlu olduğu iki ana kısıt; bilgi düzeyi ve mevzuattır. Yönetici pozisyonunda bulunan hekimlerin yöneticilik konusunda donanımlı olması ve mevzuatı bilmesi gerekmektedir, ancak tıp eğitimi süresinde sağlık yönetimi ve liderlikle ilgili yeterli eğitim verilmemektedir (15,25). Bu bağlamda klinisyenlerin yönetim ve liderlik konusunda eğitim eksikliğinin bulunması nedeniyle başarılı olamadığını söyleyen çalışmalar da bulunmaktadır (26).

Amaç;

- ☐ Tıp Fakültesinin farklı dönemlerinde öğrenime devam eden öğrencilerin ve ebeveynlerinin sosyodemografik özelliklerini, mesleki tercihlerini ve sağlık yönetimi ile ilgili görüşlerini belirlemek,
- ☐ Konuya özel anket ve ölçekler yardımıyla öğrencilerin Klinik Liderlik algılarını ve bazı psikiyatrik hastalık düzeylerini tanımlamak,
- ☐ Araştırmamızın değişkenlerini kullanarak ve öğrencilerin ölçeklerden aldıkları puanları dikkate alarak aralarındaki olumlu ve olumsuz etkileri istatistiksel olarak saptamak,
- ☐ Elde edilen sonuçlar doğrultusunda kısa ve uzun erimli olarak öneriler oluşturmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yönetim

Yönetim kavramı kökeni itibari ile oldukça eski bir kavram olmakla birlikte yönetenin ve yönetilenin var olduğu zamanlardan bugüne yönetimden bahsetmek mümkündür. İnsanlar kişi olarak gerçekleştiremedikleri hedeflerine ulaşabilmek amacıyla grup oluşturmaya başladığından bu yana düzenin sağlanması maksadıyla yönetim zorunluluğu ortaya çıkmıştır (1).

Yönetim kavramı bir tanımda, dinamik olarak değişmekte olan bir çevre içerisinde sınırlı kaynakları etkin kullanıp hedeflere ulaşmak maksadıyla başkalarıyla birlikte çalışmak olarak belirtilmiştir (3). Başka bir tanımda ise bir ekibe bağlı bireylerin çabalarının ortak bir hedefe yönlendirilmesi amacıyla yol gösterme ve denetimin gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmıştır (2). Bu kavramın bilim olarak ifade edilmeye başlanması ise 19. Yüzyıl sonlarına doğru olmuştur (27).

Dilimizde “Yönetim” sözcüğü, “Administration” ve “Management” sözcüklerinin yerine kullanılmakla birlikte “Administration” sözcüğü anlam olarak yönetim kavramı için daha uygundur. “Management” sözcüğü “çekip-çevirme, idare etme” anlamında kullanılmaktadır (28).

Yönetim kavramının dünyada meydana gelen yeni gelişmelere bağlı olarak hem kamu hem özel sektörde gittikçe önemi artmaktadır. Yönetme becerisi genellikle yetenekle ilişkilendirilse de yalnızca doğuştan yetenekli kişilerin yöneticilik yapacağı inancı, tıp alanında eğitim almaksızın doğuştan yetenekli kişilerin hekimlik yapacağına inanmak kadar hatalı bir düşüncedir. Bundan dolayı “Yönetim” konusunda doğuştan gelen yetenekler eğitimle geliştirilerek daha etkili şekilde kullanılabilir (28,29).

Genel anlamda yönetim; planlama, liderlik, örgütleme ve kontrol fonksiyonlarının kullanılarak mevcut kaynakların verimli ve etkili kullanılmasıyla belirlenmiş hedeflere ulaşma sürecinin tamamıdır (30,31). Sağlık sektöründe ise hizmetlerin farklılıklarının bulunması ve insanların hayat kalitesi ile doğrudan bağlantılı olması nedeniyle yönetim daha da önem kazanmaktadır (28).

2.2. Sağlık Yönetimi

Bütün canlılarda olduğu şekilde insanın da yaratılıştan bu yana sağlık sorunları olmakla birlikte çağlar boyunca bu sorunlara çözümler aranmıştır. Pozitif bilimlerin olmadığı dönemlerde sağlık sorunları diğer konular gibi doğaüstü güçlere bağlanmış çözüm mistisizmde aranmıştır. Daha sonra bazı hastalıkların nedenlerinin ve tedavi şekillerinin saptanması sonucunda pozitif bilimlere yönelinmiştir (32).

Sağlık hizmetlerine olan talep dünyanın her bölgesinde artmaktadır. Bu başlıca, toplumların giderek yaşlanma eğilimi, yeni teknolojilerin ve bilgilerin hayata geçirilmesi hasta ve çalışan beklentilerinin artmasından kaynaklanmaktadır (5). Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için harcanan emek ve kaynak insana verilen değer bir göstergesidir. Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin ulusal gelirden aldığı payın birçok ülke örneğinde arttığı görülmektedir. Bununla birlikte Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı bütçesinin Türkiye genel bütçesi içerisinde 2022 yılında %6,63 olan payı 2023 yılında % 6,56'ya gerilemiştir (33). Ayrıca Türkiye'de 2000 yılında %4,6 olan sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı 2020 yılında %0,43 artışla ancak %4,62 olmuştur. Dünya'da ise 2000 yılında sağlık harcamalarının toplam gelir içerisindeki payı ortalama %8,62 iken bu değer 2020 yılında %10,89'a yükselmiştir. Avrupa Birliğinde sağlık harcamalarının toplam gelire oranı aynı yıllar için sırasıyla ortalama %8,44 ve %10,91 olarak gerçekleşmiştir (34). Bu veriler ülkemizin sağlık hizmetlerine bakışının ve yönetim özelliğinin / sisteminin de bir göstergesi olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık alanında meydana gelen önemli gelişmeler ve buna bağlı olarak oluşan gelişmiş sağlık sistemleri bu alanı birçok sektörün bir arada iş birliği yaptığı bir alan haline getirmiştir. Oluşan bu çok boyutlu sağlık sisteminde hekim, hemşire, ebe, teknisyen, tıbbi sekreter, veri hazırlama ve kontrol elemanı vb. gibi pek çok meslek grubundan birçok insan görev yapmaktadır. Böylelikle görev yapmakta olan bu çeşitli nitelikteki insan gücünün ve bunların görev yaptığı sağlık kuruluşlarından oluşan çok boyutlu sağlık sistemlerinin yönetilmesi sorunu ortaya çıkmıştır. Yönetimin bilimsel olarak sağlanabilmesi için meslek insanları yetiştirilmeye başlanmış ve sağlık yönetimi kavramı oluşmuştur. Günümüzde sağlık yönetimi lisans, yüksek lisans ve doktora düzeylerinde öğretilen ve üst kurumlarca denetlenen bir düzeye / özelliğe ulaşmıştır (35).

2.2.1. Sağlık Yönetiminin Tanımı

Sağlık yönetimi; Schultz ve Alton tarafından Sağlıklı çevre ve tıbbi bakım gereksinim ve isteklerinin bireylere, organizasyonlara ve topluluklara tanımlanmış hizmetlerin sağlanabilmesi için kaynakların ve süreçlerin planlanması, organize edilmesi, yönlendirilmesi, kontrol edilmesi ve koordine edilmesi” olarak tanımlanmaktadır (4).

Başka bir deyiş ile sağlık yönetimi; kişilere ve topluma, standardı yüksek bir yaşamın sağlanması adına her çeşit sağlık hizmeti sunumunu ve gerçekleştirilecek işleri, başvurulacak kaynakları; gereksinimler ve istekler doğrultusunda organize etmek, yönlendirmek, kontrol ve koordine etmektir (36).

2.2.2. Sağlık Yönetiminin Özellikleri

Sağlık yönetiminin diğer yönetsel alanlardan ayrımını sağlayan bazı ana özellikleri bulunmaktadır. Bu ayrımları şu şekilde sıralamak mümkündür (36–39):

Sağlık kuruluşlarındaki işlerin çeşitliliği: Hastaneler, acil servisler, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, Kanseri erken teşhis tarama ve eğitim merkezleri (KETEM), Verem savaş dispanserleri muayenahaneler, huzurevleri, yaşlı bakımevleri gibi çeşitli kurum ve kuruluşlarda, yeme-içme, konaklama, poliklinik, laboratuvar, görüntüleme, sağlık enformasyonu, kalite yönetimi, finans yönetimi gibi çok çeşitli işler gerçekleştirilmektedir.

Sağlıkla ilişkili faaliyetlerin hizmet ağırlıklı olması: Sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleştirilen etkinlikler soyut özellikte olup hizmet ağırlıklıdır ve sunulduğu anda tüketilmektedir. Aynı zamanda sunulan çoğu hizmetten farklı olarak sağlık hizmetleri heterojen özellik göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin insan ilişkileri açısından yoğunluğu: İlk ve son ürünün insan olduğu sağlık hizmetlerinde, hizmeti üreten de hizmeti alan da insandır. Hizmeti alanlar fiziken ya da ruhen kırılgan olmakla birlikte hizmet sunanlar ise zaman, hatadan sakınma gibi nedenlerle stres altındadır. Tüm bu nedenlerden dolayı sorunlar yaşanabilmekte davalar veya şiddet olayları gibi istenmeyen durumlar oluşabilmektedir.

Sağlık meslek sayısının fazlalığı ile çeşitliliği ve özerkliği: Sağlık mesleği sayısı teknolojik ve bilimsel gelişmelere bağlı olarak gün geçtikçe artmaktadır. Bazı alanlarda ana dallara ek olarak yan dalların katılmasıyla sağlık mesleği sayısının yüzlerce ulaştığı üstelik bunların

özerkliğinin arttığı, ayrıca özel beceri-bilgi gerektiren meslekler olduğu görülmektedir. Ekip çalışması gerektiren bu mesleklerin zamanla yarıştığı ve hata yapma lüksünün olmadığı düşünüldüğünde, iş tanımları ve yönetim süreçlerinin çok iyi düzenlenmesinin gerektiği açıktır.

Hekimlik mesleğinin kendisinden ve tıbbi uygulamaların niteliğinden kaynaklanan yönetsel özelliklerin bulunması: Hekimlik, diğer meslekler arasında daha fazla özerkliğe sahip olan ve paternalist bir tavır sergileyen bir meslektir. Hekimler, hastaları için en doğru ve en iyi tanı ve tedavi yöntemlerini kullanmaya çalışırken maliyetleri, kaynakları ve alternatif yolları fazla önemsememekte, mesleki uygulamaları sırasında kısıtlamaları, yönlendirmeleri ve yaptırımları hoş karşılamamaktadırlar. Ancak yöneticiler, mevcut kaynakların en iyi şekilde kullanılmasını, verimliliği, en düşük maliyetle en etkili ve kaliteli hizmetin sunulmasını sağlama sorumluluğunu üstlenmişlerdir. Sağlık kuruluşlarında "beyaz önlüklüler" (hekimler) ile "takım elbiseliler" (yöneticiler) arasındaki çatışmalar özel bir yer tutmaktadır. Sağlık sistemleri için büyük bir sorun olan "aşırı" ve gereksiz sağlık hizmetleri, takdir yetkisinin kötüye kullanılmasının sonucudur ve yetersiz veya kusurlu hizmetlerle aynı derecede önemlidir. Yetersiz sağlık hizmeti genellikle hizmeti alanların istekleri ve sağlık hizmeti sunucularının kaynakları arasındaki eşitsizliklerle ilgili iken, aşırı hizmetin büyük bir kısmı hizmet sunanların istekleri ve yetkileriyle ilişkilidir.

Sağlık hizmetlerinin ekonomik özellikleri: Bazı kamusal özelliklere sahip sağlık hizmetlerinin tamamen piyasa koşullarına bırakılması mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi nedeniyle sunucuların üstünlüğü bulunur. Sunucu tarafından oluşturulan istek riski ortaya çıkar. Bu durumda isteklerin gerçek gereksinimlerden bağımsız olarak sunucular tarafından oluşturulduğu görülür. Sunucuların yetkilerini kontrol etmek için International Classification of Diseases-10 (ICD-11) gibi uluslararası tanı sınıflandırmaları kullanılır. Tanı İlişkili Gruplar (TİG), tanı ve tedavi sınırlarını belirler. Rehberler ve protokoller doğru işlemleri tanımlar. Üçüncü taraflar (devlet, sigorta) para işlemlerini denetler. Savurganlık ve ahlaki/etik tehlikeler önlenir.

2.2.3. Sağlık Yönetiminde Bileşenler ve İşlevler

Bir sağlık kuruluşunda plan yapılması, örgütlenmenin sağlanması, personelin uygun işe yerleştirilmesi gibi insan faktörünün kontrolde tutulması, koordinasyonun, finansmanın,

denetlenmenin, sağlanmasına yönelik faaliyetler yönetimin fonksiyonları olarak tanımlanmaktadır (40).

Sağlık yönetiminin başlıca işlevleri planlama, örgütleme, insan kaynakları, yönlendirme, denetleme ve karar vermedir. Bu işlevlere ait özellikler aşağıda belirtilmektedir (36–39,41–43):

Planlama: Planlama, işe yön vermek ve amaçlara ulaşmak için gereken faaliyetleri tasarlayarak uygulamaya koymak anlamına gelir. Gelecekle ilgili olan planlama, karar süreci gerektiren dinamik ve sürekli bir süreçtir. Planlama, sağlık yöneticilerinin çevre koşullarına uyum sağlamasını, belirsizlikleri azaltmasını ve riskleri en aza indirmesini sağlar. Ayrıca, yöneticilere öncelikleri belirleme, kaynakları en iyi şekilde kullanma ve değişim için doğru kararları alma olanağı sağlar. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve koordinasyonu çok paydaşlı yapısı nedeniyle zorluklar içerir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin farklı sektörlerle ilişkili olması ve soyut/heterojen olması ölçme ve değerlendirme sorunlarına yol açar. Planlamanın, sağlık hizmetlerinin organizasyonunu ve yönetim süreçlerini etkileyen politik yönleri de dikkate alınmalıdır. İyi bir planlama süreci, sosyal, ekonomik, teknik ve politik etkileri dengeli bir şekilde ele almalıdır.

Örgütleme: Örgütleme, işletmelerin etkin ve verimli bir şekilde çalışabilmesi için gerekli olan yapıyı oluşturma sürecidir. Klasik örgütleme anlayışının temelinde iş bölümü, yetki ve sorumluluk ilişkisi, bölümlere ayrılma, denetim ve koordinasyon gibi kavramlar bulunmaktadır. Günümüzde ise organizasyon yapısı ve örgütleme yöntemleri, işletmelerin gereksinimleri ve değişen iş ortamına göre farklılık gösterebilir. Örgütler, daha esnek ve adaptif / uyarlanabilir yapılar oluşturarak hızlı karar alma, yenilikçi/ yaratıcı ve değişime uyum sağlama yeteneklerini geliştirebilirler.

İnsan Kaynakları: İnsan kaynakları yönetiminin hem teknik hem de sosyal yönleri bulunmaktadır. Teknik yönü, insan kaynaklarının planlanması, görev analizi, seçme, değerlendirme ve atama, performansın değerlendirilmesi, yönetsel yararlar ile iş güvenliği ve sağlığı gibi konuları içerir. Sosyal yönü ise çalışanların performans ve davranışlarını etkileyen etkinliklerin yönetimi, hizmet içi eğitim süreçlerinin planlanması ve uygulanması, ödül sisteminin tasarlanması ve yönetilmesi, danışmanlık hizmetlerinin sağlanması ve disiplin politikalarının yürütülmesi gibi faaliyetleri içerir. İnsan kaynakları bölümünün temel



görev ve sorumlulukları; personel seçimi, ücret yönetimi, işçi-işveren ilişkileri, yasal uyumluluk, çalışma ortamındaki düzenleme, işgücünün planlanması ve eğitimidir.

Yönlendirme: İşletmelerde yönlendirme işlevi, motivasyon, liderlik ve iletişim gibi faaliyetler aracılığıyla çalışanların davranışlarını etkilemeyi amaçlar. Bu faaliyetler, çatışmaların çözümü, rol dağılımı, çalışanların kaynaştırılması gibi konuları da içerebilir. Yöneticiler, emirler, yazılı talimatlar ve görevlendirmeler aracılığıyla yönlendirme yaparken aynı zamanda motivasyonu desteklemelidir. İyi bir yönlendirici olmak için liderlik özellikleri ve becerilerine sahip olmak gereklidir. Liderlik özelliklerinin yöneticilerde bulunması, bir kuruluşun başarısı için önemli bir avantaj sağlar. Ayrıca iyi bir yönetici personelin motivasyonu konusunda bilgili ve becerikli olmalıdır. Yöneticilerin personele bakışı, insan yapısına yaklaşımları ve değerlendirmeleri motivasyon konusunda önemli rol oynar.

Denetleme-Kontrol: Denetleme, yönetim ile ilgili önemli bir fonksiyondur, izleme, uyarılma ve performansı artırma konularını içerir. Denetim, planın amaca uygun bir şekilde ilerleyip ilerlemediğini değerlendirmek için yapılan bir süreçtir. Son sorumluluk yöneticilere ait olduğundan yöneticiler denetim konusunda dikkatli olmalıdırlar. Klasik bir denetim sürecinde; “Nitelik, nicelik ve zaman açısından standartların belirlenmesi”, “Sonuçların ölçülmesi”, “Sonuçların standartlarla karşılaştırılması” ve “Gereken değişikliklerin yapılması” şeklinde dört bileşen bulunmaktadır. Sağlık kuruluşlarında hizmetlerin değerlendirilmesi için sadece hastaların iyileşme durumunu değerlendirmek yeterli değildir. Ayrıca süreçlerin kalitesi, müdahale süreleri, bekleme süreleri, doğru uygulamaların yapıp yapılmadığı, hizmet veren ve alanların memnuniyet düzeyleri, kalite ve akreditasyon gibi konuların ölçülerek izlenmesi gerekmektedir (36).

Karar Verme: Karar verme işlevi, yönetimin diğer görevleriyle yakından ilişkilidir. Yöneticiler, sağlık hizmetlerinin yönetiminde planlama, organizasyon, düzenleme, kontrol, uygun işe yerleştirme, yönlendirme gibi konularda kararlar almak zorundadır. Bu işlev, tüm yöneticiler için gereklidir ve farklı şekillerde gerçekleştirilebilir. Karar verme işlevinin düzenleme, sorun çözme ve kaynak kullanımı şeklinde üç temel yönü bulunmaktadır.

2.2.4. Sağlık Yönetiminde Hekimler

Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı ve giderek artan yönetimdeki profesyonelleşme gereksinimi, yöneticiliğin profesyonel yöneticilerce mi yoksa hekimlerce mi yapılacağı konusunda bir ikilem oluşturmuştur. Türkiye’de dünyanın çoğu ülkesinde olduğu gibi ulusal sağlık sistemleri hekim baskın şekilde tasarlanmıştır. Bu konu da hekimin hem tıbbi işlemlerle ilgili bilgisi hem de ekip içerisindeki yeri hekimleri yönetim açısından avantajlı bir konuma getirmektedir. Hekimlerin ülke sağlık sistemlerinin esas ve en kıymetli bileşeni olduğu düşünüldüğünde, sağlık sistemlerinin hekim baskın olması kaçınılmazdır. Bu kapsamda dünyada pek çok ülkede sağlık yönetiminden hekimler sorumludur. Henry Mintzberg bu konuda; hastanelerde işleyen profesyonel bürokrasinin, hekimlere resmi olarak yönetici olmasalar bile, mesleki statüleri ve bilgileri aracılığıyla sağlık ekibinin hatta kurumun tamamını yönetebilecek yetkiyi vereceğini ve hekimleri gayri-resmi yönetici pozisyonuna getireceğini söylemiştir. Fakat mesleki bilgileri dışında hekimlerin yönetim konusunda gerekli ve yeterli donanımda olmadığı düşünülmektedir (15,44,45). Bununla paralel şekilde yönetim kademelerinde bulunan hekimlerde de yöneticilik açısından ek bir bilgiye gerek olmadığı yönünde bir algı bulunmaktadır. Nusret Fişek “Bugün birçok ülkede sağlık işlerinin yönetiminde karşılaşılan büyük güçlük sağlık idarecilerinin, yönetimin bir bilim olduğunu bilmemeleri ve kimi kez kabul etmek istememeleridir. Hekimler yönetimin bir bilim olduğunu kabul etmezlerse ve sağlık yönetiminde görev alanlar yönetim bilimini öğrenmez, yönetim uzmanlarının önerilerini dinlemez ve yönetim kurallarını uygulamazlarsa, hizmetlerini geliştiremezler. Bu sorun sadece sağlık yönetimine değil, politik karar makamlarına kadar, yönetimin her kademesinde ve özellikle az gelişmiş ülkelerde önemlidir” sözleriyle sağlık yönetiminde hekimlerin eğitiminin ve bakış açılarının önemini vurgulamaktadır (15,46).

Sayım ve Aydın tarafından yöneticilik hususunda hekimler SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) analizi ile değerlendirilmiş ve hekim yöneticilerin güçlü (S), zayıf (W) yönleri ile fırsatları (O) ve gelecekte önlerinde ki tehdit (T) durumları saptanmıştır. Hekim yöneticilerin zayıf ve güçlü yönlerine yönelik bu değerlendirme sonuçları Tablo 2.1’de sunulmuştur (15,47).

Tablo 2.1. Hekim Yöneticilerin Güçlü ve Zayıf Yönleri, Fırsatlar ve Tehditler (15,47)
(Ankara, 2023)

GÜÇLÜ YÖNLER		ZAYIF YÖNLER	
1	Hekimler, yönetimden ayrı düşünülemezler çünkü sağlık hizmetlerinin temel sunucularıdır.		Donanımları, yönetim ve işletmecilik alanında eksiktir.
2	Alınacak olan tıbbi kararlarda hekim yönetici daha etkin olabilmektedir.		Bazı hekimler, yönetim ve işletmeciliği gereksiz bir zaman kaybı olarak değerlendirmektedir. Bu durum, yönetim konusunda uzmanlaşmanın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.
3	Sağlık hizmetlerinin kalitesi, hekimlerle yakından ilişkilidir.		Bazı hekimler, hekimlik kimliklerini bırakıp yöneticilik yapmayı seçmektedirler.
4	Sağlık personellerinin çalışma koşulları ve ortamları ile ilgili hekim yöneticiler daha iyi gözlem yapabilmektedir.		Bazı hekimler, yönetici olsalar dahi, kuralları ve maliyet kontrolünü sevmedikleri için bireysel kararlar almaya yönelebilmektedir.
FIRSATLAR		TEHDİTLER	
1	Hekim sayısındaki artış, bazı hekimlerin sağlık yönetimi konusunda uzmanlaşma veya yönetim pozisyonlarına geçiş yapma eğilimini tetikleyebilmektedir.		Meslek dışı kişilerin hekimler üzerinde kontrol sağlaması zorlu bir süreç olabilmektedir.
2	Hekimler sağlıkla ilgili yönetsel sorunlarda alternatif ve pratik düşünebilmekte ve çözüm odaklı olabilmektedir		Yapay zekanın tıp alanında kullanılması, hekim dışı meslek çalışanlarına karar verme süreçlerinde liderlik yolunu açmaktadır.

2.3. Liderlik

2.3.1. Lider

Lider, örgütte birlik ve bütünlük sağlayan görüşlerin merkezinde yer alan ve insanları belirli hedeflere yönlendiren kişidir (48). Bir başka deyiş ile lider, insanların kendi bireysel ve grup amaçlarını gerçekleştirmek için izledikleri, onun yönlendirmesi ve emirleri doğrultusunda hareket ettikleri kişidir (49). Lider, güçlü iletişim becerilerine, vizyoner düşünceye, karar verme yeteneğine, empatiye ve sorun çözme becerilerine sahip olmalıdır. İyi bir lider, çalışanlarına örnek olur, onları motive eder ve ekip çalışmasını özendirir (50).

2.3.2. Liderlik

Liderliğin genel olarak iki kapsamda ele alınarak tanımlandığı görülmekte olup ilkinde liderlik bir süreç olarak ele alınır ve lider örgüt üyelerini amaçları doğrultusunda yönlendiren, düzenleyen biri olarak tanımlanır. Diğerinde ise liderlik özelliklere dayanır ve liderin grup üyelerini etkileyebilecek niteliklere sahip olması gerektiği vurgulanır. Bu bakış açısına göre lider, kararlılık, iletişim becerisi, motivasyon, vizyon, güvenilirlik gibi özelliklere sahip olmalıdır. Farklı açılardan ele alındığında liderlik, yönlendirme, etkileme ve başarıya yol gösterme gibi rol ve yeteneklerin birleşimi olarak tanımlanır (51).

Liderliğin ortaya çıkışına bakıldığında liderin belirli nitelikler ve yetkinlikler kullanarak diğerlerini etkilemesi ve yönlendirmesi önem kazanmaktadır. Liderlik, liderin vizyonunu paylaşarak, insanları motive ederek, hedeflere yönlendirerek ve ekip çalışmasıyla ortak amaçlara ulaşmayı sağlayarak gerçekleşir (52). Ayrıca, liderin ekibin güvenini kazanması ve ilişkileri geliştirmesi de liderlikte önemli bir unsurdur.

Liderlik, organizasyonlarda başarı için önemli bir faktördür. Liderlik, yenilikçilik, değişime uyum sağlama ve sürdürülebilir büyüme gibi önemli alanlarda etkili olabilir (50).

2.3.3. Liderlik Özellikleri

Liderlik davranışlarının neler olduğu ve nasıl lider olunacağı konusunda pek çok düşünce ve tanım olmakla birlikte bu konuda bir kesinlik yoktur. Ancak genellikle tanınmış liderlerin kişilik analizlerinden ve çeşitli çıkarımlardan elde edilen özelliklere dayanan liderlik konusunda yapılan tanımlamalardan elde edilen bazı özellikler bulunmaktadır. Bunlar; zekâ, yeniliklere açıklık, dürüstlük ve güvenilirlik, yetenekli insanları bulma ve çalıştırma yeteneği, kolayca ilişki ve ortaklık kurma yeteneğidir (37,39,43). Liderlikle ilgili yapılan çalışmalarda liderlerin sahip olması gereken özellikler arasında kararlılık, kendine güven, yaratıcılık, kavrama yeteneği, dürüstlük, tutarlılık, azim, diğer bireyleri motive etme, karmaşık sorunları çözebilme, sabır, işbirliği yapabilme, ileriye yönelik düşünme ve iletişim yeteneği gibi özellikler ön plana çıkmaktadır (53). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gerçekleştirilmiş olan bir çalışmada liderlerin etkili olması için sahip olması gereken özellikler üzerinde durulmuş bu özellikler zekâ, kararlılık, kendine güven, inisiyatif kullanma ve yönetsel yetenek olarak belirtilmiştir. Ayrıca iyi bir lider doğru ve gerçekçi düşünen, mizah anlayışı olan, çalışanların sağlığına önem veren, olumlu düşünen, başarıları öven ve prensiplerin kurallardan daha üstün olduğunu benimseyen kişi olarak

tanımlanmıştır. Bu özelliklere ek olarak azim, girişkenlik, dürüstlük ve doğruluk, özgüven, duygusal denge ve bilişsel yetenek, işletme konusunda bilgi sahibi olması eklenmiştir (54).

2.3.4. Liderlik ve Yönetim Ayrımı

Liderlik ve yöneticilik genellikle birbirine yakın ve örtüşen kavramlar olarak kullanılır. Her ikisi de organizasyonlarda değişimi yönlendirmeye ve amaçlara ulaşmaya odaklanır. Liderlik, öncelikle vizyon belirleme, örnek olma ve insanları motive etme üzerine odaklanır. Yönetim ise daha çok organizasyonun günlük işleyişini yönetme ve operasyonel görevleri yerine getirme üzerine odaklanır. Liderlik ve yönetim arasındaki bazı temel farklılıklar Tablo 2.2’de gösterilmiştir (55).

Tablo 2.2. Yönetim ve Liderliğin Özellikleri (55) (Ankara, 2023)

Boyut	Yönetim	Liderlik
Tarz	Etkileşimsel	Dönüşümsel
Güç Kaynağı	Otoriter	Karizmatik
Perspektif	Kısa	Uzun
Yanıt	Reaktif	Proaktif
Çevre	Stabil	Değişken
Amaç	İş Yükünü Yönetmek	İnsanlara Liderlik Etmek
Gereklilikler	Astlar	İzleyenler
Motive Eder	Önerme ile Motive Eder	Örnek Olur
Gereksinim	Hedefler	Vizyon
Yönetim	Ayrıntıları Planlar	Yönü Belirler
Karar Verme	Karar Verir	Değişimi Kolaylaştırır
İstekler	Sonuçlar	Başarı/Mükemmellik
Risk Yönetimi	Riskten Kaçınma	Risk Alma
Kontrol	Kural Koyar	Kuralları Çığır
Çatışma Yönetimi	Kaçınma	Kullanım
Fırsatçılık	Aynı Yön	Yeni Yön
Çıktılar	Ödev Alır	Ödev Verir
Yönetimi Suçlama	Suçlama Yapar	Suç Üstlenir
İlgi Alanı	Haklı Olmak	Doğru Olmak
Motivasyon	Finansal	Mükemmellik Arzusu
Başarı	Amaçları Karşılar	Yeni Amaçlar Bulur



Liderlik ve yöneticilik arasındaki ayırmadan bahseden en eski çalışmalardan birinde, yöneticiler işleri doğru yapan kişilerken, liderler ise doğru şeyi yapan kişilerdir denmektedir. Yönetici düzen ve tutarlılık sağlama, lider ise değişim ve hareket üretme ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca liderlerin sistemlerin, süreçlerin ve kaynakların yerinde olmasını sağlamak gibi yönetsel görevlere de sahip olduğu belirtilmektedir (56).

Liderlik ve yönetim arasındaki bu farklılıklar, her ikisinin birlikte çalışmasıyla en etkili sonuçları elde etmek için birbirini tamamlayıcı roller olduğunu gösterir. Bir organizasyonda hem etkili liderlik hem de etkili yönetim bulunması, değişimi yönetmek, hedeflere ulaşmak ve başarıyı sağlamak için önemlidir (55). Bundan dolayı yönetimin liderlikten ayrılması gerçekten tehlikeli bir durum olabilir. İnsanlar liderlikten yoksun olduklarında, ortak bir vizyon ve hedefler etrafında birleşme güçleri azalır ve motivasyon düşer. Diğer yandan, liderlik sorumluluğunu üstlenmeyen bir yönetici veya yönetim görevlerini ihmal eden bir lider, çalışanlarda kibirli bir tavır gelişmesine yol açabilir. Yönetim ve liderlik farklı ancak tamamlayıcı faaliyetlerdir (57).

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) raporlarına göre, Türkiye'nin sağlık sistemi iyileştirilmeye gereksinim duymaktadır. Türkiye'de, sağlık harcamalarının sağlık sonuçlarına yansımaları ve verimlilik açısından bazı zorluklar olduğu belirtilmektedir. Türkiye'nin sağlık yönetiminin, OECD ülkeleri arasında bazı zorluklarla karşı karşıya olduğu söylenmektedir. İngiltere'nin sağlıkta liderlik konusunda merkezi yönetim, finansal destek ve ulusal politika uygulaması başarılı bulunmaktadır. Almanya'da sağlık sigortası sistemi, yüksek kalitede sağlık hizmetleri, sağlık teknolojilerine erişim ve yenilikçilikte başarılı liderlik örnekleri olarak gösterilmektedir. Kanada'nın ise geniş kapsamlı kamu sağlık hizmetlerinin, sağlık politikalarının koordinasyonu, eşitlikçi erişim ve halk sağlığına odaklanma konularında liderlik gösterdiği ifade edilmektedir. Bu zorluklarla başa çıkmak için Türkiye, sağlık yönetimi alanında stratejik planlamalar ve politikalar ve sürekli olarak reformlar gerçekleştirmek zorundadır. Sağlık hizmetlerine erişim, sağlık harcamalarının etkin kullanımı, sağlık sistemi reformları ve insan kaynakları yönetimi gibi alanlarda iyileştirmeler yapılması gerekmektedir. Etkin ve verimli bir sağlık yönetimi ise ancak etkin bir liderlikle gerçekleşir (26,52,56,58,59).

2.4. Klinik Liderlik

Klinik liderlik, bir sağlık kurumunda, bir b6l6m, birim veya kurumdaki klinisyenlerin, hastalara birebir hizmet sunmaya ek olarak hizmetin daha da geliştirilmesi için çaba g6sterme ve bu çaba ile işlemleri politikaları ve sistemleri değiştirme g6c6 ve becerisidir (60).

ABD Tıp Enstit6s6, sağlık hizmetlerinde kaliteyi bireylere ve topluma sunulan hizmetlerin istenilen sonuçlara ulaşma olasılığını artırmaya ve mesleki uyumluluğa dayalı olarak tanımlarken, Brook ve Williams ise kaliteyi teknik nitelikte tedavi becerisinin birleşimi olarak form6le etmiştir. Teknik nitelik, modern tıp standartlarına uygunluğu g6sterirken, tedavi becerisi ise hasta memnuniyetini sağlama başarısını ifade eder (6,61,62). Tanımlamalar ve ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'nın kalite iyileştirme ilkeleri (sistem ve s6re b6t6nl6ę6, hasta odaklılık, ekip çalışması, veri kullanımı) sağlık hizmeti sunumunda s6rekli kalite iyileştirmenin temelinde liderlik 6zelliklerinin olduğunu g6stermektedir (63).

Son yıllarda gerçekleştirilen uluslararası araştırmalar, liderliğin, sağlık alanında yapılan çalışmaların ve sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire vb.) merkezi konumunda vurgulanan 6nemli bir unsur olduğunu g6stermektedir (64). Sağlık hizmetleri sunumunda liderlik, y6ksek sağlık bakım standartlarını korumakla kalmayıp aynı zamanda hizmetlerin d6n6ř6m6n6 sağlamak ve başarıya ulaşmak için de gereklidir (65).

Sağlık hizmet sekt6r6, t6m boyutlarıyla karmaşık bir yapıya sahiptir, bu nedenle hizmet sunumunun g6venli, kaliteli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi, sağlık hizmet isteklerinin karşılanması ve zorlukların 6stesinden gelinmesi için benzersiz bir bakış açısı ve uzmanlık gerektirmektedir. Bu nedenle, sağlığın temel hizmet sunucuları olarak klinisyenlerin liderlik rol6n6 6stlenmeleri 6nemli g6r6lmektedir (66). Bir başka deyişle sağlık hizmeti sunum kalitesinin iyileştirilebilmesi için sağlık kuruluşlarının, sağlık uzmanlarının etkili bir rol oynadığı liderlik t6r6 gerekmektedir (67).

Burada hekimler 6zelinde değerlendirildiğinde ve g6n6m6z6n gelişen ekonomik ortamı ve sağlık sistemi g6z 6n6ne alındığında, hekimlerin 6st d6zeylere y6kselmesinin tek arzulanan değil, aynı zamanda giderek kıt olan sağlık kaynaklarının uygun şekilde dağılımını sağlamak için de zorunlu olan bir durum olduğu g6r6lm6řt6r. (68). İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri 2006'da b6t6n uygulayıcı hekimlerin kaynakları y6netmekle y6k6ml6 olduklarını ve

hastalarına, işverenlerine ve hizmet alanlarına karşı sorumlulukları olduğunu net bir şekilde bildirmiştir (9,69). Hekimlerin liderlik sorumluluklarını yerine getirmesi gerektiğini destekleyecek nitelikte çok sayıda çalışma olmakla birlikte yapılan bir çalışmada Birleşik Krallıkta bulunan yönetim işlerine katılan hekim sayısının çok olduğu sağlık kurumlarında, hekim liderliği az olan hastanelere kıyasla performansın (genel yönetim, performans yönetimi, etkin liderlik vb.) %50 daha fazla ve etkili olduğu saptanmıştır (70). Bir başka çalışmada ise Amerika Birleşik Devletleri'nde en iyi hastaneler değerlendirilmiş, 6500 farklı hastane incelenmiş ve sadece 17 tanesi, birden fazla uzmanlık alanında olağanüstü bir başarı göstererek "Honor Roll (Onur Listesi)" seviyesine yükselmeye hak kazanmıştır. Bu 17 hastaneden 14 hastanenin ise Chief Executive Officer (CEO)'sunun, yani tepe yöneticisinin bir hekim olduğu saptanmıştır (15,71). Dwyer bu konuyla ilgili yaptığı literatür araştırması sonucunda hastanelerin hekimler tarafından yönetilmesiyle daha iyi performans gösterdiklerini ileri sürmüştür (72).

Klinisyenlik, hasta bakımıyla ilgilenen hekimler dahil olmak üzere tüm sağlık profesyonellerini kapsayan genel bir terimdir. Bununla birlikte, ülkemizde, tıp temel bilim eğiticileri dışında kalan ve hastalarla doğrudan iletişimde olan hekimleri tanımlamak için de kullanılmaktadır (73,74). Çalışmada kullanılan ölçek içerisindeki klinisyen tanımına (9);

- Hekim
- Dış Hekimi
- Hemşire
- Eczacı
- Psikolog
- Sosyal Hizmet Sorumlusu
- Diğer Sağlık Personeli dahil edilmiştir.

Öte yandan, klinik terimi daha geniş bir anlamda kullanılmakta ve insanların tıbbi bakım veya belirli bir durumla ilgili öneri almak için gidebilecekleri, genellikle bir hastanenin parçası olan binayı tanımlarken, belirli bir konuda, etkinlikte veya alanda bir grup insana verilen önerileri tanımlamak için de kullanılabilir. Klinikler, hekimler başta olmak



üzere sağlık profesyonelleri tarafından yönetilir ve hastaların sağlık ile ilgili isteklerini karşılamak için multidisipliner yönetim odaklı bir yaklaşım benimseyebilirler (75–77).

Özellikle klinik ortamlarda hastalarla doğrudan iletişim kuran hekim ve hemşirelerin, sağlık hizmetleri sunumunda güvenlik ve kaliteye yönelik perspektiflerinin ve aynı zamanda sahip oldukları liderlik özelliklerinin, sağlık hizmetleri sisteminin merkezi olan klinik hizmetlerde önemli bir rol oynadığı ifade edilmekte ve klinisyenlerin bu liderlik biçimine klinik liderlik adı verilmektedir (13).

2.4.1. Klinik Liderlik Özellikleri

Sağlık sistemleri, dünya genelinde tüm sistemi kapsayan, kanıta dayalı, hasta odaklı, etkili ve verimli bir hizmet sunumu sağlama göreviyle uğraşırken; klinik liderliğin, özellikle hekim ve hemşireler arasında, bu hedefe ulaşmada birleştirici bir rol oynadığı düşünülmektedir (78). Dünya çapındaki sağlık hizmeti kuruluşları, sağlık hizmetlerinde liderlerin gereksinimi olan farklı becerileri standartlaştırmaya ve modernize etmeye çalışmaktadır. Avustralya, ABD ve Yeni Zelanda gibi ülkelere ek olarak İngiltere’de de, son on yılda klinik liderlik alanında yapılan çalışmaların özellikle National Health Services (NHS) bünyesinde hız kazandığı görülmektedir (79–81).

Birleşik Krallık’ta NHS İnovasyon ve İyileştirme Enstitüsü, kanıta dayalı bir yeterlilik çerçevesi geliştirmek için yoğun bir araştırma programı üstlenmiştir. İlk olarak 2002’de başlatılan Liderlik Nitelikleri Çerçevesi, sağlık hizmetlerindeki üst düzey yöneticilerin ve direktörlerin başarısıyla ilişkili bir dizi liderlik niteliği belirlemiştir. Sağlık hizmeti sunumunda tıbbi liderliğin öneminin giderek daha fazla fark edilmesiyle, 2006 yılında Birleşik Krallık’ta Tıbbi Liderlikte Artan Etkileşim projesi başlatılmıştır (81). 2008’de yayınlanan Tıbbi Liderlik Yetkinlik Çerçevesi “The Medical Leadership Competency Framework” (MLCF), sağlık hizmetlerinin planlanması, sağlanması ve iyileştirilmesinde etkili bir şekilde yer alma becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak için çeşitli kıdem düzeylerindeki hekimlerin gereksinim duyduğu liderlik yeterliliklerini özetlemektedir (80,82,83). Liderlik kavramıyla ilgili çeşitli kuram ve teoriler oluşturulmuş ve bu teoriler, tek bir lider etrafında toplanan izleyicilerin etkilenmesi üzerine odaklanmıştır. MLCF, liderliğin tek başına belirlenmiş bir liderlik rolüne sahip kişilerle sınırlı olmadığı tüm hekimlerin profesyonel rolünün bir parçası olduğu, paylaşılan liderlik kavramını desteklemektedir. Sonrasında MLCF, uygulanabilirliğini diğer sağlık profesyoneli

gruplarına genişletmek için Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi şeklinde düzeltilmiştir (80). Bununla birlikte, Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi, liderlik süreçlerine odaklanarak her bireye yönelmektedir. Bu çerçeve, organizasyon içindeki tüm klinisyenlerin bireysel olarak sergilemeleri gereken liderlik süreçlerini ve özelliklerini belirlemektedir (66). Ayrıca klinik liderlik, klinik olmayan liderlikle karşılaştırıldığında farklı bir amaca ve etki tabanına sahiptir. Odak noktası, kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşması iyileştirilmiş hasta sonuçlarının artmasıdır. Etki tabanı ekip çalışması ve kişisel klinik uzmanlık üzerine odaklanır. Klinik liderlik, sağlık hizmeti sunumunda klinisyenlerin önemli liderlik rollerini üstlendiği ve hekimler arasındaki bireysel ve kolektif liderliğin önemini vurgulamaktadır (10).

Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi, klinisyenlerde olması gereken klinik liderlik niteliklerinin belirlenerek bu niteliklerin standardize edilmesi ve klinisyenlerin eğitimleri boyunca bu standartlara uygun eğitimler almasını sağlayan bir modeldir ve personel değerlendirmeleri, bireysel değerlendirmeler ve performans yönetimi süreçlerinde de kullanılabilir. Böylece verimli ve yüksek kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirilebilir (80). Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesinin Boyutları Şekil 2’de gösterilmiş olup, aşağıdaki gibi özetlenmektedir (84):



Şekil 2.1. Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesinin Boyutları (84) (Ankara, 2023)



Kişisel Özellikler; Etkili liderlik, bireylerin değerlerinden, güçlü yönlerinden ve yeteneklerinden yararlanarak yüksek standartlarda hizmet sunmalarını gerektirir. Bunu yapmak için gereken kişisel özellikler: Kendi değerlerinin ve prensiplerinin farkında olma ve deneyimlerden öğrenme yeteneğine sahip olma, kendini düzenleme ve yönetme, başkalarının gereksinimlerini ve önceliklerini dikkate alma, sürekli mesleki gelişime açık olma, ahlaki değerlere uygun, açık, dürüst ve etik bir şekilde davranma

Diğerleriyle Çalışma; Etkili liderlik, bireylerin hizmet sunma ve iyileştirme konusunda ekipler ve ağlarla birlikte çalışmasını gerektirir. Bunu yapmak için: Hasta, bakıcılar, hizmet kullanıcıları ve temsilcileriyle iş birliği yapma, sistemler içinde ve arasında çalışan meslektaşlarıyla iş birliği yaparak hizmet sunmayı ve iyileştirmeyi sağlama, ilişkiler kurma ve sürdürme, dinleme, destekleme, güven kazanma ve anlayış gösterme yoluyla diğerleriyle ilişkileri kurma, diğerlerinin katkıda bulunma fırsatına sahip olduğu bir ortam yaratma, hizmet sunmayı ve iyileştirmeyi sağlamak için ekiplerle birlikte çalışma

Hizmetlerin Yönetimi; Etkili liderlik, bireylerin çalıştıkları organizasyonların başarısına odaklanmalarını gerektirir. Bunu yapmak için: Hizmet hedeflerine ulaşmak için planlara aktif olarak katkıda bulunma, hangi kaynakların mevcut olduğunu bilme ve kaynakların verimli ve güvenli bir şekilde kullanılmasını ve çeşitlilik gereksinimlerini yansıtmasını sağlamak için etkilerini kullanma, yönlendirme sağlama, performansı değerlendirme, diğerlerini motive etme ve eşitlik ve çeşitliliği özendirme, hizmet sonuçları için kendilerini ve diğerlerini sorumlu tutma

Hizmetlerin İyileştirilmesi; Etkili liderlik, bireylerin yüksek kaliteli hizmetler sunarak ve hizmetleri geliştirerek insanların sağlığında gerçek bir fark yaratmalarını gerektirir. Bunu yapmak için: Hizmet gelişmeleriyle ilgili olarak hastaların risklerini değerlendirme ve yönetme, ekonomik düşünceleri hasta güvenliği gereklilikleriyle dengeleme, analitik ve kavramsal düşünebilme yeteneğine sahip olma ve hizmetlerin nasıl geliştirilebileceğini belirleme, bireysel olarak veya bir ekip üyesi olarak çalışma, sürekli hizmet gelişimi iklimi yaratma, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yol açan değişim süreçlerine aktif olarak katkıda bulunma

Yönlendirmelerin Kurgulanması; Etkili liderlik, bireylerin organizasyonun strateji ve amaçlarına katkıda bulunmasını ve değerlerine uygun bir şekilde davranmasını gerektirir. Bunu yapmak için: Dikkate alınması gereken faktörlerin farkında olma, hizmet



iyileştirmeleri için fırsatları belirlemek amacıyla sistemlere ve süreçlere meydan okumak için bilgi toplama, değerlerine ve kanıtlara dayanarak iyi kararlar verme, sonuçları ölçme ve değerlendirme, gerektiğinde düzeltici önlemler alma ve kararları için sorumluluk alma

2.5. Sağlık Yönetiminde Eğitim

Ülkeler, sağlık sistemleriyle kendi toplumlarının sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla ilgilenir. Bu sistemlerde hekimler kritik role sahiptir. Hekimler, sağlık hizmetinin planlanması, organizasyonu veya hasta bakımı gibi konularda görev alırken, alanlarında gereken yeterliklere sahip olmalıdır. Bu nedenle, hekimlerin yetiştirilmesi için tıp eğitimi önemlidir.

Tıp eğitimi, bilimsel ilerleme, teknolojik gelişmeler ve sağlık ihtiyaçlarına bağlı olan dinamik bir süreçtir. Küresel eğilimler, eğitimdeki değişimler ve ulusal gereksinimler bu süreci etkilemektedir. Küreselleşme ise tıp eğitimi geniş kapsamlı bir şekilde etkilemiş ve sağlık hizmeti sunumunda ortak standartların oluşturulması çabalarını başlatmıştır. Farklı ülkelerden mezun olan hekimlerin diplomalarının karşılıklı tanınması ve tüm mezun hekimlerin asgari yeterliliklere sahip olması, bu çalışmaların amaçlarındandır (25,85).

Tıp eğitiminde günümüzde birçok farklı yaklaşım kullanılırken, çekirdek eğitim programlarının en fazla seçilen metotlardan biri olduğu görülmektedir. Çekirdek eğitim programı, ilgili alanda eğitim gören herkesin kesinlikle sahip olması gereken bilgi ve uygulamaların bütünüdür. Çekirdek eğitim programında Bölüm 3 “Davranışsal, Sosyal ve Beşerî Bilimler” başlığı altında yer almasına rağmen tıp fakültesi lisans eğitimi düzeyindeki sağlık yönetimi eğitiminin eksik kaldığı düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde, insan sağlığıyla birlikte psikoloji, sosyoloji, iletişim, yaklaşım, etik gibi değerler ile bu alana özgü bilgi ve beceri gerekmektedir (17).

Öte yandan sağlık hizmetlerinin yönetimi, insan sağlığıyla birlikte sosyoloji, psikoloji, iletişim, insan kaynakları, işletme, muhasebe, hukuk, ekonomi gibi çeşitli alanlarda bilgi ve beceri gerektirmektedir. Bu kapsamda sağlık yönetimiyle ilgili eğitime erişmek için, kimi kurumlar tarafından sağlık yönetimi eğitim programları düzenlenmiştir. Bu programlar, ideal sağlık yönetimi eğitimine ulaşmak isteyenler için sunulmaktadır (1).

2.5.1. Sağlık Yönetiminde Eğitimin Önemi ve Sağladıkları

Sağlık hizmetlerinde hekimler, hemşireler ve diğer klinik meslek gruplarının önemi yadsınamaz. Ancak bu meslek gruplarının yeterli sayıda ve istenilen kalitede olması, ülkenin sağlık sorunlarının çözümü için yeterli değildir. Bu durum, sorunların büyük bir kısmının yanlış yönetimle ilintili olmasından kaynaklanmaktadır. Bundan dolayı yönetimdeki yanlışlıkların giderilmesinde sağlık yönetiminde eğitimin önemi ortaya çıkmaktadır (86).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1948 yılında kurulan Sağlık Yönetimi Üniversite Programları Birliği (Association of University Programs in Health Administration, AUPHA), sağlık yönetiminde eğitimi yönlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Bu organizasyon, sağlığın geliştirilmesi için üniversiteler, yüksek okullar, bireyler ve kurumların sağlık yönetiminde eğitim ve araştırmaları özendiren, rehberlik eden ve katkıda bulunan bir yapıdır. AUPHA, sadece ulusal düzeyde değil aynı zamanda uluslararası alanda da eğitim desteği sağlamaktadır. 500'den fazla üniversite ve eğitim kurumu bu organizasyona üyedir ve üyelerine yaklaşık 160 eğitim programı sunmaktadır (87).

Yöneticilik mesleğinin temel dayanakları, yükseköğretim kurumlarının sağladığı bilgi birikimi ve bilimsel araştırmaların uygulama ile bağlantı kurabilmesine odaklanmasıdır. Bu bağlamda, özgün bir sağlık yönetimi programını tamamlayan bir yöneticiden AUPHA organizasyon kriterlerine göre aşağıda sıralanan nitelikler beklenmektedir (1,88):

- Sağlık hizmetlerinde etkin çalışan kuruluşların yapısı ve durumuyla ilgili bilgiye sahip olma,
- Farklı finansal yapılar altında faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının mali yönetimi hakkında bilgi sahibi olma,
- Sağlık meslekleri ve insan kaynakları yönetimi konusunda iletişim becerisi, kişilerarası ilişkiler ve liderlik yetkinliklerine sahip olma,
- Karar verme süreçlerinde bilgi sistem kaynaklarını toplama, kullanma, analiz etme, geliştirme ve yönetme becerisi,
- Mantıklı kararlar için istatistiksel, sayısal ve ekonomik analizler yapabilme,
- Hukuki ve etik kurallara uygun olarak klinik kararlar alabilme ve uygulayabilme,

- Mikro düzeyde kurum içi, makro düzeyde ise ülke sağlık politikasının oluşturulması, formülasyonu, yürütülmesi ve sonuçlarının analiz edilmesi yeteneğine sahip olma,
- Toplumun sağlık durumunu, hastalık belirleyicilerini, farklı nüfus gruplarında hastalık risklerini ve davranışlarını anlama ve değerlendirme becerisi,
- Farklı toplumlarda sosyal ve davranış bilimlerinde yaygın olarak kullanılan sağlık sistemlerinin performans ölçümü, finansman, organizasyon ve gelişmeleri konusunda bilgili olma,
- Sağlık kuruluşlarında süreç iyileştirme için işletme ve sağlık sonuçlarının ölçümü, süreç-sonuç ilişkisi ve yöntemleri konusunda kurumsal bilgi ve analitik sentez yetkinliklerine sahip olma.

2.5.2. Tıpta Sağlık Yönetimi Eğitiminin Önemi

Tıp öğrencileri birinci basamak rolü için eğitilmekte, öğrencilerin mezun olduktan sonra birinci basamak sağlık merkezlerinde liderlik ve yöneticilik görevlerini de yürütmeleri beklenmektedir. Hekim olmanın, aynı zamanda yönetici ve lider olmak üzere eğitilmek anlamına geldiği varsayılmaktadır. Ancak şu anda uygulanmakta olan eğitim programlarının hekimleri bu kavramlarla tanıştırmak için çok yetersiz olduğu saptanmıştır (89). Günümüzde tıp eğitimi, öğrencileri sağlık hizmeti sunum sistemleriyle ilgilenmeye hazırlamamaktadır. Tıp eğitimindeki bu boşluk, kariyerleri boyunca doktorlar için zorluklar yaratmaktadır. Bu nedenle, tıp öğrencilerinin yönetim becerileri konusunda da eğitilmeleri gerekmektedir. Bu konu çok sayıda raporda da vurgulanmıştır (90–92).

Tıpta sağlık yönetimi eğitimi, sağlık profesyonellerinin yönetim becerilerini geliştirmelerine ve sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunur. Sağlık yönetimi eğitimi, sağlık profesyonellerinin sağlık hizmetlerinin yönetiminde etkili liderler olmalarını sağlar. Bu da sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır, verimliliği sağlar ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini destekler. Sağlık yönetimi eğitiminin önemli yönleri şu şekilde belirtilmektedir (76,77,93,94):

- Yönetim Yetkinlikleri: Sağlık yönetimi eğitimi, sağlık profesyonellerine yönetim becerileri kazandırır. Bu beceriler arasında liderlik, iletişim, stratejik planlama, karar verme, kaynak yönetimi ve performans değerlendirme gibi konular bulunur. Bu yetkinlikler, sağlık kurumlarının etkin bir şekilde yönetilmesini sağlar.

- Verimlilik ve Kalite: Sağlık yönetimi eğitimi, sağlık profesyonellerinin sağlık hizmetlerini daha verimli bir şekilde sunmalarına yardımcı olur. Eğitim sayesinde, süreçlerin iyileştirilmesi, kaynakların doğru kullanılması ve kalite standartlarının artırılması hedeflenir. Bu da hasta bakımında iyileşme ve memnuniyet sağlar.
- Stratejik Planlama: Sağlık yönetimi eğitimi, sağlık profesyonellerine uzun vadeli stratejik planlama yetenekleri kazandırır. Bu planlar, sağlık kurumlarının gelecekteki hedeflerine ulaşmasına ve değişen sağlık ihtiyaçlarına uyum sağlamasına yardımcı olur. Stratejik planlama, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve rekabet gücünü artırır.
- Kaynak Yönetimi: Sağlık yönetimi eğitimi, sağlık profesyonellerine kaynak yönetimi konusunda bilgi ve beceriler sunar. Bu, bütçe yönetimi, finansal analiz, maliyet kontrolü, tedarik zinciri yönetimi ve personel planlaması gibi alanları kapsar. Eğitim sayesinde kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması sağlanır.
- İş birliği ve İletişim: Sağlık yönetimi eğitimi, sağlık profesyonellerinin etkili iletişim ve iş birliği becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur. Sağlık hizmetlerinde çok çeşitli paydaşlar arasında koordinasyon ve iş birliği önemlidir. İyi iletişim ve iş birliği, hasta bakımının kalitesini artırır ve sağlık sisteminin verimliliğini sağlar.
- Yasal ve Etik Uyum: Sağlık yönetimi eğitimi, sağlık profesyonellerinin yasal düzenlemelere ve etik standartlara uyum sağlamasını destekler. Eğitim sayesinde sağlık profesyonelleri, sağlık hizmetlerindeki yasal ve etik sorunları tanır, doğru kararlar alır ve etik standartlara uygun davranır.

Buradan hareketle yarının hekimlerinin büyük bir kısmının liderlik ve yöneticilik yapacağı düşünüldüğünde bugünün tıp öğrencilerinin bu konuda da eğitilmesine olan gereksinim öne çıkmaktadır. Hekimler için liderlik ve yönetim eğitimi girişimlerinin geliştirilmesine rağmen, lisans düzeyinde bu tür gelişmelerin kanıtı daha sınırlıdır (95).

2.5.3. Türkiye Tıp Eğitiminde Sağlık Yönetimi Eğitimi ve Liderlik

Profesyonel açıdan Türkiye’de sağlık yönetimi eğitimi 1963’de ilgili alanda eğitim veren Sağlık Bakanlığı Mesleki Eğitim Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak kurulan Hacettepe Üniversitesi “Sağlık İdaresi Yüksekokulu” nda başlamıştır, günümüzde Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü olarak faaliyetini sürdürmektedir (1,15). Türkiye’de tıp eğitimi sürecinde sağlık yönetimi eğitimi ve liderlik



konuları, tıp fakültelerinde ve bazı sağlık yönetimi enstitülerinde veya fakültelerinde sunulan ilave eğitim programları veya dersler aracılığıyla ele alınabilmektedir. Bu programlar, tıp öğrencilerinin ve tıp mezunlarının sağlık hizmetlerinin yönetimini öğrenmesini ve liderlik becerilerinin geliştirilmesini amaçlamaktadır. Türkiye’deki tıp fakültelerinde sağlık yönetimi ve liderlik konularına odaklanan dersler ve eğitim programlarında, öğrencilere sağlık sistemi yapıları, sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin planlanması ve organizasyonu, sağlık ekonomisi, etik, sağlık hukuku, kalite yönetimi, stratejik planlama, insan kaynakları yönetimi ve sağlık bilgi sistemleri gibi konularda bilgiler verilmektedir. Ayrıca, liderlik becerilerinin geliştirilmesi, iletişim, ekip çalışması, yönetim stratejileri, problem çözme ve karar verme gibi konular da bu ders ve eğitim programları içerisinde yer alabilmektedir. Sağlık yönetimi ve liderlik eğitimi, tıp öğrencilerine ve tıp mezunlarına sağlık sistemi içinde yönetim pozisyonlarına hazırlık sağlamayı amaçlamaktadır. Bu şekilde, tıp mezunları, sağlık kurumlarında yönetici veya liderlik pozisyonlarında çalışabilirler. Ayrıca, sağlık politikalarının geliştirilmesinde ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında etkin rol oynayabilirler (96–98).

Türkiye’de tıp eğitiminde sağlık yönetimi ve liderlik becerilerinin önemi vurgulanmaktadır. Yükseköğretim Kurumu tarafından belirlenen 2020 yılı Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı’nda da Mesleki Değerler ve Yaklaşımlar içerisinde ‘Lider-Yönetici’ ana yetkinlikler arasında tanımlanmıştır. Burada yeterlik olarak hekimin ‘Hizmet sunumu sırasında sağlık ekibi içinde örnek davranışlar göstermesi, liderlik yapması’ gerektiği belirtilmiş ayrıca ‘Yöneticisi olduğu sağlık kuruluşunda, sağlık hizmetlerini planlama, uygulama, değerlendirme süreçlerinde kaynakları maliyet-etkin, toplum yararına ve mevzuata uygun kullanır.’ ifadesine yer verilerek hekimlerin yönetici ve liderlik becerilerine sahip olmalarının önemi vurgulanmıştır. Burada yönetim ve liderlik konularındaki yetkilerin sağlanmasında temel olarak üç anabilim dalına görevler yüklenmiştir. Bunlar Halk Sağlığı, Aile Hekimliği ve Acil Tıp anabilim dallarıdır. Bu görevlendirmelere bağlı olarak Halk Sağlığı Anabilim Dalları’nda “Toplum Sağlığı Problemleri”, İl-İlçe Sağlık Müdürlükleri Teşkilatı ve İşleyişi ile ilgili uygulamalı staj eğitimleri, Aile Hekimliği Anabilim Dalları’nda “İletişim Becerileri”, “Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi”, “Motivasyonel Görüşme”, “Zor Hasta Muayenesi”, Acil Tıp Anabilim Dalları’nda “Simülasyon”, “Acil Servis Yönetimi”, “Zor Hasta Muayenesi”, “Adli Rapor” gibi dersler verilmektedir. Bu çekirdek eğitim programı, tıp fakültelerinde öğrencilere sağlık yönetimi ve liderlik becerilerini kazandırmayı hedeflemektedir (17).

2.6. Tıp Eğitimi, Sağlık Yönetimi ve Liderlikte Depresyon, Anksiyete, Stres

Depresyon, anksiyete ve stres gibi psikolojik sağlık sorunları tıp fakültesi öğrencilerini ve diğer sağlık sektörü çalışanlarını, yöneticilik ve liderlik görevleri olmak üzere pek çok alanda etkileyebilmektedir. Özellikle liderlik ve yöneticilikle ilgili olan sorunları;

- Karar Verme Güçlüğü
- İletişim Zorlukları
- Performans Azalması
- Yönetimindeki Ekibin Sağlığıyla ilgili sorunlar
- Ekip ile ilişkilerdeki sorunlar olarak sıralamak mümkündür.

Tıp eğitiminde, depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkmak için bazı yöntemler önerilmektedir. Bunlar; farkındalık, destek arama, iyi bir çalışma-yaşam dengesi oluşturma, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürme, stres yönetim teknikleri uygulama, iletişim ve destek ağından faydalanma ve olumlu düşünme gibi yöntemleri içermektedir. Bu tarz stratejilerin uygulanması, depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olsa bile sorunlar ciddi boyutlarda ise psikologlar, psikiyatristler gibi ilgili uzmanlara başvurmak önemlidir (99–101).

Ciddi boyutlara ulaşabilen ve yıkıcı sonuçları olabilen Depresyon, Anksiyete ve Stres düzeylerinin belirlenmesi amacıyla geçmişten günümüze pek çok ölçek geliştirilmiş olup bunlardan birisi de 1995 yılında Avustralyalı psikologlar Prof. Dr. Ronny W. H. Lovibond ve Prof. Dr. Peter J. Lovibond tarafından geliştirilen ve 42 öncülden oluşan Depresyon, Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-42)'dir (102,103). Brown vd. tarafından 1997'de ve Antony vd. tarafından 1998'de bu ölçeğin daha kısa formlarının da aynı ölçümü gerçekleştirebilecek geçerliliğe sahip olduğu belirtilmiştir (104,105). DASS-42'nin 21 öncülden oluşan kısa formu olan DASS-21 ölçeği ise Henry ve Crawford, Mahmoud ve diğerlerinin çalışmalarıyla geliştirilmiştir (106,107).

2.6.1. Depresyon

Depresyon psikolojik sağlık sorunlarından biri olmakla birlikte kişinin duygu durumunu, düşünce tarzını ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Depresyon, sıkıntı, üzüntü, umutsuzluk, değersizlik hissi, enerji kaybı, ilgi ve zevk kaybı gibi belirtilerle

karakterizedir. Bu belirtiler, günlük yaşam aktivitelerinde işlevsellikte azalmaya yol açabilir. Depresyon, bireyin yaşam kalitesini, ilişkilerini, iş performansını ve genel sağlığını etkileyebilir (108,109).

Nüfusunun %3,8'i, yetişkinlerin %5'i (erkeklerde %4 ve kadınlarda %6) ve 60 yaşından büyük yetişkinlerin %5,7'si olan Dünya genelinde yaklaşık 280 milyon insan depresyon deneyimlemektedir (110). Kadınlarda, erkeklere göre depresyon yaklaşık olarak %50 daha yaygındır. Tüm dünyada, hamile ve yeni doğum yapmış kadınların %10'dan fazlası depresyonla karşı karşıya kalmaktadır (111). Her yıl 700.000'den fazla insan intihar nedeniyle ölmektedir. İntihar, 15-29 yaşındakiler arasında dördüncü önde gelen ölüm nedenidir ve bir kısmı depresyonla ilişkilidir (109). Ruhsal bozukluklar için etkili tedaviler olmasına karşın düşük ve orta gelirli ülkelerdeki insanların %75'ten fazlası tedavi alamamaktadır. Etkili bakımın önünde engel olarak, ruh sağlığı hizmetlerine yetersiz yatırım, eğitilmiş sağlık hizmeti sağlayıcılarının eksikliği ve ruhsal bozukluklarla ilişkili toplumsal damgalanma yer almaktadır (112).

Depresyonun tanısını koymak için Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) hazırladığı "Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı" (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) kullanılmaktadır. En son yayınlanan versiyonu DSM-5'e göre, depresyonun tanısı için aşağıdaki kriterler bulunmaktadır (113):

1. Depresif bir ruh durumu: Sürekli olarak üzgün, boş veya huzursuz hissetme. Bu durum, kişinin neredeyse her gün ve hemen hemen her saat devam eder.
2. İlgi veya zevk kaybı: Daha önce zevk alınan aktivitelerden ilgi ve zevk duyamama. Bu durum, neredeyse her gün ve hemen hemen her saat devam eder.

Depresyon tanısı konulabilmesi için aşağıdaki semptomlardan en az beşinin en az iki hafta boyunca hemen hemen her gün var olması gerekmektedir:

İştah değişiklikleri: Aşırı iştah veya iştah kaybı, kilo alımı veya kilo kaybı.

Uyku düzeninde değişiklikler: İnsomnia (uykusuzluk) veya hipersomni (aşırı uyuma).

Psikomotor ajitasyon veya huzursuzluk: Sürekli hareket etme, yerinde duramama veya huzursuzluk.

Halsizlik veya enerji kaybı: Sürekli yorgun hissetme, enerjide azalma.

Suçluluk veya değersizlik hissi: Aşırı suçluluk duygusu, değersizlik hissi veya aşırı öz-eleştiri.

Dikkat ve konsantrasyon sorunları: Karar verme güçlüğü, dikkat süresinde azalma.

Ölüm veya intihar düşünceleri: Ölüm, intihar düşünceleri veya intihar girişimleri.

Bu semptomlar, kişinin işlevselliğini olumsuz yönde etkilemeli ve başka bir tıbbi veya psikiyatrik durumla daha iyi açıklanamamalıdır.

DSM-5, depresyonun farklı şiddetlerini de sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre, hafif, orta, şiddetli ve ağır depresyon gibi farklı düzeyler tanımlanmaktadır. Tanı sürecinde, semptomların süresi, şiddeti ve etkisi değerlendirilerek depresyonun derecesi belirlenir. Önemli olan, doğru bir tanı ve tedavi için bir sağlık uzmanına başvurmak ve bu konuda uzmanlaşmış bir psikolog veya psikiyatrist tarafından değerlendirilmektir (109,113).

2.6.2. Anksiyete

Terim olarak anksiyete, tıkanma ve boğulma manasına gelen kökeni Latince olan “angere” sözcüğünden üretilmiştir (114). Anksiyete bozuklukları, aşırı korku ve endişe duygularıyla birlikte ortaya çıkan ve buna bağlı olarak davranışlarda bozukluklara sebep olan durumlar olarak tanımlanır. Belirtiler, yaşayan kişiye önemli bir rahatsızlık ve işlevsellikte belirgin bir düşüş getirecek kadar yoğundur (115). Dünya genelinde anksiyete bozukluklarının yaygınlığı, farklı ülkeler arasında değişiklik göstermekle birlikte, genel nüfusun yaklaşık %3-8’i arasında olduğu tahmin edilmektedir. Anksiyete bozukluklarının kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın olduğu gözlenmektedir. Kadınlarda anksiyete bozukluklarına yakalanma riski, erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazladır. Anksiyete bozuklukları, genellikle erken yetişkinlik dönemi olan 20’li yaşların başından itibaren başlar. Bununla birlikte, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde de görülebilir. Anksiyete bozuklukları, zihinsel rahatsızlıklar arasında en sık rastlananlardır ve yetişkin nüfusun yaklaşık %30’unu hayatlarının bir döneminde etkiler (115,116).

DSM-5’e göre, anksiyete bozuklukları, bireylerin yoğun ve sürekli bir şekilde kaygı ve korku yaşadığı durumları tanımlamaktadır. DSM-5’e göre bazı anksiyete bozuklukları ve tanı kriterleri şu şekildedir (113):

Panik Bozukluk: Ani ve tekrarlayan panik ataklar ile karakterizedir. Panik ataklar, beklenmedik bir şekilde yoğun bir korku veya rahatsızlık duygusuyla birlikte fiziksel semptomlarla ortaya çıkar. Kişi, panik atağı tekrar yaşama korkusuyla yaşar.

Tanı kriterleri:

- Tekrarlayan beklenmedik panik atakların olması.
- Panik atak sırasında en az dört semptomun birden ortaya çıkması: kalp çarpıntısı, terleme, titreme, nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı, mide rahatsızlığı, baş dönmesi, bayılma hissi, karıncalanma veya uyuşma hissi, üşüme ya da ateş basması.
- Panik ataklarının ardından en az bir ay süreyle panik bozukluğuna özgü endişe, kaygı veya davranış değişikliklerinin olması.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Sosyal durumlar veya performanslarda aşırı bir korku veya endişe yaşama durumudur. Sosyal etkileşimlerde, başkalarının önünde konuşma veya performans gösterme gibi durumlarda kaygı belirgindir.

Tanı kriterleri:

- Sosyal durum veya performanslarda sürekli ve aşırı kaygılanma.
- Kişinin sosyal durumlarda değerlendirilme korkusu.
- Sosyal durum veya performanslardan kaçınma veya sıkıntıyla karşılaştığında yoğun kaygı belirtileri gösterme.

Spesifik Fobi: Belirli bir nesne, durum veya aktiviteye aşırı ve mantıksız bir korku tepkisi verme durumudur. Örnek olarak yükseklik, hayvanlar, uçak yolculuğu veya kan gibi birçok farklı nesne veya durum olabilir.

Tanı kriterleri:

- Belirli bir nesne, durum veya aktiviteye sürekli ve aşırı korku tepkisi verme.
- Korku tepkisinin neden olduğu nesne veya durumdan kaçınma veya sıkıntıyla karşılaştığında yoğun kaygı belirtileri gösterme.
- Korku tepkisi ve kaçınma davranışlarının günlük yaşamı etkilemesi.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB): Yineleyici obsesyonlar ve kompulsiyonlarla karakterizedir. Obsesyonlar, kişinin zihinsel olarak rahatsız edici veya rahatsızlık verici bulduğu, sürekli olarak gelen düşünceler, dürtüler veya imgelerdir. Kompulsiyonlar ise bu obsesyonlarla başa çıkmak veya stresi azaltmak amacıyla yapılan tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemlerdir.

Tanı kriterleri:

- Yineleyici obsesyonlar (rahatsız edici düşünceler, dürtüler veya imgeler) veya kompulsiyonlar (tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemler).
- Obsesyonlar ve kompulsiyonlar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAD): Sürekli ve aşırı kaygı ve endişe durumuyla karakterizedir. YAD, günlük yaşamda birçok farklı konu üzerinde sürekli olarak endişe duyma haliyle ilişkilidir.

Tanı kriterleri:

1. En az 6 ay süren ve zamanın çoğu gününde yaşanan, bir dizi etkinlik veya etkinlikler (iş veya okul performansı gibi) ile alakalı olarak, aşırı düzeyde kaygı ve endişe (endişeli beklenti) vardır.
2. Birey, endişesini kontrol etmekte zorlanır.
3. Bu endişe ve kaygı, en az üç (veya daha fazla) semptomun varlığıyla ilişkilidir ve bu semptomlar en az altı ay boyunca çoğu gün yaşanır.

Not: Çocuklarda ise tek bir semptom bile yeterlidir.

- Sakinleşememe (huzursuzluk), gerginlik veya sürekli bir endişe hissi
- Hızlı bir şekilde yorulma
- Konsantrasyon zorluğu veya zihnin boşalması
- Kolayca sinirlenme
- Kaslarda gerginlik
- Uyku düzensizlikleri (uykuya dalma veya uyku süresince zorluk çekme veya dinlendirici olmayan, yetersiz uyku)

4. Kaygı, endişe veya vücutta meydana gelen semptomlar, mesleki, sosyal veya diğer önemli işlevsel alanlarda klinik olarak önemli bir sıkıntı veya bozulmaya neden olur.
5. Bu rahatsızlık, bir madde kullanımına (örneğin tedavi için kullanılan ilaçlar veya kötüye kullanılan ilaçlar) veya başka bir tıbbi duruma (örneğin hipertiroidi) bağlanamaz. Sadece bir Duygudurum Bozukluğu, Psikotik Bozukluk veya Yaygın Gelişimsel Bozukluk durumunda ortaya çıkmaz.
6. Bu bozukluk, başka bir zihinsel rahatsızlıkla daha iyi açıklanamaz.

2.6.3. Stres

Stres kelimesi Latince “estricia” dan gelmekte olup, 17. Yüzyılda felaket, bela, musibet gibi manalarda kullanılmış, 18-19. Yüzyılda ise anlamı değişerek baskı, güç, zor gibi manalarda objelere, kişilere ve ruhsal yapıya yönelik olarak kullanılmıştır (117).

Stres, zor bir durumun neden olduğu bir endişe durumu veya zihinsel gerginlik olarak tanımlanabilmekle birlikte sıkıntılı veya hayat tarafından tehdit ediliyor gibi hissetmek anlamına gelmektedir (118). Kanadalı hekim Hans Selye tarafından “Stres” kavramı tıp literatüründe ilk kez kullanılarak “bedenin, kendisine yönelik herhangi bir baskıya verdiği tepki” şeklinde tanımlamıştır (117,119).

Stres, bizi hayatımızdaki zorlukları ve tehditleri ele almaya sevk eden doğal bir insan tepkisidir. Herkes bir dereceye kadar stres yaşamakla birlikte, strese tepki verme şeklimiz, genel refahımızı etkilemektedir. Stres, bir olayın veya durumun kişinin günlük yaşamını etkileyecek düzeyde zorlayıcı veya tehdit edici olduğunu hissetmesiyle ortaya çıkar. Stres hem zihni hem de bedeni etkiler, az miktarda stres iyidir ve günlük aktivitelerimizi gerçekleştirmemize yardımcı olabilir. Ancak çok fazla stres fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarına neden olabilir. Stresle nasıl başa çıkacağımızı öğrenmek, daha az bunalmış hissetmemize ve zihinsel ve fiziksel sağlığımızı desteklememize yardımcı olabilir. Stres, gevşemeyi zorlaştırır ve kaygı ve sinirlilik gibi çeşitli duygulara neden olur. Konsantrasyonu azaltabilir ve baş ağrısı veya diğer vücut ağrıları, mide rahatsızlığı veya uyku sorunlarına, iştah azalması veya artmasına neden olabilir. Kronik stres, önceden var olan sağlık sorunlarını kötüleştirebilir ve alkol, tütün ve diğer maddelerin kullanımını artırabilir. Stresli durumlar, sağlık hizmetlerine erişim gerektiren en yaygın olarak anksiyete ve depresyon olmak üzere ruh sağlığı koşullarına da neden olabilir veya şiddetlendirebilir (118,120).

Stres; adrenalin, kortizol benzeri katekolaminlerin salınımını artırır. Adrenalin seviyelerindeki artış hipertansiyon, kalp krizi ve inme riskinde artış gibi fiziki sonuçların yanında anksiyete, uykusuzluk ve stres gibi psikolojik sonuçlara da neden olabilmektedir. Ana stres hormonu olan kortizol seviyelerindeki artış ise kilo alımı, hipertansiyon, Tip 2 Diyabet zayıflamış bağışıklık sistemi, osteoporoz gibi fiziki sonuçlara sebep olurken, beynin motivasyon, konsantrasyon ve ruh halini (mood) etkileyerek zihinsel bulanıklık, hafıza sorunları gibi psikolojik sonuçlara da neden olabilmektedir (118,120–122). Maduka ve arkadaşlarının üniversite mezuniyeti öncesi lisans öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada, sınav öncesi ve esnasında kortizol ve adrenalin düzeylerinde anlamlı artış olduğu saptanmıştır (123). Bu kapsamda yüksek kortizol ve adrenalin düzeylerinin stresle ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda öğrencilerde stresin ve stresle ilişkili bozuklukların tanınmasının önemi büyüktür.

DSM-5'e göre stresle ilişkili bazı bozukluklar ve tanı kriterleri şu şekildedir (113):

Akut Stres Bozukluğu: kişinin travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan belirli bir zaman diliminde yaşanan stres tepkisidir. Bu bozukluk, travmatik olaydan hemen sonra ortaya çıkar ve genellikle belirli bir süre sonra kendiliğinden düzelir.

Tanı kriterleri:

1. Bir kişinin travmatik bir olaya maruz kalması, tanıklık etmesi veya birinci dereceden yakın bir kişinin travmatik bir olaya maruz kalması veya ölümü ile karşılaşması.
2. Travmatik olayla ilgili bir veya daha fazla aşağıdaki belirtilerden en az dokuzu:
 - Belirli bir olayı tekrar yaşama (anılar, kabuslar veya flaş geri dönüşler).
 - Duygusal veya fiziksel tepkilerde artış
 - Olayla ilgili kaçınma davranışları (düşünceler, duygular, yerler veya kişilerle ilgili).
 - Olaya ilişkin olumsuz düşünceler veya duyguların sürekli varlığı, olumsuz inançlar veya beklentiler. (Bu kısımdan en az iki tane belirti olmalı)
 - Olaya ilişkin olumsuz düşünceler veya duyguların günlük aktiviteleri etkilemesi.
 - Uyum sağlama ve tepki vermeyle ilgili sorunlar (uyku sorunları, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite, aşırı tetikte olma). (Bu kısımdan en az iki tane belirti olmalı)

- Olaya ilişkin hatırlamada güçlük veya blokaj.
3. Belirtiler, travmatik olaydan sonraki 3 gün ile 1 ay arasında ortaya çıkar.
 4. Belirtiler, travmatik olayın ardından geçen süre boyunca klinik olarak önemli bir sıkıntıya veya işlevsellik kaybına yol açar.

Ani Başlangıçlı Ayırıcı Duygusal Bozukluklar: Belirli bir stresör (örneğin, ayrılık, iş kaybı, ciddi bir hastalık) sonrası ortaya çıkan duygusal belirtileri içerir. Örnekler arasında depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları veya uyum bozukluğu yer alır.

Tanı kriterleri:

1. Ayırıcı Duygusal Bozukluk:

- Belirli bir stresör sonrası duygusal belirtiler yaşama.
- Duygusal belirtiler, stresörle başa çıkmak veya stresör sona erdikten sonra 3 ay içinde ortaya çıkar.
- Belirtiler, stresörle ilişkili olduğunu düşündüren duygu, düşünce veya davranış değişikliklerini içerebilir. Örneğin, üzüntü, öfke, kaygı, güvensizlik veya hayal kırıklığı gibi duygusal tepkiler olabilir.

2. Ayırıcı Uyum Bozukluğu:

- Belirli bir stresör sonrası uyum sorunları yaşama.
- Uyum sorunları, stresörle başa çıkmak veya stresör sona erdikten sonra 3 ay içinde ortaya çıkar.
- Belirtiler, stresörle ilişkili olduğunu düşündüren davranış değişikliklerini içerebilir. Örneğin, iş veya okul performansında düşüş, sosyal geri çekilme, uyku veya iştah değişiklikleri gibi uyum sorunları olabilir.

3. Diğer Belirtilerle Giden Ayırıcı Duygusal Bozukluk:

- Belirli bir stresör sonrası duygusal veya uyum sorunları yaşama.
- Duygusal veya uyum sorunları, stresörle başa çıkmak veya stresör sona erdikten sonra 3 ay içinde ortaya çıkar.

- Belirtiler, diğer belirtilerle birlikte var olan veya diğer ruh hali bozukluklarına eşlik eden belirtileri içerebilir. Örneğin, depresif belirtiler, anksiyete belirtileri veya travmatik stres belirtileri olabilir.

Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSD): Kişinin yoğun bir travmatik olayı deneyimledikten sonra ortaya çıkan bir psikiyatrik bozukluktur.

Tanı kriterleri:

1. Kişinin doğrudan, tanıklık etme veya yakın bir kişinin yaşadığı bir travmatik olaya maruz kalması. Bu olay, ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddet gibi bir tehdit içermiş olmalıdır.
2. Kişinin travmatik olayı tekrar yaşama belirtileri:
 - İnançlar, düşünceler veya anılar şeklinde zorlayıcı hatıralar
 - Kabuslar veya tekrarlayan rüyalar
 - Travmatik olaya ilişkin flaş geri dönüşler (zihinsel olarak olayı yeniden yaşama gibi)
 - Şiddetli fiziksel veya duygusal tepkiler travmatik olayı hatırlatan uyaranlara (sesler, görüntüler, kokular vb.) maruz kaldığında
3. Kişinin travmatik olayla ilişkili kaçınma belirtileri:
 - Travmatik olaya ilişkin hatıralardan veya düşüncelerden sürekli olarak kaçınma
 - İlgili yerler, kişiler veya etkinliklerden kaçınma
 - Travmatik olaya ilişkin anıları veya duygusal tepkileri hatırlatan duygusal boşluklar
4. Kişinin olumsuz düşünceler ve duygusal değişiklikler yaşaması:
 - Kendi kendine veya dünyaya karşı suçlama, utanç veya olumsuz inançlar
 - Duygusal uyuşukluk veya hissizlik
 - İlgi kaybı veya zevk alma yeteneğinde azalma
 - Sürekli bir huzursuzluk, tetikte olma veya irrite olma hali

5. Kişinin travmatik olayın ardından 1 aydan daha uzun süre boyunca bu belirtileri yaşaması.
6. Belirtilerin kişinin sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlardaki işlevselliğini olumsuz yönde etkilemesi.

2.6.4. Tıp Fakültesi Öğrencileri ve Depresyon, Anksiyete, Stres

Öğrencilerin ilerlemesi ve özgünlüğü, orta düzeydeki stres ve anksiyete seviyelerinde artış gösterebilirken; anksiyetenin artmasıyla birlikte konsantrasyon, odaklanma ve öğrenme kapasitesinde azalma, hata yapma olasılığında artış, iş performansında düşüş ve insan ilişkilerinde bozulma gibi etkiler gözlenebilir (124).

Tıp öğrencilerinin eğitim süreci boyunca psikolojik rahatsızlıklarının varlığını gösteren birçok araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalar, tıp öğrencilerinin öğrenimleri sırasında yüksek oranda psikolojik sorunlar yaşadığını göstermektedir (24,124,125). Ülkemizde de tıp öğrencilerinin, diğer üniversite öğrencilerine kıyasla daha yüksek psikiyatrik sorun oranlarına sahip olduğu bildirilmektedir (126). Tıp öğrencileri arasında en yaygın olarak görülen psikiyatrik rahatsızlıklar anksiyete ve depresyondur (127).

Üniversite öğrencilerinin yaklaşık üçte birinin etkilendiği depresyon, üniversite öğrencilerinde önemli bir sağlık sorununu temsil etmektedir. Yapılan sistematik bir derlemenin sonuçlarına göre üniversite öğrencilerinde depresif bozuklukların ortalama yaygınlığının %30,6 olduğu ve bunun genel popülasyonda bildirilen oranlardan oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir (128). Başka bir sistematik derleme ve meta-analize göre ise dünyanın farklı bölgelerindeki tıp fakültesi öğrencilerinde depresyonun veya belirtilerinin tahmini sıklığı %27,2 olarak saptanmıştır (129). Öte yandan tıp fakültesi öğrencileri arasında depresyonun veya anksiyetenin genel sıklığının %1,4 ile %73,5 arasında değişmekte olduğu da belirtilmiştir (130). Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon prevalansının değerlendirildiği 2023 yılında yapılan bir başka meta analizde ise depresyon prevalansı %50 olarak saptanmış, ayrıca kadınların erkeklere kıyasla depresyon sıklığı daha fazla bulunmuştur (131).

Radcliffe ve Lester tarafından yapılan bir kalitatif çalışmada, tıp fakültesinin son sınıf öğrencileri arasında yapılan geçiş sürecinin stresli olduğunu ifade eden birçok öğrenci bulunmaktadır. Bu öğrenciler, dördüncü sınıftan beşinci sınıfa geçerken artık sadece



sınavlardan geçmek için değil, gelecekteki hastalarının sağlığı için öğrenmek zorunda olduklarını hissettiklerini dile getirmişlerdir (24).

Tıp fakültesi eğitimi sonrasında, insan sağlığıyla doğrudan ilişkili bir sorumluluk üstlenen hekimlerde yüksek düzeyde anksiyetenin varlığı, psikolojik ve duygusal açıdan yıpranmaya yol açabilir. Bu durumun, hasta bakım kalitesini olumsuz etkileyebileceği ve stres altındaki hekimlerin, hastalarının hem tıbbi hem de psikolojik tedavilerini en iyi şekilde gerçekleştiremeyecekleri ve hata yapma riski taşıyabilecekleri düşünülmektedir (132).

Ülkemizde tıp eğitiminin getirmiş olduğu strese ek olarak, tıp fakültesi öğrencileri altı yıllık eğitimlerinin son yıllarında intern doktor olarak çalışmakta ve pratik olarak hastalar ile ilgilenmektedir. Bu süreçte, tıp fakültesi öğrencilerinin çoğu uzmanlık eğitimi yapmayı arzulasa da mezun olan hekimlerin sayısı, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) asistan hekim kontenjanlarının oldukça üzerindedir. Bu nedenle, her 10 hekimden sadece biri uzmanlık eğitimi alma imkanına sahip olmaktadır. TUS'a hazırlanma süreci son sınıf öncesi dönemlerden itibaren başlamaktadır. Öğrencilik yaşamı, TUS, mesleki kariyer, sorumluluk artışı gibi stres yaratan pek çok etkenle öğrenciler başa çıkmak zorunda kalmaktadır bu durum da depresyon, stres, anksiyete gibi psikolojik durumların bu kitle üzerindeki etkisini daha da önemli kılmaktadır (17,22).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Araştırma Tipi

Bu çalışma tıpta uzmanlık tezi kapsamında, 01.09.2022-01.07.2023 tarihleri arasında Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin eğitim öğretim gördükleri Ankara Başkent Üniversitesi Bağlıca Kampüsü, Ankara Başkent Üniversitesi Dekanlığı, Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi ve bu hastaneye bağlı ek binalarda yürütülen kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırma evreni Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2022-2023 eğitim öğretim döneminde öğrenim görmekte olan Tıp Fakültesi öğrencileridir.

Öğrencilerin sayısı Dönem 1'de 188, Dönem 2'de 134, Dönem 3'te 171, Dönem 4'te 147, Dönem 5'te 92, Dönem 6'da 83 kişi olmak üzere toplam 817'dir. Her yıl için GPower analiz yöntemi ile minimum örneklem hesaplanmıştır.

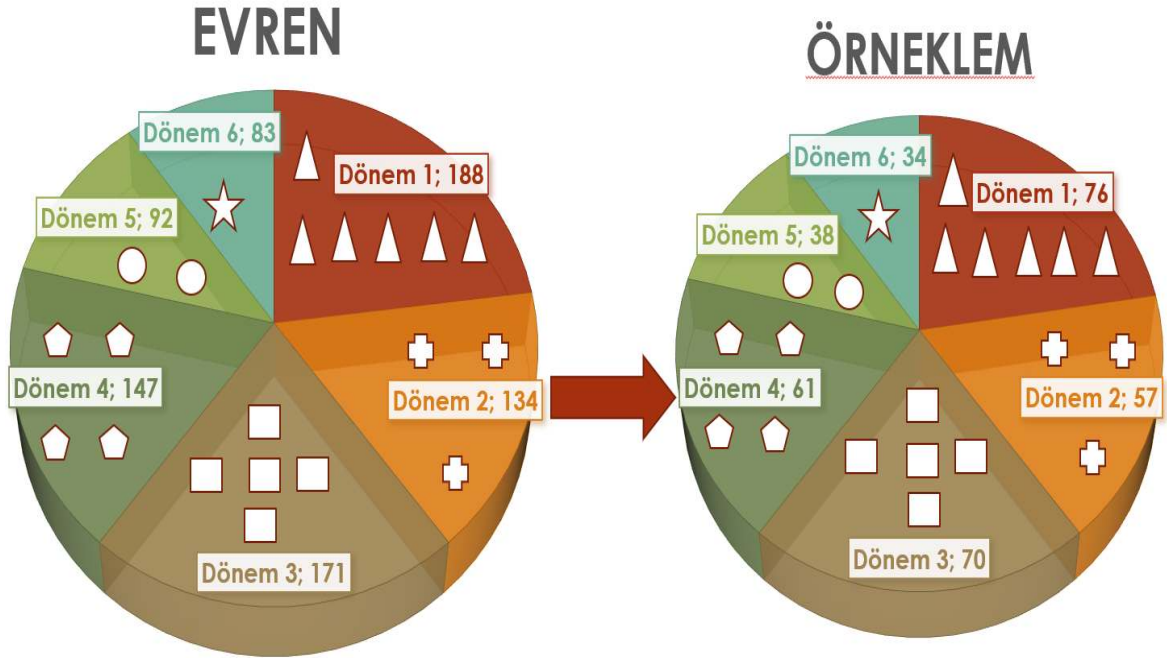
Burada minimum örneklem hesaplanırken “Özel Hastanelerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Liderlik Özellikleri: Ankara İli Örneği” isimli çalışmada Klinik Liderlik ölçeği puan ortalamasının 4.18 ± 0.77 olduğu saptanmıştır (14). Buradan hareketle çalışmamızda Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan katılımcılarda Klinik Liderlik ölçeği puan ortalamasının 4.38 olabileceği varsayımı ile $d=0.25$ etki büyüklüğü (Effect size) %95 güç ve 0.05 yanılma düzeyinde en az 195 katılımcının çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır. Hesaplama 'GPower 3.1.9.2' paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Ayrıca korelasyon analizi yapılmasına uygun örneklem büyüklüğü hesabı da yapılmıştır. Literatür taramaları sonucunda sağlık çalışanlarında Depresyon, Anksiyete ve Stres düzeyleri ile Klinik liderlik davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışma bulunamamıştır. Bu kapsamda çalışmamızda tıp fakültesi eğitimi alan katılımcılarda Depresyon düzeyleri ile Klinik liderlik davranışları arasındaki $r=0.20$ 'lik korelasyon katsayısı anlamlı kabul edilerek %95 güç ve 0.05 yanılma düzeyinde en az 319 katılımcının çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır. Hesaplama 'GPower 3.1.9.2' paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Yapılan her iki GPower analiz sonucunda hesaplanan minimum katılımcı sayısı değerlerinden yüksek olan 319 örneklem büyüklüğü olarak alınmıştır.

Bu doğrultuda 01.10.2022-31.03.2023 tarihleri arasında 6 ay süreyle orantılı tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılan Tıp Fakültesi Dönem 1'lerden 76, Tıp Fakültesi Dönem 2'lerden 57, Tıp Fakültesi Dönem 3'lerden 70, Tıp Fakültesi Dönem 4'lerden 61, Tıp Fakültesi Dönem 5'lerden 38, Tıp Fakültesi Dönem 6'lardan 34, toplam 336 öğrenci araştırmaya alınmıştır.

Şekil 3.1'de tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle ulaşılan öğrencilerin dağılımları verilmiştir.



Şekil 3.1. Orantılı Tabakalı Rastgele Örnekleme Yöntemiyle Ulaşılan Öğrencilerin Evren ve Örneklem Dağılımları (Ankara, 2023)

3.3. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2022-2023 eğitim öğretim yılında Dönem 1, 2, 3, 4, 5, 6 olarak eğitim ve öğretim görüyor olmak alınma kriteri olarak kabul edilmiştir.

3.3.2. Dışlanma Kriterleri

Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi dışında eğitim ve öğretim görüyor olmak, Çalışmaya katılmayı kabul etmemek dışlama kriterleri olarak alınmıştır.

3.4. Araştırma Değişkenleri

3.4.1. Bağımsız Değişkenler

- Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, okunan lise, barınma yeri, aile tipi, hanedeki kişi sayısı, babanın eğitimi ve mesleği, annenin eğitimi ve mesleği, aile ikametgahı, aylık gelir ve algılanan gelir düzeyi, kronik hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi, suç olayına karışma durumu, kişilik tipi, okunan dönem, yabancı dil öğrenme durumu)
- Mesleki Seçimleri ile ilgili değişkenler (Tıp fakültesini seçme nedeni, Tıp fakültesini seçme kararının doğru olup olmadığına ilişkin görüşü, Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girip girmemeye ilişkin görüşü, Gelecek ile ilgili planı, Tıp Fakültesi seçme sırasında istediği bilim dalı, şu an seçmek istediği bilim dalı)
- Sağlık Yönetimi görüşleri ile ilgili değişkenler (kendinde sağlık alanında yöneticilik vasfı görme, Sağlık yönetimi ile ilgili bilgi durumu, Sağlık alanında yönetici olarak çalışma isteği, yönetici olmak için ayrı bir eğitim olma gerekliliği ile ilgili görüşü, fakültede sağlık yönetimi ile ilgili eğitim alınıp alınmadığı, eğitim alındıysa eğitimi yeterli bulma durumu, Tıp Eğitimine Sağlık Yöneticiliğiyle ilişkili eklenmesi gereken konular ile ilgili görüşü, sağlık yönetimi ile ilgili herhangi çalışmaya katılıp katılmadığı, yönetici olarak kişisel gelişime katkıda bulunabilecek deneyimi olma durumu, sağlık alanında kimlerin yönetici olabileceğine ilişkin görüşü, ülkemizde sağlık yöneticisi olmak istemeyen hekimlerin sebepleri ile ilgili görüşü, İyi bir sağlık yöneticisinde olması gereken temel özellikler ile ilgili görüşü, ülkemizde sağlık yöneticiliğinin ve sağlık yönetiminin işleyişinin durumu ile ilgili görüşü)

3.4.2. Bağımlı Değişkenler

- Klinik Liderlik Ölçeğinden elde edilen puanlar
- DASS-21 Ölçeğinden elde edilen puanlar

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Veri Toplama Biçimi

Araştırma süresince Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dönem 1, 2, 3, 4, 5, 6 öğrencilerine araştırmanın konusu ve amacı anlatılmıştır. Araştırmanın verileri orantılı tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile ulaşılan kişilere yüz yüze “Anket Formu” uygulanması ile elde edilmiştir. (Bkz. EK 1). Anketlerin uygulanması öncesinde sağlıklı bir anket uygulamasının sağlanması ve uygun yer-zaman şartlarının oluşturulması amacıyla dönem temsilcileri ve dönem sekreterleriyle görüşülerek planlama yapılmıştır.

3.5.1. Anket Formu

Anket Formunda;

- Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, okunan lise, barınma yeri, aile tipi, hanedeki kişi sayısı, babanın eğitimi ve mesleği, annenin eğitimi ve mesleği, aile ikametgahı, aylık gelir ve algılanan gelir düzeyi, kronik hastalık durumu, psikiyatrik hastalık durumu, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi, suç olayına karışma durumu, kişilik tipi, okunmakta olan dönem, yabancı dil öğrenme durumu) içeren toplam 23 soru,
- Öğrencilerin mesleki tercihlerini (Tıp fakültesini tercih etme sebebi, Tıp fakültesi tercih etme kararının doğru olup olmadığına ilişkin görüşü, Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girip girmemeye ilişkin görüşü, gelecek ile ilgili planı, Tıp Fakültesi tercih ederken seçmek istediği bilim dalı, şu an seçmek istediği bilim dalı) içeren toplam 6 soru,
- Öğrencilerin sağlık yönetimi görüşlerini (kendinde sağlık alanında yöneticilik vasfı görme, sağlık yönetimi ile ilgili bilgi durumu, sağlık alanında yönetici olarak çalışma isteği, yönetici olmak için ayrı bir eğitim olma gerekliliği, fakültede sağlık yönetimi ile ilgili eğitim alınıp alınmadığı, eğitim alındıysa eğitimi yeterli bulma durumu, sağlık yöneticiliğiyle ilişkili eklenmesi gereken konular, sağlık yönetimi ile ilgili herhangi çalışmaya katılıp katılmadığı, yönetici olarak kişisel gelişime katkıda bulunabilecek deneyim, sağlık alanında kimlerin yönetici olabileceği, ülkemizde sağlık yöneticisi olmak istemeyen hekimlerin sebepleri, İyi bir sağlık yöneticisinde olması gereken temel özellikler, ülkemizde sağlık yöneticiliğinin ve sağlık yönetiminin işleyişinin durumu) içeren toplam 17 soru bulunmaktadır.

- Ayrıca öğrencilerden Klinik Liderlik ölçeği ve Depresyon Anksiyete ve Stres (DASS-21) ölçeğini de doldurmaları istenmiştir.

3.5.2. Araştırmada Kullanılan Anketin Ön Denemesi

Araştırma Anket Formunun ön denemesi, 01.08.2022-31.09.2022 tarihleri arasında 2 ay içerisinde, Dönem 6'dan ve Dönem 1'den 15 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Anketin ön denemesi bilgi kontaminasyonunu önlemek amacıyla araştırma verilerinin içine alınmamıştır. Ön deneme sonuçlarına göre anlaşılmayı kolaylaştırmak adına bazı yerlerde minimal düzeltme yapılmıştır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Terimler, Tanımlar, İndeksler

3.6.1. Orantılı Tabakalı Rastgele Örneklem Tekniği

Bir evrenin kendi içinde eş tabakalara ayrılması veya bir başka deyişle çakışmayan gruplara bölünmesi tabakalandırma olarak isimlendirilir. Evren öncelikle tabakalandırılır sonrasında her tabakadan rastgele örnek seçilirse bu yöntem tabakalandırılmış rastgele örneklem olarak isimlendirilir. Orantılı tabakalı örneklem yöntemi kullanıldığında, her bir tabakadan evrende temsil düzeyine orantılı bir şekilde örneklem seçilir. Örneklemin evreni tam olarak temsil edebilmesi için örneklemedeki farklı grupların örneklem oranı, evrende bulunan oranlarla aynı olmalıdır (133). Tabakalı örneklem sınırları belirlenmiş olan bir evren için alt tabakalar ya da alt birim gruplarının olduğu durumlarda tercih edilir. Olasılıklı bir örneklem yöntemi olmakla birlikte örneklerin tüm evren yerine tabakalardan seçilmesi yönüyle bir tabakadan seçilen örneklemelerin yeterli büyüklükte olmasından emin olunması ve evren karakteristikleri konusunda daha kesin tahminlemenin yapılabilmesi yönünden diğer örneklem yöntemlerinden ayrılır. Bu tür seçimin avantajları arasında, incelenen değişkenle ilişkili olan tabakalama kriterine göre daha kesin sonuçlar elde etme yeteneği bulunmaktadır. Basit rastgele örneklem yönteminde yaş, cinsiyet gibi etmenlerin gruplar arasında rastgele eşit dağılmama olasılığı, tabakalı örneklem yöntemiyle azaltılabilir. Bu sayede alt gruplar hakkında daha kesin bilgilere ulaşmak mümkün hale gelir (134–137).

3.6.2. Klinik Liderlik Ölçeği

2012 yılında NHS Liderlik Akademisi tarafından Klinik Liderlik Yetkinlik Çerçevesi kapsamında "Kendi Kendine Değerlendirme Anketi" (Clinical Leadership Competency Framework Self Assessment Tool) adıyla bir araç geliştirilmiştir (80). Bu araç Fatih

BUDAK tarafından Klinik Liderlik Ölçeği olarak isimlendirilerek 2017 yılında, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Klinik Liderlik Ölçeği'nde katılımcıların klinik liderlik niteliklerini değerlendirmek için kullanılan beş farklı alt boyuttan oluşan 40 soru bulunmaktadır (138). Alt Boyutlar; Kişisel Özellikler (1-8. maddeler), Diğerleriyle Çalışma Alanı (9-16. maddeler), Hizmetlerin Yönetimi Alanı (17-24. maddeler), Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı (25-32. maddeler) ve Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı (33-40. maddeler). Ölçek, 3'lü Likert tipinde değerlendirilmekte olup, 1 "Neredeyse Asla", 2 "Bazen", 3 "Neredeyse Her Zaman" şeklinde puanlama yapılmaktadır. Verilen yanıtların puanları toplanarak, toplam klinik liderlik puanı ve her bir faktör altındaki yanıtların ortalamaları alınarak, ortalama faktör skorları elde edilmektedir.

Klinik Liderlik Ölçeği Türkçe Geçerlilik Güvenirlik çalışması kapsamında kullanılan ölçeğin güvenirlik analizleri yapılırken; cronbach alpha katsayısı (α), McDonald'ın omega katsayısı (w) ve madde toplam korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar neticesinde; KLÖ'nün tümü için elde edilmiş olan alpha değeri ($\alpha_{KLÖ} = 0,95$), omega katsayısı ise ($w_{KLÖ} = 0,96$) olarak bulunmuştur.

3.6.3. DASS-21 Ölçeği

DASS-42, 1995 yılında Avustralyalı psikologlar Prof. Dr. Ronny W. H. Lovibond ve Prof. Dr. Peter J. Lovibond tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, genel nüfus ve çeşitli klinik gruplarda psikolojik sıkıntıların saptanmasında yaygın olarak kullanılmaktadır (102,103). Brown vd. (1997), ile Antony vd. (1998) bu ölçeğin daha kısa formlarının da aynı ölçümü gerçekleştirebilecek geçerliliğe sahip olduğunu ifade etmişlerdir (104,105). DASS-21 ölçeği Henry ve Crawford, (2005) ve Mahmoud vd., (2010) çalışmalarıyla geliştirilmiştir (106,107).

DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21), psikolojik sıkıntıları değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bu ölçek, depresyon, anksiyete ve stres gibi üç farklı psikolojik sorunu değerlendirmek için kullanılır. 21 sorudan oluşur ve katılımcılardan belirli belirtileri nasıl deneyimlediklerini derecelendirmelerini isteyen bir anket formatına sahiptir. DASS-21'nin amacı, bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçmek ve bu sorunların önemini belirlemektir.

DASS-21 ölçeği, her biri 0 ila 3 arasında değişen dört noktalı bir Likert ölçeği kullanır. Katılımcılar, her bir soruyu kendi duygusal durumlarına en uygun olan derecelendirmeyele yanıtlar. Ölçek, belirli belirtilerin şiddetini değerlendiren alt ölçeklerden oluşur:

Depresyon Alt Ölçeği (Depression subscale): Düşünceler, hoşnutsuzluk, karamsarlık, değersizlik hissi gibi depresyon belirtilerini değerlendirir.

Anksiyete Alt Ölçeği (Anxiety subscale): Endişe, sinirlilik, huzursuzluk, gerilim gibi anksiyete belirtilerini değerlendirir.

Stres Alt Ölçeği (Stress subscale): Gerginlik, rahatsızlık, tepkisellik, huzursuzluk gibi stres belirtilerini değerlendirir.

DASS-21'nin kullanımı, bireylerin duygusal durumunu ve psikolojik sıkıntılarını belirlemek için araştırma çalışmalarında, klinik değerlendirmelerde ve sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Çalışmamızda kullanılan kısa ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özer Yılmaz, Hakan Boz, Aytuğ Arslan tarafından gerçekleştirilmiştir (139).

DASS-21 Ölçeği Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik çalışması kapsamında kullanılan ölçeğin güvenilirlik analizleri yapılırken; cronbachalpha katsayısı (α), McDonald'ın omega katsayısı (ω) ve madde toplam korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

3.7. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmanın tüm aşamaları araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü ve İzinler

Bu çalışmanın yürütülebilmesi için Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06/7/2022 tarihli ve 22/140 sayılı onay alınmıştır. (Bkz. EK 2)

Kullanılan ölçekler için e-mail yolu ile Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik çalışmasını yapan çalışmacılardan onay alınmıştır.

Anket uygulaması öncesi tıp fakültesi öğrencilerinin sözlü onamı alınmıştır. Ayrıntılı bir şekilde çalışma anlatılmış var ise soruları yanıtlanmıştır. Ayrıca öğrencilere dağıtılan

anketin ilk sayfasında da yer alan onam metniyle anketi yanıtlayan her öğrencinin onamının olduğu doğrulanmıştır. Öğrencilerin kimliğini belirten herhangi bir bilgi alınmamıştır. Alınan bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmamıştır.

3.8. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

Anket formunun yüz yüze uygulanmasının gerekliliği ve Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin Bağlıca Kampüs, Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi (Bahçelievler) ve Ankara Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası ve ek binalarda dağınık halde eğitim almakta olması uygulamadaki zorluklardan birisidir.

Anket formunun uzunluğunun doldurulma süresini uzatması da öğrencilerin anketi yanıtlamaya karşı isteksiz olmasına sebep olan zorlayıcı bir başka faktör olmuştur.

Derslerde katılım düşüklüğü ve hibrid eğitim düzeni de anket uygulanacak minimum öğrenci sayısının elde edilme süresini uzatmıştır.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Tez örnekleme eğitim programı, UTEAK tarafından önerilen son uygulama nedeni ile sınırlandırılmış olup diğer tıp fakülteleri ile karşılaştırma yapma olanağı kalmamıştır.

Sağlık yönetimi tanımının çerçevesi çizilmiş olmasına rağmen bu terim hakkındaki bilgiler usta-çırak ilişkisine benzer şekilde öğrenilen motiflerden oluşabilmektedir. Bu durum da herkesin kendi kafasındaki tanıma ve algıya göre yanıt vermesine yol açmış olabilir.

Çalışmamızda kişilik tipleri A ve B tipi kişilik olarak sınırlandırılmıştır. Bu sınırlandırma kapsayıcılığı azaltmış ve kişilerin kendilerini nerede konumlandıracaklarını bilmemelerine sebep olmuş olabilir.

3.10. Araştırmanın Maliyeti

Araştırma Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmektedir.

Araştırma sırasında kullanılan anket formları ve onam formlarının basımı ile ulaşım için kullanılan araba ve toplu taşıma maliyetleri gibi araştırmayla ilgili ek maliyetler için herhangi bir ek maddi katkı alınmamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilere herhangi bir ücret ödenmemiştir.

3.11. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

GÖREV VE AKTİVİTELER	2022											2023									
	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	
Literatür taranması																					
Konu Başlığının belirlenmesi																					
Kullanılacak ölçeklerin seçilmesi																					
Anket formlarının hazırlanması																					
Araştırma önerisi sunumu																					
Gerekli izinlerin alınması																					
Anketlerin ön denemesi																					
Anketlerin uygulanması																					
Veri girişinin yapılması																					
Tabloların oluşturulması																					
Tezin ön sunumunun hazırlanması																					
Tezin ön sunumunun yapılması																					
Verilerin analizi																					
Tabloların doldurulması																					
Bulguların yorumlanması																					
Rapor yazımı																					
Araştırmanın sunumu																					

3.12. İstatistik Analiz

Bu çalışmada verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 20.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

Nitel değişkenler sayı (S) ve yüzde (%) olarak, nicel değişkenler ise ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (SS), Ortanca alt ve üst değerler olarak ifade edildi.

Nicel değişkenlerde normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov, Shapiro Wilk testi ile kontrol edildi ve normal dağılım gösteren bağımsız değişkenlerin iki gruplu karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda t test, ikiden fazla gruplu karşılaştırılmasında Tek



Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı. Varyans analizi sonucunda fark bulunan değişkenlerde farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Tukey test ile incelendi.

Normal dağılıma uymayan nicel bağımsız değişkenlerin iki gruplu karşılaştırılmasında Mann Whitney U test, ikiden fazla gruplu karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanıldı.

Kruskal Wallis Varyans Analizi sonucunda fark bulunan değişkenlerde farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U test ile değerlendirildi.

İki kategorili bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında McNemar test kullanıldı.

Nitel değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, Fisher's Exact test kullanıldı.

Nicel değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman Korelasyon katsayısı ile incelendi.

4. BULGULAR

4.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

Ankara’da Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde eğitim öğretim görmekte olan 336 tıp fakültesi öğrencisine anket uygulanmıştır. Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri sunulmaktadır. Sosyodemografik özellikler, Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3, Tablo 4.4’de görülmektedir.

Tablo 4.1. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-1 (Ankara, 2023)

	Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sosyodemografik Özellikler							
Cinsiyet							
Kadın	54(71,1)	36(63,2)	48(68,6)	38(62,3)	29(76,3)	23(67,6)	228(67,9)
Erkek	22(28,9)	21(36,8)	22(31,4)	23(37,7)	9(23,7)	11(32,4)	108(32,1)
Medeni hal							
Evli	1(1,3)	0(0)	0(0)	1(1,6)	0(0)	0(0)	2(0,6)
Bekar	75(98,7)	57(100)	70(100)	60(98,4)	38(100)	34(100)	334(99,4)
Okuduğu lise							
Anadolu	18(23,7)	18(31,6)	25(35,7)	19(31,1)	15(39,5)	17(50)	112(33,3)
Düz lise	1(1,3)	0(0)	1(1,4)	4(6,6)	1(2,6)	0(0)	7(2,1)
Özel lise	57(75)	39(68,4)	44(62,9)	38(62,3)	22(57,9)	17(50)	217(64,6)
Yaşadığı yer							
Evde aile ile	56(73,7)	47(82,5)	56(80)	40(65,6)	22(57,9)	18(52,9)	239(71,1)
Evde tek	3(3,9)	7(12,3)	8(11,4)	15(24,6)	10(26,3)	13(38,2)	56(16,7)
Evde arkadaşları ile	2(2,6)	1(1,8)	1(1,4)	3(4,9)	5(13,2)	3(8,8)	15(4,5)
Devlet yurdu	2(2,6)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(0,6)
Özel yurt	13(17,1)	2(3,5)	5(7,1)	3(4,9)	1(2,6)	0(0)	24(7,1)
Algılanan gelir düzeyi							
İyi	50(65,8)	40(70,2)	34(48,6)	32(52,5)	14(36,8)	24(70,6)	194(57,7)
Orta	24(31,6)	13(22,8)	35(50)	26(42,6)	24(63,2)	10(29,4)	132(39,3)
Kötü	2(2,6)	4(7)	1(1,4)	3(4,9)	0(0)	0(0)	10(3)
Aile Tipi							
Çekirdek aile	75(98,7)	56(98,2)	67(95,7)	57(93,4)	38(100)	33(97,1)	326(97)
Geniş aile	1(1,3)	1(1,8)	3(4,3)	4(6,6)	0(0)	1(2,9)	10(3)

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde kadın cinsiyetin Dönem 1’den katılanların %71,1’i (n=54), Dönem 2’den katılanların %63,2’si (n=36), Dönem 3’den katılanların %68,6’sı (n=48), Dönem 4’den katılanların %62,3’ü (n=38), Dönem 5’den katılanların %76,3’ü (n=29), Dönem 6’dan katılanların %67,6’sı (n=23) olmak üzere toplam %67,9’u (n=228) olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde erkek cinsiyetin Dönem 1’den katılanların %28,9’u (n=22), Dönem 2’den katılanların %36,8’i (n=21), Dönem 3’den katılanların %31,4’ü (n=22), Dönem 4’den katılanların %37,7’si (n=23), Dönem 5’den katılanların %23,7’si (n=9), Dönem 6’dan katılanların %32,4’ü (n=11) olmak üzere toplam %32,1’i (n=108) olduğu saptandı.

Minimum 17 maksimum 28 olmak üzere kadınların yaşları ortalaması ($\pm$ SD) ise 20,75 ($\pm$ 2,04)’dir. Minimum 18 maksimum 29 olmak üzere erkeklerin yaşları ortalaması 20,77 ($\pm$ 2,05)’dir.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %99,4’ü (n=334) bekar, %0,6’sı (n=2) evlidir.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %33,3’ü (n=112) Anadolu Lisesi, %2,1’i (n=7) Düz Lise, %64,6’sı (n=217) Özel Lise mezunudur.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %71,1’i (n=239) evde ailesi ile, %16,7’si (n=56) evde tek başına, %4,5’i (n=15) evde arkadaşları ile, %0,6’sı (n=2) devlet yurdunda, %7,1’i (n=24) özel yurttan yaşadığı bulundu. Dönemler arasında aile ile birlikte yaşama bakımından anlamlı fark saptandı. (**p=0,007**)

Farklılığın hangi dönemlerden kaynaklandığı incelendiğinde; Dönem 6’larda aileyle birlikte yaşama Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3’lere göre anlamlı olarak düşük bulundu. (sırasıyla **p=0,03, p=0,003, p=0,004**)

Dönem 5’lerde aileyle birlikte yaşama Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3’lere göre anlamlı olarak düşük bulundu. (sırasıyla **p=0,08, p=0,009, p=0,01**)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %57,7’sinin (n=194) algılanan gelir düzeyinin iyi olduğu, %39,3’ünün (n=132) algılanan gelir düzeyinin orta olduğu, %3’ünün (n=10) algılanan gelir düzeyinin kötü olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %97'sinin (n=326) çekirdek aile üyesiyken, %3'ü (n=10) geniş aile üyesi olduğu saptandı. Hanedeki kişi sayıları ortalaması ($\pm$ SD) 3,50 ($\pm$ 1,08) bulundu.

Tablo 4.2. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı-2 (Ankara, 2023)

	Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Babanın eğitimi							
Lise ve altı	5(6,6)	4(7)	6(8,6)	10(16,4)	2(5,3)	3(8,8)	30(8,9)
Lisans-Ön Lisans	23(30,3)	33(57,9)	40(57,1)	34(55,7)	13(34,2)	13(38,2)	156(46,4)
Lisansüstü	48(63,2)	20(35,1)	24(34,3)	17(27,9)	23(60,5)	18(52,9)	150(44,6)
Babanın mesleği							
Doktor	17(22,4)	14(24,6)	15(21,4)	9(14,8)	8(21,1)	9(26,5)	72(21,4)
Sağlık personeli	1(1,3)	1(1,8)	5(7,1)	1(1,6)	2(5,3)	1(2,9)	11(3,3)
Sağlık yöneticisi	0(0)	0(0)	0(0)	1(1,6)	0(0)	0(0)	1(0,3)
Başka yerde yönetici	18(23,7)	21(36,8)	9(12,9)	17(27,9)	11(28,9)	7(20,6)	83(24,7)
Diğer	40(52,6)	21(36,8)	41(58,6)	33(54,1)	17(44,7)	17(50)	169(50,3)
Annenin eğitimi							
Lise ve altı	11(14,5)	9(15,8)	11(15,7)	14(23)	2(5,3)	7(20,6)	54(16,1)
Lisans-Ön Lisans	23(30,3)	30(52,6)	40(57,1)	34(55,7)	22(57,9)	19(55,9)	168(50)
Lisansüstü	42(55,3)	18(31,6)	19(27,1)	13(21,3)	14(36,8)	8(23,5)	114(33,9)
Annenin Mesleği							
Doktor	14(18,4)	11(19,3)	13(18,6)	8(13,1)	6(15,8)	4(11,8)	56(16,7)
Sağlık personeli	3(3,9)	3(5,3)	8(11,4)	2(3,3)	2(5,3)	1(2,9)	19(5,7)
Başka yerde yönetici	7(9,2)	6(10,5)	1(1,4)	4(6,6)	1(2,6)	0(0)	19(5,7)
Diğer	52(68,4)	37(64,9)	48(68,6)	47(77)	29(76,3)	29(85,3)	242(72)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %8,9'unun (n=30) babasının lise ve altı düzeyde eğitimi olduğu bulundu. (En düşük %5,3 (n=2) Dönem 5'lerde, en yüksek %16,4 (n=10) Dönem 4'lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %46,4'ünün (n=156) babasının lisans ve ön lisans düzeyinde eğitimi olduğu bulundu. (En düşük %30,3 (n=23) Dönem 1'lerde, en yüksek %57,9 (n=33) Dönem 2'lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %44,6'sının (n=150) babasının lisansüstü düzeyde eğitimi olduğu bulundu. (En yüksek %63,2 (n=48) Dönem 1'lerde, en düşük %27,9 (n=17) Dönem 4'lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin babalarının %21,4'ünün (n=72) doktor, %3,3'ünün (n=11) sağlık personeli, %0,3'ünün (n=1) sağlık yöneticisi, %24,7'sinin (n=83) başka yerde yönetici, %50,3'ünün (n=169) diğer meslek gruplarına mensup olduğu bulundu.

Tablo 4.2.'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %16,1'inin (n=54) annesinin lise ve altı düzeyde eğitimi olduğu saptandı. (En düşük %5,3 (n=2) Dönem 5'lerde, en yüksek %23 (n=14) Dönem 4'lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %50'sinin (n=168) annesinin lisans ve ön lisans düzeyinde eğitimi olduğu saptandı. (En düşük %30,3 (n=23) Dönem 1'lerde, en yüksek %57,9 (n=22) Dönem 5'lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %33,9'unun (n=114) annesinin lisansüstü düzeyde eğitimi olduğu bulundu. (En düşük %21,3 (n=13) Dönem 4'lerde, en yüksek %55,3 (n=42) Dönem 1'lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin annelerinin %16,7'sinin (n=56) doktor, %5,7'sinin (n=19) sağlık personeli, %5,7'sinin (n=19) başka yerde yönetici, %72'sinin (n=242) diğer meslek gruplarına mensup olduğu bulundu.

Tablo 4.3. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Diğer Bazı Özelliklerinin Dağılımı-3 (Ankara, 2023)

	Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sosyodemografik Özellikler							
<i>Kronik hastalık</i>							
Var	6(7,9)	2(3,5)	10(14,3)	9(14,8)	4(10,5)	8(23,5)	39(11,6)
Yok	70(92,1)	55(96,5)	60(85,7)	52(85,2)	34(89,5)	26(76,5)	297(88,4)
<i>Psikiyatrik hastalık</i>							
Var	9(11,8)	5(8,8)	9(12,9)	15(24,6)	7(18,4)	6(17,6)	51(15,2)
Yok	67(88,2)	52(91,2)	61(87,1)	46(75,4)	31(81,6)	28(82,4)	285(84,8)
<i>Sigara içme</i>							
Hiç içmedim	74(94,4)	46(80,7)	56(80)	38(62,3)	22(57,9)	18(52,9)	254(75,6)
Bıraktım	1(1,3)	7(12,3)	10(14,3)	5(8,2)	2(5,3)	4(11,8)	29(8,6)
İçiyorum	1(1,3)	4(7)	4(5,7)	18(29,5)	14(36,8)	12(35,3)	53(15,8)
<i>Alkol kullanma</i>							
Hiç içmedim	25(32,9)	9(15,8)	18(25,7)	15(24,6)	4(10,5)	6(17,6)	77(22,9)
Bıraktım	2(2,6)	3(5,3)	7(10)	4(6,6)	2(5,3)	2(5,9)	20(6)
İçiyorum	49(64,5)	45(78,9)	45(64,3)	42(68,9)	32(84,2)	26(76,5)	239(71,1)
<i>Madde deneyimi</i>							
Denedim	1(1,3)	3(5,3)	4(5,7)	8(13,1)	7(18,4)	9(26,5)	32(9,5)
Denemedim	75(98,7)	54(94,7)	66(94,3)	53(86,9)	31(81,6)	25(73,5)	304(90,5)
<i>Suç olayına karışma</i>							
Var	1(1,3)	2(3,5)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2,9)	4(1,2)
Yok	75(98,7)	55(96,5)	70(100)	61(100)	38(100)	33(97,1)	332(98,8)
<i>Kişilik Tipi</i>							
A tipi kişilik	28(36,8)	33(57,9)	30(42,9)	29(47,5)	14(36,8)	20(58,8)	154(45,8)
B tipi kişilik	48(63,2)	24(42,1)	40(57,1)	32(52,5)	24(63,2)	14(41,2)	182(54,2)
<i>Yabancı Dil</i>							
Evet	75(98,7)	56(98,2)	69(98,6)	54(88,5)	35(92,1)	29(85,3)	318(94,6)
Hayır	1(1,3)	1(1,8)	1(1,4)	7(11,5)	3(7,9)	5(14,7)	18(5,4)

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %11,6’sının (n=39) kronik bir hastalığı olduğunu, %88,4’ünün (n=297) kronik bir hastalığı olmadığını beyan ettiği saptandı.

Dönemlere göre kronik hastalık durumları incelendiğinde Dönem 6 için kronik hastalığı olduğunu beyan edenler %23,5 (n=8) ile en yüksek oranda olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin dönemlere göre incelendiğinde en yüksek %24,6'sının (n=15) Dönem 4'lerde, en düşüğü %8,8'inin (n=5) Dönem 2'lerde olmak üzere toplamda %15,2'sinin (n=51) psikiyatrik bir hastalığı olduğunu beyan ettiği saptandı. Toplam %84,8'inin (n=285) psikiyatrik bir hastalığı olmadığını beyan ettiği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %75,6'sının (n=254) daha önce hiç sigara içmediğini, %8,6'sının (n=29) sigarayı bıraktığını ve %15,8'inin (n=53) sigara içtiğini beyan ettiği saptandı. Dönemler arası sigara içme durumu incelendiğinde anlamlı fark saptandı. (**p<0,001**)

Farklılığın hangi dönemlerden kaynaklandığı incelendiğinde; Dönem 4'de sigara içmiyorum diyenler Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3'de sigara içmiyorum diyenlerden anlamlı olarak düşük bulundu. (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,002**, **p<0,001**)

Dönem 5'de sigara içmiyorum diyenler Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3'de sigara içmiyorum diyenlerden anlamlı olarak düşük bulundu. (sırasıyla **p<0,001**, **p<0,001**, **p<0,001**)

Dönem 6'da sigara içmiyorum diyenler Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3'de sigara içmiyorum diyenlerden anlamlı olarak düşük bulundu. (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,001**, **p<0,001**)

Dönem 4, Dönem 5, ve Dönem 6 arasında sigara içmiyorum diyenler arasında anlamlı fark bulunmadı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %22,9'unun (n=77) daha önce hiç alkol kullanmadığını, %6'sının (n=20) alkol kullanmayı bıraktığını, %71,1'inin (n=239) alkol kullandığını belirttiği bulundu.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %9,5'inin (n=32) daha önce uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi olduğunu söylediği, %90,5'inin (n=304) uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi olmadığını söylediği bulundu. Dönemler arasında uyuşturucu-uyarıcı madde kullanma deneyimi bakımından anlamlı fark saptandı. (**p<0,001**)

Farklılığın hangi dönemlerden kaynaklandığı incelendiğinde; Dönem 6'da uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi olmadığını söyleyenler Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3'lerden anlamlı olarak düşük bulundu. (sırasıyla **p<0,001**, **p=0,004**, **p=0,003**)

Dönem 5’de uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi olmadığını söyleyenler Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3’lerden anlamlı olarak düşük bulundu. (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,04$, $p=0,03$)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %1,2’sinin öncesinde suç olayına karıştığını beyan ettiği, %98,8’inin öncesinde suç olayına karışmadığını beyan ettiği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde A tipi kişilik özelliğinin Dönem 1’den katılanların %36,8’i ($n=28$), Dönem 2’den katılanların %57,9’u ($n=33$), Dönem 3’den katılanların %42,9’u ($n=30$), Dönem 4’den katılanların %47,5’i ($n=29$), Dönem 5’den katılanların %36,8’i ($n=14$), Dönem 6’dan katılanların %58,8’i ($n=20$) olmak üzere toplam %45,8’i ($n=154$) olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde B tipi kişilik özelliğinin Dönem 1’den katılanların %63,2’si ($n=48$), Dönem 2’den katılanların %42,1’i ($n=24$), Dönem 3’den katılanların %57,1’i ($n=40$), Dönem 4’den katılanların %52,5’i ($n=32$), Dönem 5’den katılanların %63,2’si ($n=24$), Dönem 6’dan katılanların %41,2’si ($n=14$) olmak üzere toplam %54,2’si ($n=182$) olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %94,6’sının ($n=318$) yabancı dil öğrendiği, %5,4’ünün ($n=18$) yabancı dil öğrenmediğini beyan ettiği saptandı.

Tablo 4.4. Öğrencilerin Hangi Yabancı Dilleri Öğrendiklerinin Dağılımı (Ankara, 2023)

<i>Hangi Yabancı Dil</i>		
	n	(%)
İngilizce öğrenenler	301	89,3
Almanca öğrenenler	123	36,5
Fransızca öğrenenler	29	8,6
İspanyolca öğrenenler	28	8,3
*DİĞER	29	8,6

Diğer*: İsveççe, Farsça, Portekizce, Korece, Latince, Urduca, Arapça, Azerice, Japonca, Flemenkçe, Peştuca, Çince, Macarca, Rusça

Tablo 4.4.’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %89,3’ünün ($n=301$) İngilizce, %36,5’inin ($n=123$) Almanca, %8,6’sının ($n=29$), Fransızca, %8,3’ünün ($n=28$) İspanyolca, %8,6’sının ($n=29$) diğer yabancı dilleri öğrenmekte olduğu bulundu.

4.2. Mesleki Tercihleri

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin mesleki tercihleri sunulmaktadır.

Öğrencilerin mesleki tercihleri Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8’de görülmektedir.

Tablo 4.5. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Tıp Fakültesini Seçme Nedenlerinin Dağılımı (Ankara, 2023)

	Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Tıp Fakültesi Seçme Nedeni</i>							
Tıp okumayı istedim	63(82,9)	41(71,9)	58(82,9)	47(77)	32(84,2)	19(55,9)	260(77,4)
ÜSY puanım tıptı tuttu	3(3,9)	4(7)	1(1,4)	4(6,6)	3(7,9)	3(8,8)	18(5,4)
Aile isteği	4(5,3)	1(1,8)	3(4,3)	1(1,6)	0(0)	5(14,7)	14(4,2)
Gelecekte iş garantisi ve saygınlık	6(7,9)	11(19,3)	8(11,4)	9(14,8)	3(7,9)	6(17,6)	43(12,8)
*Diğer	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2,9)	1(0,3)

*Diğer: Diğer sebebin ne olduğu belirtilmemiştir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1’den katılanların %82,9’unun (n=63), Dönem 2’den katılanların %71,9’unun (n=41), Dönem 3’den katılanların %82,9’unun (n=58), Dönem 4’den katılanların %77’sinin (n=47), Dönem 5’den katılanların %84,2’sinin (n=32), Dönem 6’dan katılanların %55,9’unun (n=19) olmak üzere toplam %77,4’ünün (n=260) tıp fakültesini okumayı isteyerek seçtiğini söylediği saptandı.

Dönemler arasında tıp fakültesini seçme nedenleri bakımından fark saptandı. (**p=0,01**) Farklılığın hangi dönemlerden kaynaklandığı incelendiğinde; Dönem 6’larda tıp fakültesini okumayı isteyerek seçtiğini söyleyenler Dönem 1, Dönem 3, Dönem 4 ve Dönem 5lerden anlamlı olarak düşük bulundu. (sırasıyla **p=0,003, p=0,003, p=0,032, p=0,008**)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1’den katılanların %3,9’unun (n=3), Dönem 2’den katılanların %7’sinin (n=4), Dönem 3’den katılanların %1,4’ünün (n=1), Dönem 4’den katılanların %6,6’sının (n=4), Dönem 5’den katılanların %7,9’unun (n=3), Dönem 6’dan katılanların %8,8’inin (n=3) olmak üzere toplam %5,4’ünün (n=18) tıp fakültesini okumayı puanı tuttuğu için seçtiğini söylediği bulundu.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %5,3'ünün (n=4), Dönem 2'den katılanların %1,8'inin (n=1), Dönem 3'den katılanların %4,3'ünün (n=3), Dönem 4'den katılanların %1,6'sının (n=1), Dönem 5'den katılanların hiçbirinin, Dönem 6'dan katılanların %14,7'sinin (n=5) olmak üzere toplam %4,2'sinin (n=14) tıp fakültesini okumayı ailesi istediği için seçtiğini söylediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %7,9'unun (n=6), Dönem 2'den katılanların %19,3'ünün (n=11), Dönem 3'den katılanların %11,4'ünün (n=8), Dönem 4'den katılanların %14,8'inin (n=9), Dönem 5'den katılanların %7,9'unun (n=3), Dönem 6'dan katılanların %17,6'sının (n=6) olmak üzere toplam %12,8'inin (n=43) tıp fakültesini okumayı gelecekte iş garantisi ve saygınlık sebebiyle seçtiğini söylediği bulundu.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinden toplam %0,3'ünün (n=1) diğer sebeplerden yazdığı saptandı, ancak bu sebebin ne olduğu öğrenci tarafından söylenmemiştir.

Tablo 4.6. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Gelecekleri İle İlgili Planlarının ve TUS Sınavına Girme Düşüncelerinin Dağılımı (Ankara, 2023)

	Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Öğrencilerin Gelecekleri İle İlgili Planları							
Yurt içinde kamuda çalışma	12(15,8)	6(10,5)	13(18,6)	6(9,8)	16(42,1)	7(20,6)	60(17,9)
Yurt içinde özelde çalışma	18(23,7)	29(50,9)	12(17,1)	13(21,3)	3(7,9)	11(32,4)	86(25,6)
Kariyer yapmak	8(10,5)	5(8,8)	3(4,3)	5(8,2)	6(15,8)	4(11,8)	31(9,2)
Yurt dışında çalışma	37(48,7)	17(29,8)	42(60)	36(59)	12(31,6)	9(26,5)	153(45,5)
Doktorluk dışı	1(1,3)	0(0)	0(0)	1(1,6)	1(2,6)	3(8,8)	6(1,8)
TUS sınavına girme							
Evet	67(88,2)	51(89,5)	63(90)	46(75,4)	35(92,1)	28(82,4)	290(86,3)
Hayır	9(11,8)	6(10,5)	7(10)	15(24,6)	3(7,9)	6(17,6)	46(13,7)

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1’den katılanların %15,8’inin (n=12), Dönem 2’den katılanların %10,5’inin (n=6), Dönem 3’den katılanların %18,6’sının (n=13), Dönem 4’den katılanların %9,8’inin (n=6), Dönem 5’den katılanların %42,1’inin (n=16), Dönem 6’dan katılanların %20,6’sının (n=7) olmak üzere toplam %17,9’unun (n=60) gelecekte yurt içinde kamuda çalışmayı istediğini söylediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1’den katılanların %23,7’sinin (n=18), Dönem 2’den katılanların %50,9’unun (n=29), Dönem 3’den katılanların %17,1’inin (n=12), Dönem 4’den katılanların %21,3’ünün (n=13), Dönem 5’den katılanların %7,9’unun (n=3), Dönem 6’dan katılanların %32,4’ünün (n=11) olmak üzere toplam %25,6’sının (n=86) gelecekte yurt içinde özelde çalışmayı istediğini söylediği bulundu.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1’den katılanların %10,5’inin (n=8), Dönem 2’den katılanların %8,8’inin (n=5), Dönem 3’den katılanların %4,3’ünün (n=3), Dönem 4’den katılanların %8,2’sinin (n=5), Dönem 5’den katılanların %15,8’inin (n=6), Dönem 6’dan katılanların %11,8’inin (n=4) olmak üzere toplam %9,2’sinin (n=31) gelecekte tıp alanında akademik kariyer yapmak istediğini söylediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1’den katılanların %48,7’sinin (n=37), Dönem 2’den katılanların %29,8’inin (n=17), Dönem 3’den katılanların %60’ının (n=42), Dönem 4’den katılanların %59’unun (n=36), Dönem 5’den katılanların %31,6’sının (n=12), Dönem 6’dan katılanların %26,5’inin (n=9) olmak üzere toplam %45,5’inin (n=153) gelecekte yurt dışında çalışmayı istediğini söylediği bulundu.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %1,8’inin (n=6) doktorluk dışı bir meslek seçmek istediğini söylediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %86,3’ünün (n=290) TUS sınavına gireceğini, %13,7’sinin (n=46) TUS sınavına girmeyeceğini söylediği saptandı.

Tablo 4.7. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Tıp Fakültesinde Eğitim-Öğretime Başladıkları Zamanki ve Şu Anda Seçmeyi Düşündükleri Anabilim Dallarının Dağılımı (Ankara, 2023)

	Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Tıp fakültesine girerken</i>							
Bilmiyorum	15(19,7)	14(24,6)	13(18,6)	15(24,6)	7(18,4)	6(17,6)	70(20,8)
Temel bilimler	8(10,5)	2(3,5)	3(4,3)	2(3,3)	3(7,9)	0(0)	18(5,4)
Dahili bilimler	4(5,3)	8(14)	21(30)	18(29,5)	17(44,7)	11(32,4)	79(23,5)
Cerrahi bilimler	49(64,5)	33(57,9)	33(47,1)	26(42,6)	11(28,9)	17(50)	169(50,3)
<i>Şu anda seçim</i>							
Bilmiyorum	30(39,5)	29(50,9)	20(28,6)	18(29,5)	5(13,2)	6(17,6)	108(32,1)
Temel bilimler	7(9,2)	1(1,8)	3(4,3)	2(3,3)	0(0)	2(5,9)	15(4,5)
Dahili Bilimler	4(5,3)	8(14)	29(41,4)	26(42,6)	18(47,4)	10(29,4)	95(28,3)
Cerrahi Bilimler	35(46,1)	19(33,3)	18(25,7)	15(24,6)	15(39,5)	16(47,1)	118(35,1)

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1’den katılanların %19,7’sinin (n=15), Dönem 2’den katılanların %24,6’sının (n=14), Dönem 3’den katılanların %18,6’sının (n=13), Dönem 4’den katılanların %24,6’sının (n=15), Dönem 5’den katılanların %18,4’ünün (n=7), Dönem 6’dan katılanların %17,6’sının (n=6) olmak üzere toplam %20,8’inin (n=70) tıp fakültesinde eğitim-öğretime başlarken hangi alanda uzmanlaşmak istediğini bilmediğini söylediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1’den katılanların %39,5’inin (n=30), Dönem 2’den katılanların %50,9’unun (n=29), Dönem 3’den katılanların %28,6’sının (n=20), Dönem 4’den katılanların %29,5’inin (n=18), Dönem 5’den katılanların %13,2’sinin (n=5), Dönem 6’dan katılanların %17,6’sının (n=6) olmak üzere toplam %32,1’inin (n=108) şu anda seçmek istedikleri uzmanlık alanını bilmediklerini belirttiği saptandı.

Tıp Fakültesine girerken tercih etmek istedikleri uzmanlık için bilmiyorum diyenler ve şu anda bilmiyorum diyenler incelendiğinde şu anda bilmiyorum diyenler anlamlı olarak yüksek saptandı. ($p<0,001$)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %64,5'inin (n=49), Dönem 2'den katılanların %57,9'unun (n=33), Dönem 3'den katılanların %47,1'inin (n=33), Dönem 4'den katılanların %42,6'sının (n=26), Dönem 5'den katılanların %28,9'unun (n=11), Dönem 6'dan katılanların %50'sinin (n=17) olmak üzere toplam %50,3'ünün (n=169) tıp fakültesinde eğitim-öğretime başlarken cerrahi alanda uzmanlaşmak istediğini söylediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %46,1'inin (n=35), Dönem 2'den katılanların %33,3'ünün (n=19), Dönem 3'den katılanların %25,7'sinin (n=18), Dönem 4'den katılanların %24,6'sının (n=15), Dönem 5'den katılanların %39,5'inin (n=15), Dönem 6'dan katılanların %47,1'inin (n=16) olmak üzere toplam %35,1'inin (n=118) şu anda seçmek istedikleri uzmanlık alanının cerrahi olduğunu belirttiği saptandı.

Tıp fakültesine girmeden önce cerrahiye seçmek isteyenler ve şuanda seçmek istediği alan cerrahi olanlar arasında incelendiğinde tıp fakültesi öğrencilerinin cerrahiye tercih etmemeleri yönündeki eğilimlerinin artarken tercih etme yönündeki eğilimlerinin azaldığı saptandı. ($p<0,001$)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %10,5'inin (n=8), Dönem 2'den katılanların %3,5'inin (n=2), Dönem 3'den katılanların %4,3'ünün (n=3), Dönem 4'den katılanların %3,3'ünün (n=2), Dönem 5'den katılanların %7,9'unun (n=3), Dönem 6'dan katılanların hiçbirinin olmak üzere toplam %5,4'ünün (n=18) tıp fakültesinde eğitim-öğretime başlarken temel bilimler alanında uzmanlaşmak istediğini söylediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %9,2'sinin (n=7), Dönem 2'den katılanların %1,8'inin (n=1), Dönem 3'den katılanların %4,3'ünün (n=3), Dönem 4'den katılanların %3,3'ünün (n=2), Dönem 5'den katılanların hiçbirinin, Dönem 6'dan katılanların %5,9'unun (n=2) olmak üzere toplam %4,5'inin (n=15) şu anda seçmek istedikleri uzmanlık alanının temel bilimler olduğunu belirttiği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %5,3'ünün (n=4), Dönem 2'den katılanların %14'ünün (n=8), Dönem 3'den katılanların %30'unun (n=21), Dönem 4'den katılanların %29,5'inin (n=18), Dönem

5'den katılanların %44,7'sinin (n=17), Dönem 6'dan katılanların %32,4'ünün (n=11) olmak üzere toplam %23,5'inin (n=79) tıp fakültesinde eğitim-öğretime başlarken dahili bilimler alanında uzmanlaşmak istediğini söylediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %5,3'ünün (n=4), Dönem 2'den katılanların %14'ünün (n=8), Dönem 3'den katılanların %41,4'ünün (n=29), Dönem 4'den katılanların %42,6'sının (n=26), Dönem 5'den katılanların %47,4'ünün (n=18), Dönem 6'dan katılanların %29,4'ünün (n=10) olmak üzere toplam %28,3'ünün (n=95) şu anda seçmek istedikleri uzmanlık alanının dahili bilimler olduğunu belirttiği saptandı.

Tıp fakültesine girmeden önce dahili branş seçmek isteyenler ve şu anda seçmek istediği alan dahili olanlar arasında incelendiğinde tıp fakültesi öğrencilerinin dahili branş tercih etmeleri yönündeki eğilimlerinin artarken tercih etmeme yönündeki eğilimlerinin azaldığı saptandı. ($p=0,018$)

Tablo 4.8. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Tıp Fakültesini Seçmelerinin Doğru Bir Karar Olup Olmadığına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (Ankara, 2023)

	Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Tıp fakültesi doğru bir karar mı?</i>							
Doğru bir karardır	60(78,9)	46(80,7)	55(78,6)	38(62,3)	28(73,7)	15(44,1)	242(72)
Kararsızım	15(19,7)	10(17,5)	13(18,6)	19(31,1)	9(23,7)	12(35,3)	78(23,2)
Doğru bir karar değildir	1(1,3)	1(1,8)	2(2,9)	4(6,6)	1(2,6)	7(20,6)	16(4,8)

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %78,9'unun (n=60), Dönem 2'den katılanların %80,7'sinin (n=46), Dönem 3'den katılanların %78,6'sının (n=55), Dönem 4'den katılanların %62,3'ünün (n=38), Dönem 5'den katılanların %73,7'sinin (n=28), Dönem 6'dan katılanların %44,1'inin (n=15) olmak üzere toplam %72'sinin (n=242) tıp fakültesine girmenin doğru bir karar olduğunu düşündüğü saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %1,3'ünün (n=1), Dönem 2'den katılanların %1,8'inin (n=1), Dönem 3'den katılanların %2,9'unun (n=2), Dönem 4'den katılanların %6,6'sının (n=4), Dönem 5'den katılanların %2,6'sının (n=1), Dönem 6'dan katılanların %20,6'sının (n=7) olmak üzere toplam %4,8'inin (n=16) tıp fakültesine girmenin doğru bir karar olmadığını düşündüğü saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerine dönemlere göre incelendiğinde Dönem 1'den katılanların %19,7'sinin (n=15), Dönem 2'den katılanların %17,5'inin (n=10), Dönem 3'den katılanların %18,6'sının (n=13), Dönem 4'den katılanların %31,1'inin (n=19), Dönem 5'den katılanların %23,7'sinin (n=9), Dönem 6'dan katılanların %35,3'inin (n=12) olmak üzere toplam %23,2'sinin (n=78) tıp fakültesine girmenin doğru bir karar olup olmadığı konusunda kararsız olduğunu düşündüğü saptandı.

Dönemlere göre tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır ve hayır-kararsız değerlendirildiğinde anlamlı fark bulundu. ($p<0,001$) Bu fark dönem 6 ve dönem 4'lerden kaynaklanmaktadır.

Ayrıntılı olarak incelendiğinde Dönem 6'da doğru bir karardır diyenler Dönem 1'den anlamlı olarak düşüktür. ($p<0,001$) Dönem 6'da doğru bir karardır diyenler Dönem 2'den anlamlı olarak düşüktür. ($p<0,001$) Dönem 6'da doğru bir karardır diyenler, Dönem 3'den anlamlı olarak düşüktür. ($p<0,001$) Dönem 6'da doğru bir karardır diyenler 5'den anlamlı olarak düşüktür. ($p=0,011$)

Aynı şekilde Dönem 4'te doğru bir karardır diyenler Dönem 1'den anlamlı olarak düşüktür. ($p=0,032$) Dönem 4'te doğru bir karardır diyenler Dönem 2'den anlamlı olarak düşüktür. ($p=0,027$) Dönem 4'te doğru bir karardır diyenler Dönem 3'den anlamlı olarak düşüktür. ($p=0,041$)

4.3. Sağlık Yönetimi ile İlgili Görüşler

Bu bölümde tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık yönetimine ilişkin görüşleri incelenecektir. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık yönetimine ilişkin görüşleri Tablo 4.9, Tablo 4.10 ve Tablo 4.11'de görülmektedir.

Tablo 4.9. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sağlık Yönetimi ile İlgili Bilgi Durumlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

	Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Sağlık alanında yönetici olmak için ayrı bir eğitim gerekir mi?</i>							
a. Gerekir	68(89,5)	51(89,5)	55(78,6)	50(82)	36(94,7)	30(88,2)	290(86,3)
b. Kararsız	6(7,9)	6(10,5)	12(17,1)	9(14,8)	1(2,6)	3(8,8)	37(11)
c. Gerekmez	2(2,6)	0(0)	3(4,3)	2(3,3)	1(2,6)	1(2,9)	9(2,7)
<i>Okuduğu okulda sağlık yönetimi eğitimi aldı mı?</i>							
a. Evet	2(2,6)	1(1,8)	0(0)	36(59)	25(65,8)	15(44,1)	79(23,5)
b. Hayır	74(97,4)	56(98,2)	70(100)	25(41)	13(34,2)	19(55,9)	257(76,5)
<i>Eğitim aldı ise yeterli mi?</i>							
a. Evet	1(33,3)	2(50)	2(25)	19(47,5)	9(34,6)	8(44,4)	41(41,4)
b. Hayır	2(66,7)	2(50)	6(75)	21(52,5)	17(65,4)	10(55,6)	58(58,6)
<i>Sağlık yönetimi bilgisi</i>							
a. Çok bilgisi var	2(2,6)	3(5,3)	1(1,4)	2(3,3)	1(2,6)	1(2,9)	10(3)
b. Biraz bilgisi var	56(73,7)	43(75,4)	29(41,4)	40(65,6)	29(76,3)	19(55,9)	216(64,3)
c. Hiç bilgisi yok	18(23,7)	11(19,3)	40(57,1)	19(31,1)	8(21,1)	14(41,2)	110(32,7)
<i>Sağlık yönetimi ile ilgili kongre, panele katıldı mı?</i>							
a. Evet	6(7,9)	8(14)	6(8,6)	9(14,8)	6(15,8)	8(23,5)	43(12,8)
b. Hayır	70(92,1)	49(86)	64(91,4)	52(85,2)	32(84,2)	26(76,5)	293(87,2)
<i>Sağlık yönetimi ile ilgili deneyimi var mı?</i>							
a. Evet	18(23,7)	12(21,1)	8(11,4)	13(21,3)	10(26,3)	5(14,7)	66(19,6)
b. Hayır	58(76,3)	45(78,9)	62(88,6)	48(78,7)	28(73,7)	29(85,3)	270(80,4)

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %86,3’ünün (n=290) sağlık yöneticisi olmak için ayrı bir eğitim olması gerektiğini düşündüğü saptandı. (En yüksek %94,7 (n=36) Dönem 5’lerde, en düşük %78,6 (n=55) Dönem 3’lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %2,7'sinin (n=9) ayrı bir eğitim gerekmediğini düşündüğü saptandı. (En yüksek %4,3 (n=3) Dönem 3'lerde, en düşük %0 Dönem 2'lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %11'inin (n=37) de bu konuda kararsız olduğunu ifade ettiği saptandı. (En yüksek %17,1 (n=12) Dönem 3'lerde, en düşük %2,6 (n=1) Dönem 5'lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %23,5'inin (n=79) sağlık yönetimi alanında eğitim aldığını söylediği saptandı.

Sağlık yönetimi alanında eğitimi aldığını söyleyenlerden %58,6'sının (n=58) bu eğitimi yeterli bulmadığı saptandı.

Dönemler arasında sağlık yönetimi alanında eğitim aldığını söyleyenler için değerlendirildiğinde anlamlı fark bulundu. (**p<0,001**) Farkın hangi dönemlerden kaynaklandığı incelendiğinde Dönem 6'larda sağlık yönetimi alanında eğitim aldığını söyleyenlerin Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3'lerden anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. (sırasıyla **p<0,001, p<0,001, p<0,001**)

Dönem 5'lerde sağlık yönetimi alanında eğitim aldığını söyleyenlerin Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3'lerden anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. (sırasıyla **p<0,001, p<0,001, p<0,001**)

Dönem 4'lerde sağlık yönetimi alanında eğitim aldığını söyleyenlerin Dönem 1, Dönem 2 ve Dönem 3'lerden anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. (sırasıyla **p<0,001, p<0,001, p<0,001**)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %3'ünün (n=10) sağlık yönetimi alanında çok bilgisi olduğunu söylediği, %64,3'ünün (n=216) biraz bilgisi olduğunu söylediği ve %32,7'sinin (n=110) hiç bilgisi olmadığını söylediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %87,2'sinin (n=293) sağlık yönetimi alanında kongre, panel gibi bir çalışmaya katılmadığını ifade ettiği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %80,4'ünün (n=270) sağlık yönetimi ile ilgili herhangi bir deneyimi olmadığını belirttiği saptandı.

Tablo 4.10. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sağlık Yönetimi İle İlgili Tutum ve Davranışlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

		Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Yönetici olmak istiyor mu?								
a. Evet		27(35,5)	19(33,3)	13(18,6)	21(34,4)	9(23,7)	11(32,4)	100(29,8)
b. Kararsız		39(51,3)	29(50,9)	32(45,7)	21(34,4)	19(50)	16(47,1)	156(46,4)
c. Hayır		10(13,2)	9(15,8)	25(35,7)	19(31,1)	10(26,3)	7(20,6)	80(23,8)
Kendisinin yöneticilik becerisi olduğunu düşünüyor mu?								
a. Evet		30(39,5)	37(64,9)	17(24,3)	26(42,6)	18(47,4)	16(47,1)	144(42,9)
b. Kararsız		38(50)	14(24,6)	37(52,9)	22(36,1)	10(26,3)	11(32,4)	132(39,3)
c. Hayır		8(10,5)	6(10,5)	16(22,9)	13(21,3)	10(26,3)	7(20,6)	60(17,9)
Ülkemiz de sağlık yönetimini değerlendirmesi?								
a. Başarılı		4(5,3)	3(5,3)	1(1,4)	1(1,6)	0(0)	0(0)	9(2,7)
b. Kararsız		36(47,4)	13(22,8)	41(58,6)	37(60,7)	16(42,1)	17(50)	160(47,6)
c. Başarısız		36(47,4)	41(71,9)	28(40)	23(37,7)	22(57,9)	17(50)	167(49,7)
Kimler yönetici olabilir?(çok seçenek)								
a. Sağlık yönetimi mezunu	E	57(75)	40(70,2)	52(74,3)	42(68,9)	22(57,9)	21(61,8)	234(69,6)
b. Doktor	E	73(96,1)	53(93)	58(82,9)	53(86,9)	37(97,4)	34(100)	308(91,7)
c. Hemşire	E	13(17,1)	6(10,5)	16(22,9)	10(16,4)	7(18,4)	7(20,6)	59(17,6)
d. Diğer sağlık çalışanı	E	9(11,8)	4(7)	10(14,3)	7(11,5)	2(5,3)	3(8,8)	35(10,4)
e. Diğer üniversite mezunları	E	6(7,9)	7(12,3)	6(8,6)	7(11,5)	2(5,3)	5(14,7)	33(9,8)
Hekimlerin yönetici olmak istememe nedenleri?(çok seçenek)								
a. Fiziksel şiddet	E	55(72,4)	44(77,2)	50(71,4)	38(62,3)	24(63,2)	13(38,2)	224(66,7)
b. Psikolojik şiddet/tükenmişlik	E	62(81,6)	47(82,5)	54(77,1)	41(67,2)	31(81,6)	24(70,6)	259(77,1)
c. Ek eğitim gerekir	E	17(22,4)	8(14)	11(15,7)	17(27,9)	6(15,8)	6(17,6)	65(19,3)
d. Yüksek sorumluluk düzeyi	E	64(84,2)	47(82,5)	48(68,6)	47(77)	26(68,4)	25(73,5)	257(76,5)
e. İstesede olamaz	E	18(23,7)	15(26,3)	10(14,3)	15(24,6)	9(23,7)	7(20,6)	74(22)
f. Diğer*	E	4(5,3)	4(7)	5(7,1)	6(9,8)	2(5,3)	2(5,9)	23(6,8)

***Diğer:** Liyakat olmadığını düşünme, politik sebepler, mesleğin dışına çıkma ve hastalardan uzaklaşma olarak görme, Verilen emeğe değmeyeceğini düşünme, yetersiz maaş, cerrahi alanda çalışma isteği, yoğun iş temposu, kadın olmak-cinsiyet eşitsizliği, mobbing, hekimlikle çatışması riski

**Tabloda birden fazla seçenek işaretlenebilen sorularda her bir seçenek için evet diyenler “E” ile gösterilmiştir.

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %29,8’inin (n=100) sağlık alanında yönetici olmak istediğini belirttiği saptandı. (En yüksek %35,5 (n=27) Dönem 1’lerde, en düşük %18,6 (n=13) Dönem 3’lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %46,4’ünün (n=156) sağlık alanında yönetici olma konusunda kararsız olduğunu belirttiği saptandı. (En yüksek %51,3 (n=39) Dönem 1’lerde en düşük %34,4 (n=21) Dönem 4’lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %23,8’inin (n=80) sağlık alanında yönetici olmak istemediğini belirttiği saptandı. (En yüksek 35,7 (n=25) Dönem 3’lerde en düşük %13,2 (n=10) Dönem 1’lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %42,9’unun (n=144) sağlık alanında yöneticilik becerisi olduğunu belirttiği saptandı. (En yüksek %64,9 (n=37) Dönem 2’lerde en düşük %24,3 (n=17) Dönem 3’lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %39,3’ünün (n=132) sağlık alanında yöneticilik becerisi konusunda kararsız olduğunu belirttiği saptandı. (En yüksek %52,9 (n=37) Dönem 3’lerde, en düşük %24,6 (n=14) Dönem 2’lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %23,8’inin (n=80) sağlık alanında yöneticilik becerisi olmadığını belirttiği saptandı. En yüksek %26,3 (n=10) Dönem 5’lerde en düşük %10,5 (n=8, n=6) Dönem 1 ve 2’lerde)

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplam %2,7’sinin (n=9) Ülkemizdeki sağlık yönetimini başarılı olarak nitelediği, %47,6’sının (n=160) bu konuda kararsız kaldığı, %49,7’sinin (n=167) de başarısız olarak nitelediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin “Sizce sağlık alanında kimler yönetici olabilmelidir?” sorusuna toplam %91,7’sinin (n=308) doktor, %69,6’sının (n=234) sağlık yönetimi mezunu, %17,6’sının (n=59) hemşire, %10,4’ünün (n=35) diğer sağlık çalışanı, %9,8’inin (n=33) diğer üniversite mezunu dediği saptandı.

Araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin “Ülkemizde sağlık yöneticisi olmak istemeyen hekimlerin sebepleri sizce nelerdir?” sorusuna toplam %66,7’sinin (n=224) “Fiziksel şiddet ve yorgunluk”, %77,1’inin (n=259) “Psikolojik şiddet ve tükenmişlik”, %19,3’ünün (n=65) “Ek bir eğitim gerektirdiğini düşünme”, %76,5’inin (n=257) “İstese de olamayacağını düşünme”, %22’sinin (n=74) “Yüksek sorumluluk düzeyi”, %6,8’sinin (n=23) “Diğer” dediği saptandı.

Tablo 4.11. Öğrencilerin Tıp Fakültesi Dönemlerine Göre Sağlık Yöneticilerinin Eğitimlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (Ankara, 2023)

		Dönem 1	Dönem 2	Dönem 3	Dönem 4	Dönem 5	Dönem 6	Toplam
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Sağlık yöneticisinin temel özellikleri(çok seçenek)</i>								
a. İyi iletişim becerileri	E	75(98,7)	54(94,7)	69(98,6)	58(95,1)	36(94,7)	31(91,2)	323(96,1)
b. Sağlık yöneticiliği eğitilmiş	E	62(81,6)	45(78,9)	56(80)	49(80,3)	32(84,2)	29(85,3)	273(81,3)
c. Soğukkanlı ve sabırlı kişilik	E	68(89,5)	49(86)	56(80)	55(90,2)	33(86,8)	28(82,4)	289(86)
d. Yüksek tıbbi ve hukuk bilgisi	E	73(96,1)	53(93)	64(91,4)	55(90,2)	36(94,7)	31(91,2)	312(92,9)
e. Diğer*	E	4(5,3)	6(10,5)	2(2,9)	2(3,3)	1(2,6)	0(0)	15(4,5)
<i>Tıp eğitiminde sağlık yöneticiliğine ilişkin eklenmesi gereken bilgiler (çok seçenek)</i>								
a. İletişim tartışma, liderlik	E	68(89,5)	53(93)	52(74,3)	46(75,4)	33(86,8)	29(85,3)	281(83,6)
b. Zaman yönetimi	E	58(76,3)	46(80,7)	41(58,6)	42(68,9)	25(65,8)	17(50)	229(68,2)
c. Sağlık sistemleri	E	61(80,3)	47(82,5)	37(52,9)	33(54,1)	26(68,4)	24(70,6)	228(67,9)
d. Sağlık hukuku, tıp etiği	E	63(82,9)	52(91,2)	49(70)	41(67,2)	27(71,1)	23(67,6)	255(75,9)
e. Teşhis, tedavi maliyetleri etkinlik, finansman planlaması	E	60(78,9)	50(87,7)	30(42,9)	42(68,9)	26(68,4)	22(64,7)	230(68,5)
f. Tıbbi bilgisayar sistemleri kalite süreçleri	E	52(68,4)	48(84,2)	28(40)	23(37,7)	16(42,1)	15(44,1)	182(54,2)
g. Konu eklenmesine gerek yoktur.	E	3(3,9)	1(1,8)	6(8,6)	2(3,3)	0(0)	0(0)	12(3,6)

***Diğer:** Liderlik vasıfları, kriz yönetimi, sorumluluk bilinci, Hekim olmak, çalıştığı yerin sosya-ekonomik durumunu bilmek, empati gücü yüksek-saygılı-adaletli, kolaylaştırıcı-yardımcı, çözüm odaklı, temel ticaret bilgisi olmak

**Tabloda birden fazla seçenek işaretlenebilen sorularda her bir seçenek için evet diyenler “E” ile gösterilmiştir.

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi iyi bir sağlık yöneticisi olmak için neler gerekir sorusuna araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %96,1’inin (n=323) “İletişim becerilerinin iyi olması”, %81,3’ünün (n=273) “Sağlık yönetimi ile ilgili eğitim almış olması”, %86’sının (n=289) “Kişisel özellikler (sabırlı, soğukkanlı olmak vs)”, %92,9’unun (n=312) “Tıbbi ve hukuki bilgi düzeyinin yüksek olması” ve %4,5’nin (n=15) “Diğer” olarak cevap verdiği saptandı.

Tıp eğitiminde sağlık yöneticiliğine ilişkin eklenmesi gereken konular sorusuna araştırmaya katılan Tıp Fakültesi öğrencilerinin %83,6’sının (n=281) “İletişim, Müzakere becerileri, Liderlik”, %68,2’sinin (n=229) “Zaman yönetimi”, %67,9’unun (n=228) “Sağlık sistemi, Ulusal sağlık hizmetleri”, %75,9’unun (n=255) “Sağlık hukuku, Tıp Etiği”, %68,5’inin (n=230) “Teşhis ve tedavinin tıbbi maliyet-etkililiği, finansal planlama”, %54,2’sinin (n=182) “Tıbbi bilgisayar sistemleri, Kalite süreçleri”, %3,6’sının (n=12) “Konu eklenmesine ihtiyaç yoktur” diye cevap verdiği saptandı.

4.4. Klinik Liderlik

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin Klinik Liderlik durumları sunulmaktadır.

Öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri, bazı mesleki tercihleri ve sağlık yönetimi görüşleri ile Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.12, Tablo 4.13 ve Tablo 4.14’de görülmektedir.

Tablo 4.12. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik ve Diğer Bazı Özelliklerine Göre Klinik Liderlik Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

Klinik Liderlik Ölçeği Toplam					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	p
Tüm Katılımcılar					
Sosyodemografik Özellikler					
Cinsiyet					0,261
Kadın	2,6020±0,27207	2,6750	1,83	3,00	
Erkek	2,5407±0,33923	2,6000	1,55	3,00	
Algılanan Gelir Düzeyi					0,001
İyi	2,6202±0,28794	2,7000	1,73	3,00	
Orta veya Kötü	2,5305±0,30046	2,6000	1,55	2,95	
Psikiyatrik hastalık					0,004
Yok	2,5991±0,29453	2,6750	1,55	3,00	
Var	2,4882±0,29062	2,5750	1,73	2,90	
Sigara içme					0,420
İçiyorum	2,5590±0,29824	2,6000	1,93	3,00	
İçmiyorum	2,5867±0,29614	2,6500	1,55	3,00	
Alkol kullanma					0,662
İçmiyorum	2,5822±0,28495	2,6750	1,73	3,00	
İçiyorum	2,5823±0,30123	2,6500	1,55	3,00	
Uyuşturucu-uyarıcı madde					0,025
Denedim	2,4688±0,31706	2,5125	1,93	2,95	
Denemedim	2,5942±0,29191	2,6750	1,55	3,00	
Kişilik Tipi					0,380
A tipi kişilik	2,5708±0,29825	2,6250	1,55	2,98	
B tipi kişilik	2,5920±0,29492	2,6750	1,83	3,00	
Okumakta Olduğu Dönem					<0,001
Dönem 1	2,6339±0,29237	2,7750	1,63	2,95	
Dönem 2	2,7048±0,20726	2,7500	2,17	3,00	
Dönem 3	2,4932±0,31465	2,6000	1,55	2,95	
Dönem 4	2,5893±0,29441	2,6500	1,85	3,00	
Dönem 5	2,5836±0,32933	2,6250	1,83	3,00	
Dönem 6	2,4309±0,25429	2,4500	1,93	2,98	

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları açısından incelendiğinde kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,261$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları açısından incelendiğinde sigara içenler ve içmeyenler arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,420$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları açısından incelendiğinde alkol kullananlar ve kullanmayanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,662$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları uyuşturucu-uyarıcı madde denemedim diyenlerde denedim diyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p=0,025$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları açısından incelendiğinde A tipi kişilik ve B tipi kişiliğe sahip olanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,380$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları algılanan gelir düzeyi iyi olanlarda orta ve kötü olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p=0,001$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. ($p=0,004$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları dönemlere göre değerlendirildiğinde anlamlı olarak farklı bulundu. ($p<0,001$)

Farkın hangi dönemler arasında olduğu incelendiğinde Dönem 6’nın sırasıyla Dönem 1, Dönem 2, Dönem 4 ve Dönem 5’den anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi. (sırasıyla $p=0,001$, $p<0,001$, $p=0,038$, $p=0,045$)

Dönem 3’ün sırasıyla Dönem 1 ve Dönem 2’den anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi. (sırasıyla $p=0,022$, $p=0,001$)

Tablo 4.13. Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre Klinik Liderlik Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

Klinik Liderlik Ölçeği Toplam					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
Tüm Katılımcılar					
Mesleki Tercihler					
<i>Tıp fakültesi doğru bir karar mı?</i>					<0,001
Doğru bir karardır	2,63±0,27	2,70	1,83	3,00	
Kararsızım/ Doğru bir karar değildir	2,45±0,32	2,50	1,55	2,93	
<i>Neden tıp fakültesi</i>					0,007
Tıp okumayı istedim	2,60±0,28	1,55	3,00	2,67	
Diğer	2,50±0,32	1,63	3,00	2,58	
<i>Şu anda seçmek istediği alan</i>					0,109
Bilmiyorum	2,64±0,24	2,72	2,00	3,00	
Temel bilimler	2,48±0,34	2,55	1,73	2,90	
Dahili Bilimler	2,53±0,32	2,62	1,55	3,00	
Cerrahi Bilimler	2,57±0,30	2,62	1,63	3,00	
<i>Bitirdikten sonra Tus planı</i>					0,626
Var	2,58±0,30	2,65	1,55	3,00	
Yok	2,57±0,27	2,65	1,90	2,95	

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır diyenlerde anlamlı olarak yüksek bulundu. (**p<0,001**)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları Tıp Fakültesini istediği için seçtiğini söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (**p=0,007**)

Bitirdikten sonra TUS sınavına girme düşüncesi olan ve olmayanlar arasında Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları açısından anlamlı fark bulunmadı. (p=0,626)

Şuan seçmek istedikleri uzmanlık alanlarına göre incelendiğinde Klinik Liderlik Ölçeği Ortalama puanları açısından anlamlı fark bulunmadı. (p=0,109)

Tablo 4.14. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre Klinik Liderlik Ölçeği Toplam Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

Klinik Liderlik Ölçeği Toplam					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
Tüm Katılımcılar					
Sağlık alanında yönetici olmak istiyor mu?					<0,001
a.Evet	2,6618±0,25397	2,7500	1,63	3,00	
b.Kararsız	2,6306±0,26082	2,6750	1,95	3,00	
c.Hayır	2,3887±0,32741	2,4750	1,55	2,90	
Kendisinin sağlık alanında yöneticilik becerisi olduğunu düşünüyor mu?					<0,001
a.Evet	2,6717±0,25687	2,7625	1,93	3,00	
b.Kararsız	2,5866±0,25473	2,6500	1,63	2,95	
c.Hayır	2,3583±0,35156	2,4375	1,55	3,00	
Sağlık alanında kimler yönetici olabilir?					
a.Sağlık yönetimi mezunu	E: 2,5845±0,29595	2,6500	1,55	3,00	0,861
	H: 2,5772±0,29816	2,6250	1,83	3,00	
b.Doktor	E: 2,5971±0,28634	2,6500	1,55	3,00	0,008
	H: 2,4196±0,35547	2,5500	1,73	2,88	
Sağlık yönetimi bilgisi					<0,001
Bilgisi var	2,6332±0,27054	2,7000	1,63	3,00	
Bilgisi yok	2,4777±0,31961	2,5250	1,55	3,00	
Sağlık alanında yönetici olmak için ayrı bir eğitim gerekir mi?					0,003
Gerekir	2,6046±0,28046	2,6625	1,63	3,00	
Kararsız/Gerekmez	2,4418±0,35301	2,5125	1,55	2,90	

Tablo 4.14’de görüldüğü gibi Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları sağlık alanında yönetici olma açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark bulundu. ($p<0,001$)

Farkın nedeni incelendiğinde sağlık alanında yönetici olmak istemediğini söyleyenlerde isteyenler ve kararsız olanlara göre Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları anlamlı olarak

düşük bulundu. (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$) Kararsız olduğunu söyleyenler ve istediğini söyleyenler arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=1,00$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanlarına sağlık alanında yönetici olma becerisi açısından incelendiğinde becerisi olduğunu düşünenler becerisi olmadığını düşünenler ve kararsız olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,004$) Becerisi olmadığını düşünenler de kararsızlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. ($p<0,001$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları kimler yönetici olabilmelidir sorusunda doktor diyenlerde anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p=0,008$)

Kimler yönetici olabilmelidir sorusuna sağlık yönetimi mezunu, hemşire, diğer sağlık çalışanı ve diğer üniversite mezunu diyenlerde Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları açısından anlamlı bir fark bulunmadı. ($p>0,05$)

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları sağlık yönetimi bilgisi olduğunu söyleyenlerde anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Sağlık alanında yönetici olmak için ayrı bir eğitim gerekir diyenlerin Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları anlamlı olarak eğitim gerekmez diyenlerden yüksek bulundu. ($p=0,003$)

4.5. Öğrencilerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumları

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin Depresyon, Anksiyete ve Stres durumları sunulmaktadır.

Öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres durumlarının sosyodemografik özellikleriyle karşılaştırılması Tablo 4.15, Tablo 4.16, Tablo 4.17 ve Tablo 4.18’de görülmektedir.

Tablo 4.15. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre DASS-21 Depresyon Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Depresyon					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
Tüm Katılımcılar					
Sosyodemografik Özellikler					
Cinsiyet					0,077
Kadın	6,1009±4,90468	4,0000	0,00	21,00	
Erkek	5,1111±4,50199	4,0000	0,00	21,00	
Size göre algılanan gelir düzeyi					0,001
İyi	5,0773±4,43948	3,0000	0,00	19,00	
Orta ve Kötü	6,7465±5,10102	6,0000	0,00	21,00	
Psikiyatrik hastalık					<0,001
Yok	5,2632±4,52429	4,0000	0,00	21,00	
Var	8,6863±5,25544	8,0000	0,00	18,00	
Sigara içme					<0,001
İçiyorum	8,1698±5,20627	8,0000	0,00	19,00	
İçmiyorum	5,3357±4,58687	4,0000	0,00	21,00	
Alkol kullanma					0,557
İçmiyorum	6,0309±5,03209	5,0000	0,00	21,00	
İçiyorum	5,6820±4,70197	4,0000	0,00	20,00	
Uyusturucu, uyarıcı madde					0,108
Denedim	7,5000±5,81988	7,0000	0,00	19,00	
Denemedim	5,6020±4,64830	4,0000	0,00	21,00	
Kişilik Tipi					0,048
A tipi kişilik	6,2597±4,84101	5,0000	0,00	19,00	
B tipi kişilik	5,3791±4,73079	4,0000	0,00	21,00	
Okumakta Olduğu Dönem					0,051
Dönem 1	5,4079±5,08639	3,0000	0,00	21,00	
Dönem 2	6,0351±4,42785	4,0000	1,00	18,00	
Dönem 3	4,9143±4,33637	3,5000	0,00	19,00	
Dönem 4	6,8033±4,88474	6,0000	0,00	21,00	
Dönem 5	6,5526±5,00647	5,5000	0,00	20,00	
Dönem 6	5,2941±5,06042	3,0000	0,00	19,00	

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi kadınlar ve erkekler arasında depresyon puanları açısından anlamlı bir fark bulunmadı. (p=0,077)



Algılanan gelir düzeyi iyi olanlarda depresyon puanları anlamlı olarak düşük bulundu. ($p=0,001$)

Psikiyatrik hastalığı olanlarda depresyon puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Sigara içenlerde depresyon puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Alkol kullanma değerlendirildiğinde depresyon puanlarında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,557$)

Uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi konusunda depresyon puanlarında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,108$)

A tipi kişilikte olduğunu söyleyenlerde depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. ($p=0,048$)

Depresyon puanlarına okumakta oldukları dönem açısından incelendiğinde anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,051$)

Tablo 4.16. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre DASS-21 Anksiyete Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Anksiyete					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	p
Tüm Katılımcılar					
Sosyodemografik Özellikler					
Cinsiyet					<0,001
Kadın	6,7061±4,80607	6,0000	0,00	21,00	
Erkek	4,0741±3,72339	3,0000	0,00	21,00	
Size göre algılanan gelir düzeyi					0,002
İyi	5,2062±4,32953	4,0000	0,00	19,00	
Orta ve Kötü	6,7535±4,92524	6,0000	0,00	21,00	
Psikiyatrik hastalık					<0,001
Yok	5,2772±4,32610	4,0000	0,00	21,00	
Var	9,1176±5,06220	8,0000	0,00	21,00	
Sigara içme					0,064
İçiyorum	7,0000±5,04213	6,0000	0,00	18,00	
İçmiyorum	5,6466±4,54710	4,0000	0,00	21,00	
Alkol kullanma					0,668
İçmiyorum	6,1443±4,93075	5,0000	0,00	21,00	
İçiyorum	5,7448±4,53253	5,0000	0,00	21,00	
Uyusturucu, uyarıcı madde					0,317
Denedim	6,9063±5,56115	6,0000	0,00	20,00	
Denemedim	5,7500±4,53698	4,5000	0,00	21,00	
Kişilik Tipi					0,001
A tipi kişilik	6,7338±4,81289	6,0000	0,00	20,00	
B tipi kişilik	5,1209±4,38061	4,0000	0,00	21,00	
Okumakta Olduğu Dönem					0,014
Dönem 1	6,5000±4,90034	5,0000	0,00	21,00	
Dönem 2	5,5263±4,71360	4,0000	0,00	19,00	
Dönem 3	4,9286±3,75064	4,0000	0,00	19,00	
Dönem 4	6,5738±4,93781	6,0000	0,00	21,00	
Dönem 5	7,2632±5,13959	6,0000	0,00	20,00	
Dönem 6	4,0588±3,74927	3,0000	0,00	12,00	

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi kadınların anksiyete puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)



Algılanan gelir düzeyi iyi olanların anksiyete puanları anlamlı olarak düşük bulundu. ($p=0,002$)

Psikiyatrik hastalığı olduğunu söyleyenlerin anksiyete puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Sigara içme açısından incelendiğinde anksiyete puanları için anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,064$)

Alkol kullanma açısından incelendiğinde anksiyete puanları için anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,668$)

Uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi açısından incelendiğinde anksiyete puanları için anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,317$)

A tipi kişilik özelliğine sahip olduğunu söyleyenlerde anksiyete puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p=0,001$)

Anksiyete puanlarına okumakta oldukları dönem açısından incelendiğinde anlamlı fark bulundu. ($p=0,014$) Farkın nedeni incelendiğinde Dönem 6'larda anksiyete puanlarının Dönem 5'lerden anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi. ($p=0,043$)

Tablo 4.17. Öğrencilerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre DASS-21 Stres Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Stres					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
Tüm Katılımcılar					
Sosyodemografik Özellikler					
Cinsiyet					<0,001
Kadın	8,0702±4,74220	7,0000	0,00	21,00	
Erkek	5,7037±4,17214	5,0000	0,00	21,00	
Size göre algılanan gelir düzeyi					0,004
İyi	6,7113±4,46044	5,0000	0,00	19,00	
Orta ve Kötü	8,1268±4,89153	8,0000	0,00	21,00	
Psikiyatrik hastalık					<0,001
Var	9,7843±4,55330	10,0000	1,00	19,00	
Yok	6,8667±4,58601	5,0000	0,00	21,00	
Sigara içme					0,068
İçiyorum	8,5472±5,44753	8,0000	0,00	21,00	
İçmiyorum	7,0777±4,51094	6,0000	0,00	21,00	
Alkol kullanma					0,648
İçmiyorum	7,1443±5,07853	6,0000	0,00	21,00	
İçiyorum	7,3766±4,53655	6,0000	0,00	21,00	
Uyuşturucu, uyarıcı madde					0,758
Denedim	7,2813±5,09417	6,0000	0,00	21,00	
Denemedim	7,3125±4,65769	6,0000	0,00	21,00	
Kişilik Tipi					<0,001
A tipi kişilik	8,8052±4,73628	8,0000	0,00	21,00	
B tipi kişilik	6,0440±4,27614	5,0000	0,00	21,00	
Okumakta Olduğu Dönem					0,403
Dönem 1	7,5132±4,70884	5,0000	0,00	20,00	
Dönem 2	7,3158±4,11512	6,0000	0,00	19,00	
Dönem 3	6,8571±4,31138	6,0000	0,00	17,00	
Dönem 4	8,1311±5,34626	8,0000	0,00	21,00	
Dönem 5	7,1842±4,58467	7,5000	0,00	21,00	
Dönem 6	6,4412±5,24081	4,0000	0,00	18,00	

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi kadınların stres puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)



Algılanan gelir düzeyi iyi olanların stres puanları anlamlı olarak düşük bulundu. ($p=0,004$)

Psikiyatrik hastalığı olduğunu söyleyenlerin stres puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Sigara içme açısından incelendiğinde stres puanları için anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,068$)

Alkol kullanma açısından incelendiğinde stres puanları için anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,648$)

Uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi açısından incelendiğinde stres puanları için anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,758$)

A tipi kişilik özelliğine sahip olduğunu söyleyenlerde stres puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Stres puanlarına okumakta oldukları dönem açısından incelendiğinde anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,403$)

Tablo 4.18. Öğrencilerin Bazı Sosyo Demografik Özelliklerine Göre DASS-21 Toplam Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Toplam					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
Tüm Katılımcılar					
Sosyodemografik Özellikler					
Cinsiyet					<0,001
Kadın	20,8772±12,42290	20,0000	0,00	58,00	
Erkek	14,8889±11,06762	12,0000	0,00	63,00	
Size göre algılanan gelir düzeyi					<0,001
İyi	16,9948±11,52402	12,0000	0,00	49,00	
Orta ve Kötü	21,6268±12,87617	20,0000	0,00	63,00	
Psikiyatrik hastalık					<0,001
Yok	17,4070±11,76992	14,0000	0,00	63,00	
Var	27,5882±11,78164	27,0000	1,00	49,00	
Sigara içme					0,004
İçiyorum	23,7170±13,97027	24,0000	0,00	58,00	
İçmiyorum	18,0601±11,78862	14,0000	0,00	63,00	
Alkol kullanma					0,933
İçmiyorum	19,3196±13,28576	17,0000	0,00	63,00	
İçiyorum	18,8033±11,91774	15,0000	0,00	58,00	
Uyusturucu,uyarıcı madde					0,311
Denedim	21,6875±14,43213	21,0000	1,00	58,00	
Denemedim	18,6645±12,05677	15,0000	0,00	63,00	
Kişilik Tipi					<0,001
A tipi kişilik	21,7987±12,42566	21,0000	0,00	58,00	
B tipi kişilik	16,5440±11,71511	12,0000	0,00	63,00	
Okumakta Olduğu Dönem					0,081
Dönem 1	19,4211±13,26877	14,5000	0,00	57,00	
Dönem 2	18,8772±11,53422	16,0000	3,00	49,00	
Dönem 3	16,7000±10,48857	13,5000	1,00	52,00	
Dönem 4	21,5082±13,74363	21,0000	0,00	63,00	
Dönem 5	21,0000±11,80701	20,5000	1,00	58,00	
Dönem 6	15,7941±12,01206	9,0000	1,00	43,00	

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi kadınların DASS-21 toplam puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)



Algılanan gelir düzeyi iyi olanların DASS-21 toplam puanları anlamlı olarak düşük bulundu. ($p<0,001$)

Psikiyatrik hastalığı olduğunu söyleyenlerin DASS-21 toplam puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

Sigara içiyorum diyenlerin DASS-21 toplam puanları için anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p=0,004$)

Alkol kullanma açısından incelendiğinde DASS-21 toplam puanları için anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,933$)

Uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi açısından incelendiğinde DASS-21 toplam puanları için anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,311$)

A tipi kişilik özelliğine sahip olduğunu söyleyenlerde DASS-21 toplam puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. ($p<0,001$)

DASS-21 toplam puanlarına okumakta oldukları dönem açısından incelendiğinde anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,081$)

Öğrencilerin depresyon anksiyete ve stres durumlarının bazı mesleki tercihleriyle karşılaştırılması Tablo 4.5.5, Tablo 4.5.6, Tablo 4.5.7. ve Tablo 4.5.8’de görülmektedir.

Tablo 4.19. Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre DASS-21 Depresyon Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Depresyon					
Mesleki Tercihler	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
<i>Neden tıp fakültesi</i>					0,001
Tıp okumayı istedim	5,3154±4,59063	4,0000	0,00	21,00	
Diğer	7,3816±5,15355	6,0000	0,00	19,00	
<i>Tıp fakültesine girmek doğru bir karar mı?</i>					<0,001
Doğru bir karardır	4,8554±4,24261	3,0000	0,00	21,00	
Kararsızım/Hayır	8,1702±5,30700	7,0000	0,00	21,00	
<i>Şu anda seçmek istediği alan</i>					0,006
Bilmiyorum	5,8519±4,69801	4,0000	0,00	19,00	
Temel bilimler	8,9333±6,08824	9,0000	2,00	21,00	
Dahili Bilimler	6,3579±4,76895	5,0000	0,00	19,00	
Cerrahi Bilimler	4,8559±4,52963	3,0000	0,00	21,00	
<i>Bitirdikten sonra Tus planı</i>					0,826
Var	5,7828±4,84833	4,0000	0,00	21,00	
Yok	5,7826±4,49154	4,5000	0,00	16,00	

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi Tıp fakültesini tıp okumak isteyerek yazdığını söyleyenlerin depresyon puanları diğer sebeplerle tıp fakültesi yazanlardan anlamlı olarak düşük bulundu. (**p=0,001**)

Tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır diyenlerin depresyon puanları diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. (**p<0,001**)

Şuan seçmek istedikleri uzmanlık alanıyla depresyon puanları arasında anlamlı fark bulundu. (**p=0,006**) Aradaki fark Cerrahi bilimler ve Temel bilimler alanında uzmanlık seçmek isteyenlerden kaynaklanmaktadır. (**p=0,021**) Depresyon puanları Cerrahi bilimlerde uzmanlık isteyenlerde Temel bilimlerde uzmanlık isteyenlere göre anlamlı olarak düşük bulundu.

Bitirdikten sonra TUS planına göre depresyon puanları incelendiğinde girecek olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. (**p=0,826**)

Tablo 4.20. Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre DASS-21 Anksiyete Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Anksiyete					
Mesleki Tercihler	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
<i>Neden tıp fakültesi</i>					0,248
Tıp okumayı istedim	5,6769±4,51547	4,0000	0,00	21,00	
Diğer	6,4868±5,05303	5,0000	0,00	21,00	
<i>Tıp fakültesine girmek doğru bir karar mı?</i>					0,001
Doğru bir karardır	5,2355±4,11634	4,0000	0,00	21,00	
Kararsızım/Hayır	7,4681±5,50015	6,5000	0,00	21,00	
<i>Şu anda seçmek istediği alan</i>					0,291
Bilmiyorum	5,8611±4,67337	5,0000	0,00	21,00	
Temel bilimler	6,6667±5,08031	5,0000	0,00	16,00	
Dahili Bilimler	6,3158±4,50594	5,0000	0,00	18,00	
Cerrahi Bilimler	5,3898±4,68865	4,0000	0,00	21,00	
<i>Bitirdikten sonra Tus planı</i>					0,646
Var	5,8138±4,64443	4,0000	0,00	21,00	
Yok	6,1522±4,70445	7,0000	0,00	18,00	

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi Tıp fakültesini tıp okumak isteyerek yazdığını söyleyenler ve diğer sebeplerle tıp fakültesi yazanlar arasında anksiyete puanları açısından anlamlı fark bulunmadı. (p=0,248)

Tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır diyenlerin anksiyete puanları diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. (p=0,001)

Şuan seçmek istedikleri uzmanlık alanıyla anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. (p=0,291)

Bitirdikten sonra TUS planına göre anksiyete puanları incelendiğinde girecek olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. (p=0,646)

Tablo 4.21. Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre DASS-21 Stres Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Stres					
Mesleki Tercihler	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
<i>Neden tıp fakültesi</i>					0,039
Tıp okumayı istedim	7,0423±4,67249	6,0000	0,00	21,00	
Diğer	8,2237±4,67789	8,0000	0,00	20,00	
<i>Tıp fakültesine girmek doğru bir karar mı?</i>					0,001
Doğru bir karardır	6,7810±4,47556	5,0000	0,00	20,00	
Kararsızım/Hayır	8,6702±4,98252	9,0000	0,00	21,00	
<i>Şu anda seçmek istediği alan</i>					0,023
Bilmiyorum	7,3611±4,55590	6,0000	0,00	19,00	
Temel bilimler	6,3333±5,00951	5,0000	1,00	20,00	
Dahili Bilimler	8,2105±4,62853	8,0000	0,00	19,00	
Cerrahi Bilimler	6,6610±4,75955	5,0000	0,00	21,00	
<i>Bitirdikten sonra Tus planı</i>					0,376
Var	7,2276±4,67452	6,0000	0,00	21,00	
Yok	7,8261±4,82726	7,0000	0,00	18,00	

Tablo 4.21’de görüldüğü gibi Tıp fakültesini tıp okumak isteyerek yazdığını söyleyenlerin stres puanları diğer sebeplerle tıp fakültesi yazanlardan anlamlı olarak düşük bulundu. (**p=0,039**)

Tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır diyenlerin stres puanları diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. (**p=0,001**)

Şuan seçmek istedikleri uzmanlık alanıyla stres puanları arasında anlamlı fark bulundu. (**p=0,023**) Aradaki fark Cerrahi bilimler ve Dahili bilimler alanında uzmanlık seçmek isteyenlerden kaynaklanmaktadır. (**p=0,024**) Stres puanları Cerrahi bilimlerde uzmanlık isteyenlerde Dahili bilimlerde uzmanlık isteyenlere göre anlamlı olarak düşük bulundu.

Bitirdikten sonra TUS planına göre stres puanları incelendiğinde girecek olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. (**p=0,376**)

Tablo 4.22. Öğrencilerin Bazı Mesleki Tercihlerine Göre DASS-21 Toplam Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Toplam					
Mesleki Tercihler	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
<i>Neden tıp fakültesi</i>					0,009
Tıp okumayı istedim	18,0346±12,06717	14,0000	0,00	63,00	
Diğer	22,0921±12,69349	21,0000	1,00	52,00	
<i>Tıp fakültesine girmek doğru bir karar mı?</i>					<0,001
Doğru bir karardır	16,8719±10,99057	13,0000	0,00	57,00	
Kararsızım/Hayır	24,3085±13,87814	24,0000	0,00	63,00	
<i>Şu anda seçmek istediği alan</i>					0,023
Bilmiyorum	19,0741±12,07431	16,5000	0,00	52,00	
Temel bilimler	21,9333±14,31516	17,0000	6,00	57,00	
Dahili Bilimler	20,8842±11,84552	20,0000	1,00	52,00	
Cerrahi Bilimler	16,9068±12,44680	12,0000	0,00	63,00	
<i>Bitirdikten sonra Tus planı</i>					0,314
Var	18,8241±12,43447	15,0000	0,00	63,00	
Yok	19,7609±11,59346	18,5000	0,00	46,00	

Tablo 4.22’de görüldüğü gibi Tıp fakültesini tıp okumak isteyerek yazdığını söyleyenlerin DASS-21 toplam puanları diğer sebeplerle tıp fakültesi yazanlardan anlamlı olarak düşük bulundu. (**p=0,009**)

Tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır diyenlerin DASS-21 toplam puanları diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. (**p<0,001**)

Şuan seçmek istedikleri uzmanlık alanıyla DASS-21 toplam puanları arasında anlamlı fark bulundu. (**p=0,023**) Aradaki fark Cerrahi bilimler ve Dahili bilimler alanında uzmanlık seçmek isteyenlerden kaynaklanmaktadır. (**p=0,019**) DASS-21 toplam puanları Cerrahi bilimlerde uzmanlık isteyenlerde Dahili bilimlerde uzmanlık isteyenlere göre anlamlı olarak düşük bulundu.

Bitirdikten sonra TUS planına göre DASS-21 toplam puanları incelendiğinde girecek olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. (**p=0,314**)

Öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres durumlarının bazı sağlık yönetimi görüşleriyle karşılaştırılması Tablo 4.23, Tablo 4.24, Tablo 4.25 ve Tablo 4.26’da görülmektedir.

Tablo 4.23. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre DASS-21 Depresyon Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Depresyon					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
Sağlık alanında yönetici olmak istiyor mu?					0,001
a. Evet	5,0400±4,32264	4,0000	0,00	17,00	
b. Kararsız	5,3654±4,73434	4,0000	0,00	21,00	
c. Hayır	7,5250±5,09647	6,5000	0,00	21,00	
Kendisinin sağlık alanında yöneticilik becerisi olduğunu düşünüyor mu?					0,001
a. Evet	5,0000±4,38210	4,0000	0,00	18,00	
b. Kararsız	5,6894±4,77611	4,0000	0,00	21,00	
c. Hayır	7,8667±5,23504	7,0000	0,00	21,00	
Hekimlerin sağlık yöneticisi olmak istememe nedenleri					
a. İstese de olamayacağını düşünme	E: 6,3243±4,76030	6,0000	0,00	21,00	0,150
	H: 5,6298±4,80225	4,0000	0,00	21,00	
b. Yüksek sorumluluk düzeyi	E: 5,7082±4,74881	4,0000	0,00	21,00	0,594
	H: 6,0253±4,96391	5,0000	0,00	20,00	
Ülkemiz de sağlık yönetimini değerlendirmesi					0,160
Başarılı	3,4444±3,00463	4,0000	0,00	8,00	
Kararsız	5,5688±4,81301	4,0000	0,00	21,00	
Başarısız	6,1138±4,82890	4,0000	0,00	21,00	

Tablo 4.23’de görüldüğü gibi Sağlık alanında yönetici olma isteği bağlamında depresyon puanları incelendiğinde anlamlı fark bulundu. (**p=0,001**) Farklılığın nedeni incelendiğinde sağlık alanında yönetici olmak istemiyorum diyenlerin depresyon puanları anlamlı olarak kararsız olanlardan ve isteyenlerden daha yüksek bulundu. (sırasıyla **p=0,002**, **p=0,002**)

Kendinde sağlık alanında yönetici olma vasfı görme bağlamında depresyon puanları incelendiğinde anlamlı fark bulundu. (**p=0,001**) Farkın kaynağı incelendiğinde sağlık alanında yöneticilik becerisi olmadığını söyleyenlerin depresyon puanları kararsız olanlardan ve becerisi olanlardan daha yüksek bulundu. (sırasıyla **p=0,012**, **p<0,001**)

Hekimlerin sağlık yöneticisi olmayı istememe nedenleri açısından incelendiğinde depresyon puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. (**p>0,05**)

Ülkemizde sağlık yönetimini değerlendirme açısından incelendiğinde depresyon puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,160$)

Tablo 4.24. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre DASS-21 Anksiyete Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Anksiyete					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
<i>Sağlık alanında yönetici olmak istiyor mu?</i>					0,007
a. Evet	5,3200±4,09207	4,0000	0,00	17,00	
b. Kararsız	5,3718±4,42313	4,0000	0,00	21,00	
c. Hayır	7,4875±5,35569	7,0000	0,00	21,00	
<i>Kendisinin sağlık alanında yöneticilik becerisi olduğunu düşünüyor mu?</i>					0,002
a. Evet	5,3264±4,64371	4,0000	0,00	20,00	
b. Kararsız	5,5000±4,05402	5,0000	0,00	19,00	
c. Hayır	7,9333±5,33891	7,5000	0,00	21,00	
<i>Hekimlerin sağlık yöneticisi olmak istememe nedenleri</i>					
a. Yüksek sorumluluk düzeyi	5,8093±4,70524	5,0000	0,00	21,00	0,535
	6,0253±4,47779	5,0000	0,00	17,00	
b. İstese de olamaz	6,4595±4,98543	5,5000	0,00	21,00	0,256
	5,6908±4,54267	5,0000	0,00	21,00	
<i>Ülkemiz de sağlık yönetimini değerlendirmesi</i>					0,414
Başarılı	5,3333±4,30116	6,0000	0,00	12,00	
Kararsız	5,5437±4,53615	4,0000	0,00	21,00	
Başarısız	6,1916±4,77056	5,0000	0,00	21,00	

Tablo 4.24’de görüldüğü gibi Sağlık alanında yönetici olma isteği bağlamında anksiyete puanları incelendiğinde anlamlı fark bulundu. ($p=0,007$) Farklılığın nedeni incelendiğinde sağlık alanında yönetici olmak istemiyorum diyenlerin anksiyete puanları anlamlı olarak kararsız olanlardan ve isteyenlerden daha yüksek bulundu. (sırasıyla $p=0,03$, $p=0,008$)

Kendinde sağlık alanında yönetici olma vasfı görme bağlamında anksiyete puanları incelendiğinde anlamlı fark bulundu. ($p=0,002$) Farkın kaynağı incelendiğinde sağlık alanında yöneticilik becerisi olmadığını söyleyenlerin anksiyete puanları kararsız olanlardan ve becerisi olanlardan daha yüksek bulundu. (sırasıyla $p=0,016$, $p=0,001$)

Hekimlerin sağlık yöneticisi olmayı istememe nedenleri açısından incelendiğinde anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p>0,05$)

Ülkemizde sağlık yönetimini değerlendirme açısından incelendiğinde anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,414$)

Tablo 4.25. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre DASS-21 Stres Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Stres					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
<i>Sağlık alanında yönetici olmak istiyor mu?</i>					0,022
a. Evet	7,0400±4,47196	6,0000	0,00	20,00	
b. Kararsız	6,7564±4,30809	5,5000	0,00	21,00	
c. Hayır	8,7250±5,40271	8,0000	0,00	21,00	
<i>Kendisinin sağlık alanında yöneticilik becerisi olduğunu düşünüyor mu?</i>					0,015
a. Evet	6,8611±4,73140	5,0000	0,00	20,00	
b. Kararsız	7,0833±4,26783	6,0000	0,00	21,00	
c. Hayır	8,8833±5,21761	8,0000	0,00	21,00	
<i>Hekimlerin sağlık yöneticisi olmak istememe nedenleri</i>					
a. Yüksek sorumluluk düzeyi	E:7,1984±4,61861	6,0000	0,00	21,00	0,382
	H:7,6709±4,93995	8,0000	0,00	20,00	
b. İstese de olamaz	E:7,7973±4,90730	8,0000	0,00	21,00	0,289
	H:7,1718±4,63093	6,0000	0,00	21,00	
<i>Ülkemiz de sağlık yönetimini değerlendirmesi</i>					0,637
Başarılı	6,1111±5,01110	6,0000	0,00	14,00	
Kararsız	7,1188±4,54796	6,0000	0,00	21,00	
Başarısız	7,5569±4,82164	6,0000	0,00	21,00	

Tablo 4.25.'de görüldüğü gibi Sağlık alanında yönetici olma isteği bağlamında stres puanlarına göre incelendiğinde anlamlı fark bulundu. ($p=0,022$) Farklılığın nedeni incelendiğinde sağlık alanında yönetici olmak istemiyorum diyenlerin stres puanları isteyenlerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu. ($p=0,02$)

Kendinde sağlık alanında yönetici olma vasfı görme bağlamında stres puanlarına göre incelendiğinde anlamlı fark bulundu. ($p=0,015$) Farkın kaynağı incelendiğinde sağlık

alanında yöneticilik becerisi olmadığını söyleyenlerin stres puanları becerisi olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. ($p=0,012$)

Hekimlerin sağlık yöneticisi olmayı istememe nedenleri açısından incelendiğinde stres puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p>0,05$)

Ülkemizde sağlık yönetimini değerlendirme açısından incelendiğinde stres puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,637$)

Tablo 4.26. Öğrencilerin Bazı Sağlık Yönetimiyle İlgili Görüşlerine Göre DASS-21 Toplam Puanlarının Dağılımı (Ankara, 2023)

DASS-21 Toplam					
	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Alt	Üst	P
<i>Sağlık alanında yönetici olmak istiyor mu?</i>					0,001
a. Evet	17,4000±11,19163	15,0000	0,00	52,00	
b. Kararsız	17,4936±11,72122	14,0000	0,00	58,00	
c. Hayır	23,7375±13,62587	22,5000	1,00	63,00	
<i>Kendisinin sağlık alanında yöneticilik becerisi olduğunu düşünüyor mu?</i>					<0,001
a. Evet	17,1875±11,95327	13,0000	0,00	52,00	
b. Kararsız	18,2727±11,57128	15,5000	0,00	58,00	
c. Hayır	24,6833±13,22234	23,5000	0,00	63,00	
<i>Hekimlerin sağlık yöneticisi olmak istememe nedenleri</i>					
a. Yüksek sorumluluk düzeyi	18,7160±12,25865	15,0000	0,00	63,00	0,483
	19,7215±12,52478	20,0000	0,00	52,00	
b. İstese de olamaz	20,5811±12,48232	20,5000	0,00	63,00	0,145
	18,4924±12,24612	14,5000	0,00	58,00	
<i>Ülkemiz de sağlık yönetimini değerlendirmesi</i>					0,265
Başarılı	14,8889±10,61184	18,0000	0,00	29,00	
Kararsız	18,2312±11,98911	15,5000	0,00	63,00	
Başarısız	19,8623±12,66858	16,0000	0,00	58,00	

Tablo 4.26’da görüldüğü gibi Sağlık alanında yönetici olma isteği bağlamında DASS-21 Toplam puanlarına göre incelendiğinde anlamlı fark bulundu. ($p=0,001$) Farklılığın nedeni incelendiğinde sağlık alanında yönetici olmak istemiyorum diyenlerin DASS-21 toplam puanları anlamlı olarak kararsız olanlardan ve isteyenlerden daha yüksek bulundu. (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,008$)

Kendinde sağlık alanında yönetici olma vasfı görme bağlamında DASS-21 Toplam puanlarına göre incelendiğinde anlamlı fark bulundu. ($p<0,001$) Farkın kaynağı incelendiğinde sağlık alanında yöneticilik becerisi olmadığını söyleyenlerin DASS-21 toplam puanları kararsız olanlardan ve becerisi olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. (sırasıyla $p=0,003$, $p<0,001$)

Hekimlerin sağlık yöneticisi olmayı istememe nedenleri açısından incelendiğinde DASS-21 toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p>0,05$)

Ülkemizde sağlık yönetimini değerlendirme açısından incelendiğinde DASS-21 toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,265$)

Öğrencilerin Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) Puanları ile Klinik Liderlik Puanları Arasındaki ilişkiler Tablo 4.5.13.'de gösterilmektedir.

Tablo 4.27. Öğrencilerin Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) Puanları ile Klinik Liderlik Puanları Arasındaki Korelasyon (Ankara, 2023)

		DASS-21			
Klinik liderlik		<i>Depresyon</i>	<i>Anksiyete</i>	<i>Stres</i>	<i>Toplam</i>
Kişisel Özellikler Alanı	r	-0,146	-0,043	-0,099	-0,107
	p	0,008**	0,436	0,070	0,050
Diğerleriyle Çalışma Alanı	r	-,182	-0,045	-0,086	-0,115
	p	0,001**	0,409	0,115	0,035*
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	r	-0,195	-0,088	-0,103	-0,140
	p	<0,001***	0,106	0,058	0,010*
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	r	-0,172	-0,059	-0,139	-0,137
	p	0,002**	0,280	0,011*	0,012*
Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı	r	-0,189	-0,096	-0,163	-0,163
	p	0,001**	0,079	0,003**	0,003**
Toplam puan	r	-0,221	-0,086	-0,155	-0,170
	p	<0,001***	0,117	0,004**	0,002**

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tablo 4.27'de görüldüğü gibi katılımcıların Klinik Liderlik Ölçeği Kişisel Özellikler Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 Depresyon puanları arasında negatif yönlü korelasyon

saptandı. ($r=-0,146$, $p<0,01$) Katılımcıların depresyon puanları arttıkça Kişisel Özellikler Alanı puanları azalmaktadır.

Kişisel Özellikler Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 toplam puanları arasında negatif yönlü sınırlı anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,107$, $p=0,05$)

Kişisel özellikler Alanı puanları ile Anksiyete ve Stres puanları arasında korelasyon bulunmadı. ($p>0,05$)

Katılımcıların Klinik Liderlik Ölçeği Diğerleriyle Çalışma Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 Depresyon puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. ($r=-0,182$, $p<0,01$) Katılımcıların depresyon puanları arttıkça Diğerleriyle Çalışma Alanı puanları azalmaktadır.

Diğerleriyle Çalışma Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 toplam puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,115$, $p<0,05$) Katılımcıların DASS-21 toplam puanları arttıkça Diğerleriyle Çalışma Alanı puanları azalmaktadır.

Diğerleriyle Çalışma Alanı puanları ile Anksiyete ve Stres puanları arasında korelasyon bulunmadı. ($p>0,05$)

Katılımcıların Klinik Liderlik Ölçeği Hizmetlerin Yönetimi Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 Depresyon puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. ($r=-0,195$, $p<0,001$) Katılımcıların depresyon puanları arttıkça Hizmetlerin Yönetimi Alanı puanları azalmaktadır.

Hizmetlerin Yönetimi Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 toplam puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,140$, $p=0,01$) Katılımcıların DASS-21 toplam puanları arttıkça Hizmetlerin Yönetimi Alanı puanları azalmaktadır.

Hizmetlerin Yönetimi Alanı puanları ile Anksiyete ve Stres puanları arasında korelasyon bulunmadı. ($p>0,05$)

Katılımcıların Klinik Liderlik Ölçeği Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 Depresyon puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. ($r=-0,172$, $p<0,01$) Katılımcıların depresyon puanları arttıkça Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı puanları azalmaktadır.

Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 toplam puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,137$, $p<0,05$) Katılımcıların DASS-21 toplam puanları arttıkça Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı puanları azalmaktadır.

Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı alt boyut puanları ile stres puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,139$, $p<0,05$) Katılımcıların stres puanları arttıkça Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı puanları azalmaktadır.

Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı puanları ile Anksiyete puanları arasında korelasyon bulunmadı. ($p>0,05$)

Katılımcıların Klinik Liderlik Ölçeği Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 Depresyon puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. ($r=-0,189$, $p=0,001$) Katılımcıların depresyon puanları arttıkça Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı puanları azalmaktadır.

Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı alt boyut puanları ile DASS-21 toplam puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,163$, $p<0,01$) Katılımcıların DASS-21 toplam puanları arttıkça Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı puanları azalmaktadır.

Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı alt boyut puanları ile stres puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,163$, $p<0,01$) Katılımcıların stres puanları arttıkça Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı puanları azalmaktadır.

Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı puanları ile Anksiyete puanları arasında korelasyon bulunmadı. ($p>0,05$)

Katılımcıların Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları ile DASS-21 Depresyon puanları arasında negatif yönlü korelasyon saptandı. ($r=-0,221$, $p<0,001$) Katılımcıların depresyon puanları arttıkça Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları azalmaktadır.

Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları ile DASS-21 toplam puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,170$, $p<0,01$) Katılımcıların DASS-21 toplam puanları arttıkça Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları azalmaktadır.



Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları ile stres puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. ($r=-0,155$, $p<0,01$) Katılımcıların stres puanları arttıkça Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları azalmaktadır.

Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları ile Anksiyete puanları arasında korelasyon bulunmadı. ($p>0,05$)



5. TARTIŞMA

Bu çalışmadaki öğrencilerin %60,41'i (n=203) prelinik (Dönem 1,2,3), %39,59'u (n=133) klinik (Dönem 4,5,6) dönemdedir ve %71,1'i (n=239) evde ailesi ile birlikte yaşamakta olup birlikte yaşama bakımından dönemler arasında anlamlı fark saptanmıştır. Dönem 5 ile 6'da Dönem 1,2 ve 3'e kıyasla aile ile birlikte yaşama sıklığı anlamlı olarak az saptanmıştır. Özçakar ve ark. tarafından 2015 yılında gerçekleştirilen 128 hemşirelik fakültesi ve 84 tıp fakültesi öğrencisinin yaşama koşullarının araştırıldığı bir çalışmada hemşirelik fakültesi öğrencilerinin %18,8'inin (n=24), tıp fakültesi öğrencilerinin %21,4'ünün (n=18) evde ailesiyle birlikte yaşadığı saptanmıştır (140). Umman'da tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon ve tükenmişlik prevalanslarının değerlendirildiği bir çalışmada ise öğrencilerin %53,8'inin (n=356) prelinik (Dönem 1,2,3), %46,2'sinin (n=306) klinik (Dönem 4,5,6) dönemde olduğu, öğrencilerin geneli incelendiğinde %24,7'sinin (n=163) evde ailesiyle birlikte yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada evde ailesiyle birlikte yaşayan tıp fakültesi öğrencilerinde diğerlerine kıyasla tükenmişlik prevalansı daha düşük, depresyon prevalansı ise daha yüksek saptanmıştır (141). Öğrencilerin aileleriyle yaşama sıklıkları yaşadıkları ülkenin ve toplumun gelenek görenekleri, aile yapıları, aile ile olan ilişkileri, öğrenci ve aile gelir düzeyleri, öğrencinin kişisel kararları, okudukları dönemler, fakülte, şehir vb. pek çok faktörle bağlantılı olmakla birlikte değişkenlik gösterebilir ve çalışmalarda saptanan aile ile birlikte yaşama sıklıklarının birbirinden farklı olması bu faktörlerin etkisine bağlı olabilir. Öte yandan iş yükü, zaman sınırlamaları ve klinik rotasyonlar gibi sebepler ile tıp eğitiminin yoğun ve zorlu oluşunun etkisi de öğrencilerin hastaneye yakın bir yerde kalmak istemelerine neden olarak Dönem 5 ve 6 öğrencilerinin Dönem 1,2,3'e kıyasla evde ailesi ile birlikte yaşama oranına yansımış olabilir.

Bu çalışmada dönemler arası sigara içme durumu incelendiğinde anlamlı fark saptanmıştır. Her biri ayrı ayrı olmak üzere dönem 4, 5 ve 6'da sigara içmiyorum diyenler dönem 1, 2 ve 3'e kıyasla anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu kapsamda tıp fakültesinde dönem ilerledikçe öğrenciler arasında sigara içenlerin sıklığının arttığı söylenebilir. Literatürde çalışmada elde edilen sonucu destekler nitelikte pek çok çalışma bulunmakta olup yapılan sistematik bir incelemede tıp fakültelerinde dönem ilerledikçe sigara içme sıklığının arttığı vurgulanmıştır (142). Hindistan'da Ramakrishna ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığının dönem 1 erkek öğrencilerde %7 iken, dönem 5 erkek öğrencilerde %16'ya yükseldiği saptanmıştır (143). Hindistan'da 1989

yılında tıp fakültesi öğrencileri üzerinde Singh ve ark. tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise sigara içme oranlarının dönem 1 ve 5 arasında artış gösterdiği ve %17'den %43'e yükseldiği saptanmıştır. Türkiye'de Şenol ve ark. tarafından gerçekleştirilen kohort çalışmasında dönem 1'de %22 olan sigara içme sıklığının dönem 6'ya kadar %27'ye yükseldiği, dönem 1'de sigara içmeyenlerin yaklaşık üçte birinin tıp eğitimi süresi boyunca 6 yıl içinde sigara içene başlayanlarda oranın %3,3 olduğu, dönem 1 sonunda %11,2'ye yükseldiği, dönem 2 sonunda %31'e ulaştığı, dönem 4'te %23'e gerilediği saptanmıştır (144). Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada klinik dönemlerdeki öğrencilerin preklinik dönemlerdeki öğrencilere kıyasla sigara içme sıklığının daha yüksek olmasının sebebi, öğrencilerin klinik süreçle birlikte hastane işleyişine etkin katılımın getirmiş olduğu sorumluluğa bağlı olarak maruz kaldıkları stres olabilir. Ayrıca tıp fakültesi eğitiminde dönem ilerledikçe sorumlu olunan bilgi miktarının artışı ve meslek hayatına başlamak için kalan sürenin kısılmasının yaratmış olduğu etki de bu durumun sebebi olabilir. Sigara içme sıklıklarının dönemler arasında farklılık göstermesi öğrencilerin sosyodemografik farklılıklarından kaynaklanabilir.

Bu çalışmada dönemler arasında uyuşturucu-uyarıcı madde kullanma deneyimi bakımından anlamlı fark saptanmıştır. Her biri ayrı ayrı olmak üzere dönem 5 ve 6'da uyuşturucu-uyarıcı madde deneyimi olmadığını söyleyenler Dönem 1, 2 ve 3'lerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu bilgiden hareketle bu çalışmadaki tıp fakültesi öğrencilerinde uyuşturucu madde kullanma deneyiminin genç yaşlarda daha sık olduğu anlaşılmaktadır. Türkiye'de İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan "Madde Kullanıcıları Profil Analizi 2021 Yılı Narkolog Raporu"nda belirtildiği üzere 2021 yılında uyuşturucuya başlama yaşı ortalama 21,22 olup ortalama yaş ise 20'dir. İlgili raporda uyuşturucu madde kullanmaya başlama yaşı bakımından 15-24 yaş döneminin en riskli dönem olduğu belirtilmiştir. Ayrıca uyuşturucu madde kullanmaya başlamadan önce tütün kullanım oranı %82,4, alkol kullanım oranı %37,9'dur (145). Türkiye'de 752 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada öğrencilerin %5,9'unun herhangi bir uyuşturucu maddeyi denediği, uyuşturucu madde kullananların %65,9'unun sigara içtiği belirlenmiştir (146). Türkiye'de 202 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise katılımcıların %3,5'inin uyuşturucu-uyarıcı maddeyi en az bir kez deneyimlediği saptanmıştır (147). Bu çalışmayı destekler nitelikte Eskişehir'de 214 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen çalışmada öğrencilerin %5,1'inin madde kullanımının olduğu, madde kullanımı olan öğrencilerin %9,09'unun preklinik, %90,91'inin

klirik dönemde olduğu saptanmıştır (148). Bu çalışmada dönem 5 ve 6’da uyışturucu-uyarıcı madde deneyimi olduğunu söyleyen öğrencilerin sıklığının dönem 1,2 ve 3 öğrencilerine kıyasla yüksek olması yukarıda yer alan rapor ve yayınlarda bahsedildiği üzere, madde kullanmaya başlama yaşı bakımından en riskli dönem olan 15-24 yaş dönemine dönem 5 ve 6  ğrencilerinin daha uzun süre maruz kalmaları olabilir. Ayrıca preklirik ve klirik dönemler açısından incelendiğinde klirik dönemlerde madde kullanma deneyiminin yüksek olmasının nedeni tütün kullanımında olduğu gibi stres olabileceği gibi uyışturucu ve uyarıcı maddelere erişimin klirik dönemlerde kolaylaşması da olabilir. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin de madde kullanma deneyimi üzerinde etkisi olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Tıp fakültesini seçme nedenleri bakımından dönemler arasında fark saptanmakla birlikte dönem 6’da tıp fakültesini okumayı isteyerek seçtiğini söyleyenler Dönem 1,3,4 ve 5’lerden anlamlı olarak düşük bulundu. Karaoğlu ve ark. tarafından preklirik tıp fakültesi öğrencileri üzerinde Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmada tıp fakültesi seçiminden memnuniyet oranının dönem ilerledikçe azaldığı memnuniyet derecesini “Her zaman” olarak belirten  ğrenci sıklığının dönem 1’de %49, dönem 2’de %26,5 ve dönem 3’de %21,3 olduğu saptanmıştır (149). Bu çalışmaların aksine, Pagnin ve ark. tarafından Brezilya’da gerçekleştirilen çalışmada, tıp fakültesi dönem 1, 2, 4 ve 6 öğrencileri arasında tıp fakültesini okumayı isteyerek seçme (doktor olma motivasyonu) arasında farklılık saptanmamıştır (150). Türkiye’de yapılan tıp fakültesi  ğrencilerinin tıp fakültesini seçme nedenlerinin incelendiği bir çalışmada öğrencilerin %42,1’inin “hekimlik mesleğini sevdiği” için yazdığı ancak dönem 1’de %52,2 olan bu oranın dönem 2’de %31,6’ya, dönem 3’de ise 30,9 düştüğü belirlenmiştir. Öte yandan iş garantisi, ekonomik nedenler, aile/evre isteği gibi sebeplerin ise dönem 1’den dönem 3’e yükseldiği saptanmıştır (149). Bu kapsamda tıp fakültesinde dönem ilerledikçe tıp fakültesini isteyerek seçme (hekimlik mesleğini sevme) motivasyonunun azaldığını söyleyen yayınlarda olduğu gibi değişmediğini söyleyen yayınlarda mevcuttur. Bu çalışmaya benzer Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmalarda dönem ilerledikçe tıp fakültesini isteyerek seçme (hekimlik mesleğini sevme) motivasyonunun azaldığı görülmektedir. Özellikle Türkiye’de son dönemde hekimlik meslek saygınlığının azalmasına neden olan sağlıkta şiddet, özlük haklarının zedelenmesi, maaş-ücret kaybı gibi nedenlerin hekimlerin kamu kuruluşları yerine özel sağlık kuruluşlarını seçmesinde ya da yurt dışına gitmesinde olduğu gibi hekimlik mesleğini isteyerek seçmelerinde de negatif etkisi olabilir. Özellikle Dönem 6’da öğrenciler ve hekimlerin aynı ortamda çalışması bu

gibi durumlara maruz kalmalarına sebep olarak memnuniyet üzerinde etkili olmuş olabilir. Bu çalışmada öğrencilerin gözünden hekimlerin durumunun sorgulanmaması ve verdikleri yanıtlar üzerindeki etkinin ölçülmemesi bir kısıtlılık olarak ele alınabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin dönem 1’de %48,7’sinin, dönem 2’de %29,8’inin, dönem 3’de %60’ının, dönem 4’de %59’unun, dönem 5’de %31,6’sının, dönem 6’da %26,5’inin olmak üzere genelde %45,5’inin gelecekte yurt dışında çalışmayı istediği saptanmıştır. Çanakkale’de 2023 yılında tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmaya göre öğrencilerin %77,5’inin ileride yurt dışında çalışmayı düşündüğü, %74,9’unun yurt dışı çalışma şartlarını araştırdıkları saptanmıştır (151). Lancet’te yayınlanan rapora göre; Türkiye’den yurt dışında çalışmak amacıyla Türk Tabipleri Birliği’nden talep edilen hekim yeterlilik belgesi sayısı 2012 yılında 59 iken, 2022 yılı ilk yedi ayında toplam 1402 hekim bu belgeyi talep etmiştir. Bu durumun sebepleri olarak ekonomik durum ve sağlık profesyonellerine karşı artan şiddet belirtilmiştir. Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bazı araştırmalarda öğrencilerin gelecekle ilgili maddi kaygılar yaşadığı, değersiz hissettiği, çalışma şartlarına yönelik endişe duyduğu, malpraktis riski fazla olan branşlardan kaçtığı hatta tıp fakültesinde olma durumunu sorguladığı belirtilmiştir (152,153). Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada da tıp fakültesi öğrencilerinin yurt dışında çalışmayı istediği görülmekte olup Türk Tabipleri Birliği raporunda belirtildiği üzere bu durumun nedeni ekonomik kayıplar ve özlük kayıplarının olması, sağlık profesyonellerine yönelik artan şiddet, yurt dışı çalışma ve maddi koşulların Türkiye’den daha iyi oluşu ve Türkiye’deki sağlık politikaları olabilir. Bu alanda gerçekleştirilecek daha detaylı çalışmalarla bu durumun nedenleri daha net şekilde ortaya konabilir.

Öğrencilerin uzmanlık tercihleri değerlendirildiğinde fakülteye girdiklerindeki ve çalışmanın yapıldığı zamanki tercihleri arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Cerrahi branş seçmek isteyenlerin fakülteye başladıktan sonra bu eğilimlerinin azaldığı, dahili branş seçmek isteyen öğrencilerin eğilimlerinin arttığı ve bilmiyorum diyen öğrenci sayısının da fakülteye başladığı zamana göre arttığı saptanmıştır. Türkiye’de İzmir’de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiş çalışmada öğrencilerin %66,7’sinin dahili, %28,9’unun cerrahi, %4,4’ünün ise temel tıp bilimlerini seçmeyi planladığı, hiçbir öğrencinin meslek hayatına pratisyen olarak devam etmek istemediği saptanmıştır (153). Türkiye’de 234 tıp fakültesi birinci sınıf öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen çalışmada öğrencilerin %43,5’inin cerrahi, %22,4’ünün dahili %2,9’unun ise temel tıp branşını seçmek

istediği, %31,2'sinin ise bilmediğini ifade ettiği saptanmıştır (154). Türkiye'de 798 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen çalışmada öğrencilerin %85,7'sinin mezuniyet sonrası uzman olmak istediği, %14,3'ünün ise uzman olmak istemediği saptanmıştır. İlgili çalışmada uzman olmak istemeyen öğrencilerin %22,8'i fakülteye başlarken uzman olmak istediğini fakat eğitim sürecinde tercihlerinin değiştiğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada uzmanlık eğitimini almak istemeyen öğrencilerin nedenleri %70,9 ile "TUS'un varlığı", %63,6 ile "Asistanlığın zorluğu" ve %33,6 ile "Türkiye'deki sağlık politikaları" olmuştur (155). Tıp fakültesine başladıktan sonra öğrencilerin %16,3'ünün pişman olduğunu, %15,8'inin tekrar seçme şansı olsa tıp fakültesini seçmeyeceğini ifade ettikleri bir çalışma da literatürde mevcuttur (154). Bu kapsamda çalışmayla benzer nitelikte öğrencilerin tıp fakültesine girişlerindeki beklentilerinin fakültede eğitim süresince karşılanmadığı ve bu durumun da uzmanlık tercihleri üzerinde etkisinin olduğu anlaşılmaktadır. Fransa'da tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada öğrencilerin %87,4'ünün uzman olmak istediği, %45,2'sinin cerrahi uzmanlık alanlarına yöneldiği görülmüştür (156). Tıp fakültesi öğrencilerinin uzmanlık seçimlerine etki eden faktörlerin değerlendirildiği 2019 yılında gerçekleştirilmiş olan sistematik derleme ve meta analizde öğrencilerin uzmanlık seçimine etki eden faktörler; akademik ilgi alanları, yetkinlikler, yaşam tarzının kontrol edilebilirliği ve esnek çalışma programının varlığı, hasta hizmet oryantasyonu, tıp öğretmenleri ve mentorlar, kariyer fırsatları, iş yükü ve çalışma saatleri, gelir düzeyi, eğitim süresi, prestij, öğrencinin sahip olduğu borçlar ve insanların tavsiyeleri şeklinde belirtilmiştir (157). Uzmanlık tercihinde ayrıca kişilerin değer yargıları, ilgi alanları, inançları, kişisel özellikleri, sosyoekonomik durumları, aile yapıları, ülkeler ve kültürler arası farklılıklar etkili olabilmektedir (153). Bu çalışmada öğrencilerin uzmanlık tercihleri ve bu tercihlerde zamanla meydana gelen değişimler yukarıda belirtilen bireysel, toplumsal, ülkesel, bölgesel pek çok faktör ya da faktörlerden etkilenmiş olabilir. Öğrencilerin Cerrahi branşlara yönelmesinde TUS puanlarının daha kolay alınabilir olması etkili olabileceği gibi Cerrahi branş isteyerek başlayıp fakülteye girdikten sonra seçmek istediği uzmanlık alanı için bilmiyorum diyenlerin bu görüşlerinde de sağlıkta şiddet, çalışma koşulları ve hekimliğin değersizleşmesi gibi konular etkili olmuş olabilir. Bu konuda net yorum yapılabilmesi için karıştırıcı faktörlerin daha iyi dışlandığı geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Tıp fakültesini tercih etme kararının doğruluğu dönemler arasında değerlendirildiğinde anlamlılık saptanmış olup dönem 4'te tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır diyenler dönem 1, 2 ve 3'ten, dönem 6'da tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır diyenler

dönem 1, 2, 3 ve 5'ten anlamlı olarak düşüktür. Türkiye'de tıp fakültesi dönem 1 öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada öğrencilerin %92,4'ünün ilk tercih olarak tıp fakültesini seçtiği, %89'unun isteyerek tercih yaptığı, %16,3'ünün fakülteye başladıktan sonra pişman olduğu ve %15,8'inin tekrar seçme şansı verilse tıp fakültesini seçmeyeceği saptanmıştır (154). Bursa'da 425 tıp fakültesi dönem 1 öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen çalışmada öğrencilerin %88,9'u tıp fakültesine isteyerek girdiğini, %15,5'i tekrar seçme şansı verilse hekimlik mesleğini seçmeyeceğini belirtmiştir (158). Tıp fakültesi öğrencilerinin gelecekle ilgili kaygı, değersiz hissetme, çalışma koşulları, riskli branşlardan kaçınma gibi nedenlerden ötürü tıp fakültesinde olma durumunu sorguladığını belirten çalışmalar da mevcuttur (152,153). Tıp fakültesinin tercih edilmesinde yaş, cinsiyet, ilgi alanı gibi bireysel faktörler ile sosyoekonomik durum, halkın hekimliği saygın bir meslek olarak kabulü, aile, arkadaşlar ve çevre etkisi gibi toplumsal faktörler rol oynayabilmektedir (159). Türkiye'de son sınıf tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada öğrencilerin tıp fakültesini en sık tercih sebepleri "Saygın bir meslek olması", "İş garantisi olması", "Tıbbi ilgi duymak", "İnsanlara yardımcı olmak", "Puanın yüksek olması" "Aile ve çevrenin yönlendirmesi" olarak sıralanmıştır (160). Yapılan bir araştırmada her dört hekimden birinin henüz liseye başlamadan tıp fakültesini tercih etmeye karar verdiği de gösterilmiştir (161). Bu kapsamda tıp fakültesini tercih etme kararından pişman olma özellikle preklinikten kliniğe geçiş dönemi olan, öğrencilerin hastane içinde aktif olarak görev aldıkları ve hekim olma sorumluluklarını hissetmeye başladıkları, teorik bilgiden ayrı hasta ve hasta yakını dinamiklerini yönetmeyi öğrendikleri dönem 4'te artmaktadır. Ayrıca meslek hayatına atılmadan önceki staj dönemi olan dönem 6'da da pişmanlık öğrencilerin stajlar süresince angarya olarak tabir ettikleri işlerde de çalıştırılması ve yıllar geçtikçe tıp eğitiminin zorluğu, beklentinin karşılanmaması, karşılaşılan motivasyon kırıcı durumlar vb. sebeplere bağlı olarak artmakta olabilir. Bu araştırmanın sonuçlarında gösterildiği gibi yukarıda bahsedilen faktörler dönem ilerledikçe tıp fakültesini seçme kararının sorgulanmasına ve tercih etmenin doğru karar olduğunu söyleyen öğrenci sayısının azalmasına neden olmaktadır. Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin okuduklarına pişman olmaması adına, sorunların saptanması bu konuda önlemler alınması önemlidir ve bu duruma etkiyen faktörlerin saptanması gerekmektedir. Dönemler arasında tıp fakültesini seçme kararı durumunu inceleyen, eğitim-öğretim sürecini detaylı şekilde ele alan çalışmaların varlığına ihtiyaç vardır.

Sağlık yönetimi alanında eğitim alanlar dönemlere göre değerlendirildiğinde anlamlılık saptandı. Her biri ayrı ayrı olmak üzere sağlık yönetimi alanında eğitim alan dönem 4, 5 ve 6 üzerinde gerçekleştirilen 185 kişinin cevaplarının değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların yalnızca %25,4'ünün yönetim üzerine formal eğitim aldığı saptanmıştır (162). İngiltere'de çok merkezli olarak ve 10 ayrı tıp fakültesinde gerçekleştirilen araştırmanın sonuçlarına göre; katılımcıların %94,7'sinin klinik bir ortamda hekimlerin idari kararlara etki etmesi gerektiğini düşündüğü, %85'inin de hekimlerin yönetici veya liderlik sorumluluklarına sahip olması gerektiğini düşünmekte olduğu saptanmıştır. İlgili çalışmada öğrencilerin %63,2'sinin tıp fakültesinde yönetim ve liderlik üzerine daha fazla eğitim almak istediği saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada son sınıf öğrencilerin liderlik ve yönetim üzerine, lisansüstü eğitim sürecinde ya da kariyerleri boyunca ilgi durumları sorgulandığında, öğrencilerin %59,7'sinin lisansüstü eğitimde liderlik ve yönetim eğitimi arayışında olduğu, %65,8'inin kariyerlerinde liderlik ve yönetim sorumluluklarını üstlenmeye ilgi duyduğu, %78'inin yönetim ve liderlik konularının öğrencilere teşviki ve vurgulanması gerektiğini düşündüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada öğrencilerin %85'inin tıp alanında yöneticilik pozisyonunun ne anlama geldiği konusunda yeterince bilgilendirilmediği, %54,4'ünün ise bu kapsamda aldıkları eğitimi “çok zayıf” veya “zayıf” olarak nitelediği, %63'ünün tıp fakültesinde daha fazla liderlik eğitimi almaktan memnun olacağını ifade ettiği saptanmıştır (163). Bu çalışmada yukarıda verilen literatür sonuçlarıyla uyumlu olarak katılımcıların %76,5'inin okuduğu tıp fakültesinde sağlık yönetimine dair eğitim almadığı, eğitim aldığını söyleyenlerin ise %58,6'sının aldığı eğitimi yeterli bulmadığı saptanmıştır. Bu kapsamda, Türkiye'de Halk Sağlığı başta olmak üzere Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda liderlik ve yöneticilik üzerine eğitim vermekle sorumlu Aile Hekimliği ve Acil Tıp Anabilim Dallarının ilgili konularda vermiş oldukları eğitimin öğrenciler tarafından yetersiz bulunduğu, süresinin ve kapsamının artırılması gerektiğinin düşünüldüğü söylenebilir. Ayrıca dönem 1, 2 ve 3'te verilen teorik eğitimlerin pratik uygulama olmaksızın öğrencilerde sağlık yönetimi alanında farkındalık oluşturmada, dönem 4, 5 ve 6'da pratik uygulamalarla ve sahadan yürütülen çalışmalarla öğrencilerin teorik bilgileri içselleştirebildikleri ve bu sayede sağlık yönetimi farkındalıklarının arttığı, bu sonuçlara bağlı olarak söylenebilir.

Bu çalışmada Klinik Liderlik Ölçeği (KLÖ) ortalama puanları psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireleri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada klinik liderlik puanlarıyla stres arasında güçlü bir negatif

ilişki saptanmıştır (164). Psikiyatrik hastalıklar, dünyada en yaygın sağlık sorunlarından biridir ve bu nedenle küresel çapta sağlık önceliği olarak kabul edilmelidir (165). Ruh sağlığını bozabilen potansiyel risk faktörlerinin kişinin mücadelecisi yapıda olması, sağlıklı aile ve sosyal ilişkiler, huzurlu çalışma ortamı gibi koruyucu etkisi olan etmenlerle yok edilebileceği belirtilmektedir. Bu kapsamda ruh sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla kişilerin veya toplumların duygusal ve bilişsel yönden desteklenmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Türkiye’de 386 sağlık yönetimi öğrencisi üzerinde gerçekleştirilen çalışmada ruh sağlığı ile başarı yönelimi ve benlik saygısı arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır (166). Liderlerin sahip olması gereken özellikler arasında stresli, baskı yükü fazla durumlarda iyi karar alabilme, başarı yönelimli olma, benlik saygısı, empati yapabilme vb. bulunmaktadır (53,54). Bu kapsamda elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde psikiyatrik hastalık gibi kişinin yaşam standardını etkileyen faktörler varlığında ve stres yükünün fazla olduğu durumlarda liderlik özellikleri etkilenebilir, klinik liderlik ölçeğinden alınan puanlar da buna bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Bu çalışmada psikiyatrik hastalığı olanların Klinik Liderlik Ölçeğinden aldıkları puanın düşük olmasının sebebinin tam olarak belirtilebilmesi için aynı liderlik özelliklerine sahip bireyler üzerinde karıştırıcı faktörler dışlanarak çalışma yapılması gerekmektedir.

Öğrencilerin Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları dönemlere göre değerlendirildiğinde anlamlılık saptanmış olup dönem 6’nın sırasıyla Dönem 1, 2, 4 ve 5’den anlamlı olarak düşük olduğu, dönem 3’ün sırasıyla Dönem 1 ve 2’den anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi. Türkiye’de yapılan bir çalışmada dönem değişkeni ile Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları arasında kayda değer anlamlı ilişki saptanmakla birlikte öğrencilerin birinci ve üçüncü dönemde daha yüksek puan aldıkları ve daha fazla liderlik özellikleri gösterdikleri anlaşılmıştır (167). Bu kapsamda birinci dönemde meslek ve liderlik konusundaki beklentilerin yüksek oluşu ve üniversiteye başlanılan dönemdeki özgüven yüksekliği bu sonuca etki edebilen önemli faktörler olarak değerlendirilebilir. Dönem ilerledikçe Klinik Liderlik Ölçeği’nden alınan ortalama puanlar düşmekle birlikte sadece dönem 3’ten 4’e geçildiğinde anlamlı olmamakla birlikte artış olmaktadır. Bu durumun nedeni preklinik dönemden klinik döneme geçildiğinde öğrencilerin hastane ortamında bulunması, klinik ortam ve işlerle daha fazla uğraşmasının getirmiş olduğu özgüven ve Dönem 4’te verilen Halk Sağlığı derslerinin içeriği gibi faktörler olabilir. Öte yandan anlamlılık saptanmaması ise bunun tersine etki edebilen hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim becerilerinin gelişmemiş olması, ekip çalışması anlayışının özümselememesi, sorumluluk

bilincinin yeni oluşuyor olması gibi klinik liderlik ölçeği puanlarına etkiyen faktörlerin var olduğunun göstergesi olabilir.

Öğrencilerin Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları sağlık alanında yönetici olma isteği açısından değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmakla birlikte sağlık alanında yönetici olmak istemediğini söyleyenlerde, isteyenler ve kararsız olanlara göre Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları anlamlı olarak düşük bulundu. Öte yandan kararsız olduğunu söyleyenler ve istediğini söyleyenler arasında anlamlı fark bulunmadı. İngiltere’de 10 ayrı tıp fakültesinde öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada öğrencilerin %65,8’inin kariyerleri esnasında liderlik/yöneticilik sorumluluklarını almakla ilgilendiği ve lider/yönetici olmayı istediği saptanmıştır. Aynı çalışmada öğrencilerin Klinik Liderlik Ölçeği puanlarının yüksekliği vurgulanarak öğrencilerin yönetim ve liderlik eğitimi konusunda istekli oldukları, bu durumu önemsedikleri ancak bu alanda aldıkları eğitimin yetersizliğine dikkat çektikleri saptanmıştır (163). Bu çalışmadaki sonuçlar literatürle uyumlu olup yönetici olmayı isteyenlerin Klinik Liderlik Ölçeği puanları yüksektir ve lider/yönetici olmayı istemek ölçek puanlarını yükselten bir etmen olarak görünmektedir. Bu durum üzerinde, liderlik/yöneticilik konusuna ilgi duymanın getirdiği motivasyonun ve konsantrasyonun etkisi olabilir.

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanlarına sağlık alanında yönetici olma becerisi açısından incelendiğinde anlamlı fark bulunmakla birlikte becerisi olduğunu düşünenlerin becerisi olmadığını düşünenlere ve kararsız olanlara göre ortalama puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. Becerisi olmadığını düşünenler de kararsızlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. Klinik liderlik özellikleri içerisinde “Beceri odaklı” olmak, “Yönetici sorumlulukları ile liderlik faaliyetlerini bütünleştirme becerisine sahip” olmak yer almaktadır. Ayrıca klinik liderlik uygulamasının başarılı olabilmesi için sağlık çalışanlarının yönetici olma becerilerinin geliştirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (168). Klinik liderlik; sağlık hizmetlerini iyileştirme amacıyla “beceri temelli güç” olarak tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra iyi bir klinik lider olmak için iyi ilişki kurma becerileri ve, dinleme becerileri gibi beceri gerektiren klinik yetkinliklere sahip olmak gerektiği belirtilmiştir (66). Klinik liderlikle ilgili gerçekleştirilmiş bir çalışmada katılımcıların %79,2’sinin kendilerini klinik liderler olarak gördüğü ve klinik lider olmak için bazı özelliklere sahip olunması gerektiğini düşündükleri bildirilmiştir (169). Yukarıdaki bilgiler ışığında değerlendirildiğinde sonuçlar literatürü destekler niteliktedir. Klinik liderlerin ve yöneticilerin liderlik ve yönetimde başarılı

olabilmelerinde kendilerine güvenmelerinin, becerileri olduğunu düşünmelerinin etkisi olabilmekle birlikte becerisi olduğunu düşünenlerin ölçekten almış oldukları puanın yüksekliği bu durumun destekleyicisi olarak kabul edilebilir.

Öğrencilerde Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları kimler yönetici olabilmelidir sorusunda doktor yanıtı verenlerde anlamlı olarak yüksek bulundu. Bayline ve ark. tarafından gerçekleştirilen çalışmada doktorların klinik lider olduklarında hastalara daha kaliteli hizmetler sunduğu, karar vericilik ile hizmet sunuculuğun aynı kişide birleştiği böylece klinik uygulama kalitesinin yükseldiği ifade edilmiştir (170). Klinik liderlikle ilgili yapılan bir çalışmada tüm doktorlar lider olmak için gereken donanıma sahiptir ifadesinin Klinik Liderlik Ölçeği ile kıyaslandığında yüksek puan aldığı saptanmıştır (171). Bu kapsamda literatürle uyumlu olarak doktorların sahip oldukları doğal liderlik vasıfları ve uygulayıcı pozisyonunda olmaları, bu durumu içselleştirmelerine bağlı olarak klinik liderlik algılarına yansımaktadır.

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları sağlık yönetimi bilgisi olduğunu söyleyenlerde ve sağlık alanında yönetici olmak için ayrı bir eğitim gerekir diyenlerde anlamlı olarak yüksek bulundu. Gerçekleştirilen bir çalışmada liderlik ve klinik liderlik eğitimi almış olan çalışanların klinik liderlik algısı düzeylerinin ve ölçek puanlarının eğitim almayanlara kıyasla yüksek olduğu saptanmıştır (172). Türkiye’de gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise klinik liderlik üzerine eğitim almış öğrencilerin klinik liderlik puan ortalamalarının almayanlara kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (167). Gunderman tarafından yönetim ve liderlikle ilgili eğitim almayan ya da eksik alanların klinik liderlik potansiyellerinin olumsuz yönde etkilenebileceği belirtilmiştir (14,26). Öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen uluslararası çalışmalarda katılımcıların ezici çoğunluğunun liderlik eğitimini temel tıp eğitim müfredatının bir parçası olarak görmek istediği saptanmıştır (163,173). Sağlık yönetimi bilgisindeki artışla klinik liderlik puanı artışının paralellik gösterdiği göz önünde bulundurulduğunda, tıp fakültelerindeki sağlık yönetimi ve liderlik alanındaki eğitim eksikliğinin giderilmesi klinik liderlik algısını artırabilir. Öte yandan yönetici olmanın ayrı bir eğitim gerektirdiğini söyleyenlerde ölçek puanlarının yüksekliği bu alana ilgi duymanın bir sonucu olabilmekle birlikte ülkemizdeki yönetici olmayı isteyen öğrencilerde bu alana duyulan eğitim ihtiyacının göstergesi olarak da yorumlanabilir.

Bu çalışmada öğrencilerin Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları uyuşturucu-uyarıcı madde denemedim diyenlerde denedim diyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu.

Uyuşturucu-uyarıcı madde kullanımı düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon ve iletişim eksikliği, anksiyete, depresyon gibi duygusal stabil olmayan durumlar ile bilişsel işlevlerde azalmaya neden olmaktadır (174). Böylelikle uyuşturucu-uyarıcı madde kullanan bir liderin görevlerini yerine getirme yeteneği ve liderlik performansı olumsuz etkilenebilir. Ayrıca liderlerin etkili kararlar alması, sağlık ekibini etkili bir şekilde yönetmesi ve hastalara kaliteli hizmet sunması engellenebilir. Bu nedenle liderlerin sağlık kurumu ve çalışanları üzerindeki otoritesi ve güvenilirliği de zayıflayabilir. Sonuç yukarıda belirtilen nedenlere bağlı olabileceği gibi öğrencilerin aktif madde kullanım durumlarının araştırıldığı kapsamlı çalışmalarla aradaki bağlantı daha açık şekilde ortaya konabilir.

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları açısından incelendiğinde A tipi kişilik ve B tipi kişiliğe sahip olanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. A tipi kişilik; stresli, sabırsız, konuşma esnasında karşı tarafın sözünü kesen, hızlı hareket eden, ısrarcı, mental ve fiziksel fonksiyonları hızlı olan, rekabetten hoşlanan ve işlerini çok fazla önemseyen, idealist, mücadele yapısı yüksek gibi özellikleri içerirken, B tipi kişilik; esnek, sabırlı, başarılarını başkalarıyla paylaşma gereksinimi hissetmeyen, üstünlük taslamayan, rahatlamak için kendine vakit ayırdığında dahi duygusu düşük olan, stresten uzak yapıdadır (175). A ve B kişilik tiplerini tanımlayan Friedman ve Rosenman tarafından kişilerin saf şekilde A veya B tipi olamayacağı, bunun yerine bu iki tipten birine karşı daha eğilimli olabileceği belirtilmiştir (176). Kişilik tipleri, yönetim ve liderlik alanında önemli farklılıklara neden olabilir ve liderlerin davranışları, yönetim tarzları ve etkileşim biçimleri üzerinde etkileri olabilir. Ancak, liderlik kişisel özelliklerin, deneyimlerin, eğitimin ve çevresel faktörlerin bir kombinasyonu olup liderlik becerileri ve tarzlarının yalnızca kişilik tiplerine dayandırılması uygun olmayabilir. Bu çalışmadaki ölçekten elde edilen ortalama puanlar arasında kişilik tipleri açısından farklılık bulunmaması bunu destekler niteliktedir. Farklı kişilik tipleri için hangi liderlik tiplerinin daha uygun olduğunun belirlenmesi adına liderlik tipleri ve kişilik tipleri üzerinde daha ayrıntılı çalışmalar yapılması faydalı olabilir.

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları algılanan gelir düzeyi iyi olanlarda, orta ve kötü olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışmada da gelir düzeyi ile klinik liderlik ölçeği ortalama puanları arasında anlamlılık saptanmış olup, gelir düzeyi yükseldikçe klinik liderlik ölçeğinden alınan puanların yükseldiği saptanmıştır (14). Bu çalışmanın sonuçları literatürle uyumlu olmakla birlikte liderlik becerileri ve algılanan gelir düzeyi arasında bazı dolaylı ilişkiler olabilir. Algılanan gelir düzeyinin



yükselmesine bağlı sonuçlarda maddi kaygıların azalması ve maddi kaygıların azalmasının yapılan işi yaşamsal bir gereklilik olmaktan çıkartması, ideallere dayalı ve yüksek bir konsantrasyonla yapılmasına fırsat vermesi etkili olmuş olabilir. Öte yandan gelir düzeyinin artışı ile klinik liderlik ölçeği puanlarının artabileceği gibi klinik liderlik ölçeği puanlarının artışıyla gelir düzeyi de artabilir. Örneğin çalışma hayatında etkili liderlik becerilerine sahip liderler genellikle başarılı ve verimli yönetim sağlayarak kurumlarının performansını arttırabilirler. Bu başarı ve performans artışları klinik liderlerin terfi etme veya daha yüksek ücretli pozisyonlara geçiş yapma şansını arttırabilir.

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır diyenlerde anlamlı olarak yüksek bulundu. Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmada mesleki eğitiminden memnun olan öğrencilerin klinik liderlik ölçeğinden aldıkları puanın memnun olmayanlara ya da kısmen memnun olanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (167). Bu kapsamda mesleki memnuniyeti yüksek olanların daha fazla liderlik özelliği sergileyeceklerini söylemek mümkündür. Ayrıca tıp fakültesi öğrencilerinin gelecekle ilgili kaygı, değersiz hissetme, çalışma koşulları, riskli branşlardan kaçınma gibi nedenlerden ötürü tıp fakültesinde olma durumunu sorguladığını belirten çalışmalar mevcuttur (152,153). Tıp fakültesinin tercih edilmesinde ilgi alanı, sosyoekonomik durum, aile, arkadaşlar ve çevre etkisi gibi faktörler rol oynayabilmektedir (159). Birçok faktörden etkilenebilen tıp fakültesi tercihindan memnuniyet hususunda memnun olan öğrencilerin ölçek puanlarının yüksek olması bir işi severek yapmanın o işle ilgili sorumluluk alırken daha istekli olma ve işi sahiplenme konusunda daha girişken olma özellikleriyle açıklanabilir. Ayrıca öğrencilerde kaygı, stres gibi tıp fakültesinden memnun olmamaya sebep olabilecek faktörlerin aynı zamanda klinik liderlik algıları üzerinde de olumsuz etkisi olan faktörler olması da bu sonuçlarda etkili olmuş olabilir. Tıp fakültesini tercih etmek ile ilgili genel bir çıkarımda bulunmak için birden fazla faktör göz önünde bulundurulmalı ve bireysel durumlara göre değerlendirilmelidir.

Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları tıp fakültesini istediği için seçtiğini söyleyenlerde anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Türkiye’de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların en yüksek puanı “Tıp fakültesini, kendim istediğim için tercih ettim” ifadesine verdikleri yanıtta elde ettiği saptanmıştır (159). Yapılan başka bir çalışmada ise birçok hekim için, tıbbi bir kariyer olarak seçmenin birincil nedeni, zorlu durumlarda bir fark yaratarak liderlik etme isteği olarak tanımlanmıştır (177).

Çalışmada katılımcıların "Tıp fakültesini, kendim istediğim için tercih ettim" ifadesine verdikleri yanıtta en yüksek puanı elde etmeleri, kendi isteği ve hevesiyle tıp fakültesini tercih eden öğrencilerin klinik liderlik özelliklerini daha fazla sergilediğini düşündürebilir. Öğrencilerin kendi hevesleri ve istekleri doğrultusunda tıp fakültesini tercih etmeleri, daha motive ve bağlı bir şekilde öğrenmelerine ve klinik liderlik özelliklerini daha fazla geliştirmelerine katkıda bulunabilir. Tıp fakültesini tercih etme kararları ve liderlik özellikleri, her bireyin farklı yaşam deneyimleri, ilgi alanları ve kişisel faktörlerine göre de değişebilir.

Bu çalışmada algılanan gelir düzeyi iyi olanlarda depresyon, anksiyete ve stres ve DASS-21 toplam puanları anlamlı olarak düşük bulundu. Türkiye’de öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiş olup gelir düzeyi iyi olmayanların daha yüksek depresyon ve stres puanlarına sahip olduğu saptanmıştır. Ancak aynı çalışmada anksiyete puanları için anlamlılık saptanmamıştır (178). Bu çalışma gelir düzeyinin psikolojik belirtilerle ilişkili olduğunu göstermekle beraber literatürle uyumludur. Genellikle, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin daha iyi yaşam koşullarına sahip olduğu ve bu nedenle psikolojik rahatsızlıklarının daha az olduğu düşünülürken, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin stres ve ruhsal zorluklarla daha fazla karşılaşabileceği kabul edilir. Ancak algılanan maddi duruma göre değerlendirilen ölçek puanlarında anlamlı fark bulunmayan çalışma da vardır (179). Kesin sonuçlar belirlemek için daha fazla araştırma yapılması ve diğer etkileyici faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekir.

Bu çalışmada psikiyatrik hastalığı olanlarda depresyon, anksiyete, stres ve DASS-21 toplam puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. Tıp öğrencilerinin eğitim süreci boyunca psikolojik rahatsızlıklarının varlığını gösteren birçok araştırma bulunmakta olup bunlar tıp öğrencilerinin öğrenimleri sırasında yüksek oranda psikolojik sorunlar yaşadığını göstermektedir (24,124,125). Türkiye’de de tıp öğrencilerinin, diğer üniversite öğrencilerine kıyasla daha yüksek psikiyatrik sorun oranlarına sahip olduğu bildirilmektedir (126). Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon prevalansının değerlendirildiği 2023 yılında yapılan bir başka meta analizde depresyon prevalansı %50 olarak bulunmuştur (131). Ülkemizde tıp eğitiminin getirmiş olduğu strese ek olarak, öğrencilik yaşamı, TUS, mesleki kariyer, sorumluluk artışı gibi stres yaratan pek çok etkenle öğrenciler başa çıkmak zorunda kalmaktadır bu durum da depresyon, stres, anksiyete gibi psikolojik durumların bu kitle üzerindeki etkisini daha da önemli kılmaktadır (17,22). Türkiye’de gerçekleşen DASS’ın

kullanıldığı ve tıp fakültesi öğrencileri üzerinde uygulanan çalışmada daha önce ruhsal/psikiyatrik hastalığı olanların depresyon anksiyete ve stres düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (179). Psikiyatrik hastalığı olanlarda DASS-21 ile ilgili puanların yüksek olması beklenen bir sonuç olmakla birlikte yukarıda belirtilen hususlara hassasiyetle yaklaşılması, ilişkili faktörlerin saptanması büyük önem arz etmektedir.

Bu çalışmada sigara içenlerde depresyon puanları anlamlı olarak yüksek bulundu. Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada düzenli sigara içen öğrencilerin DASS-21 puanları daha yüksek saptanmıştır (180). Yapılan bir başka çalışmada da sigara içenlerde son bir ay içerisinde saptanan depresyonun içmeyenlere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunduğu belirtilmiştir (181). Pesen ve ark. tarafından tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada düzenli olarak sigara içenlerde DASS ile ilişkili puanlar daha yüksek saptanmıştır (179). Bu çalışmalar, sigara içmenin depresyon ile ilişkili olduğunu ve sigara içenlerde depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak, bu tür sonuçlar genellikle korelasyonel olup, neden-sonuç ilişkisini doğrulamak için kesin kanıtlar sunmamaktadır. Depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar çok faktörlüdür ve birçok etkeni içerebilir, dolayısıyla yalnızca sigara içmekle bağlantılı olmayabilir. Sigara içme alışkanlığı-depresyon ilişkisinin saptanması için daha fazla araştırma yapılması uygun olabilir.

A tipi kişilikte olduğunu söyleyenlerde depresyon, anksiyete, stres ve DASS-21 toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. A tipi kişilik; stresli, sabırsız, konuşma esnasında karşı tarafın sözünü kesen, hızlı hareket eden, ısrarcı, mental ve fiziksel fonksiyonları hızlı olan, rekabetten hoşlanan ve işlerinin çok fazla önemseyen, idealist, mücadele yapısı yüksek karakterde bir kişilik tipidir (175). Özellikle, stresli durumlarla başa çıkmada stresli ve rekabetçi yapıları nedeniyle A tipi kişilikte olan bireylerin, daha yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve stres yaşayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, işlerini çok fazla önemseyen ve idealist yapıları nedeniyle yaşadıkları başarı ve başarısızlık durumları da duygusal tepkilerini etkileyebilir. Ancak, bu tür kişilik özelliklerinin depresyon, anksiyete ve stresle ilişkisi oldukça karmaşıktır ve diğer faktörlerin de etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Tıp fakültesini tıp okumayı isteyerek yazdığını söyleyenlerin depresyon, stres ve DASS-21 toplam puanları diğer sebeplerle tıp fakültesi yazanlardan anlamlı olarak düşük bulundu. Türkiye’de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen ve DASS’ın kullanıldığı

çalışmada tıp fakültesini isteyerek tercih etmeyenlerin depresyon, stres ve anksiyete puanları isteyerek seçenlere göre daha yüksek bulunmuş olup çalışmamız sonuçlarını destekler niteliktedir (179). İsteddiği ve sevdiği bir işi yapıyor olmak özellikle mutsuzluk, umutsuzluk gibi duygularla karakterize depresyon başta olmak üzere stresten ve kaygıdan koruyucu bir faktör olabilir. Bu sebeple tıp fakültesine isteyerek giren öğrencilerin psikolojik rahatsızlıkları daha az yaşadığı düşünülebilir. Ancak net bir çıkarımda bulunabilmek için karıştırıcı faktörlerin dışlandığı geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tıp fakültesini tercih etmek doğru bir karardır diyenlerin depresyon, anksiyete, stres ve DASS puanları diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. Iqbal ve ark. Ve Bayram ve ark. çalışmasında aldıkları eğitimden memnun olan ve tıp fakültesi seçmenin doğru karar olduğunu düşünen öğrencilerin ölçekten aldıkları depresyon, anksiyete ve stres puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (178,182). İdealindeki bölümde olma durumları ile DASS ilişkisinin irdelendiği Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmada ise depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı fark bulunmazken stres puanlarına göre anlamlı fark bulunmuştur. İdealindeki bölümde olmayanların stres puanları daha yüksek saptanmıştır (179). Bu sonuçlar, tıp fakültesi öğrencileri arasında tercihlerin, eğitim memnuniyetinin ve ideal bölüm algısının psikolojik rahatsızlıklarla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Yaptığı işten mutsuz, seçtiği meslekten pişman olmak işle ilgili ortaya çıkan her stres unsurunda ve zorlayıcı durumda bu psikolojik rahatsızlıklar için risk oluşturmakta olabilir. Ancak psikolojik belirtiler karmaşık ve çok yönlü olabilir, bu nedenle neden-sonuç ilişkilerini anlamak için daha fazla araştırma ve analiz gerekebilir.

Şu an seçmek istedikleri uzmanlık alanıyla depresyon puanları arasında anlamlı fark bulunmuş olup aradaki farkın cerrahi bilimler ve temel bilimler alanında uzmanlık seçmek isteyenlerden kaynaklandığı ve cerrahi bilimlerde uzmanlık isteyenlerin depresyon puanlarının düşük bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin şu an seçmek istedikleri uzmanlık alanıyla stres ve DASS-21 toplam puanları arasında da farklılık saptanmakla birlikte farkın cerrahi bilimler ile dahili bilimler alanında uzmanlık seçmek isteyenlerden kaynaklandığı ve cerrahi bilimlerde uzmanlık isteyenlerin DASS-21 toplam ve stres puanlarının düşük olduğu saptanmıştır. Bhat ve ark. tarafından tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %53’ü stresi uzmanlık alan seçiminde etkili faktör olarak tanımlamıştır (183). Querdio ve ark. tarafından, uzmanlık seçimine yönelik belirleyici faktörler beş ayrı grup altında toplamakla birlikte bu faktörler tıp fakültesi

eğitiminin içeriği, öğrencilerin özgün nitelikleri, kişisel değer ve tercihleri, uzmanlık alanının algılanışı ve tatmin olmayı arzuladıkları özellikler (örneğin gelir, statü veya iş-hayat dengesi gibi) olarak belirtilmektedir (184). Natalia ve ark. tıp fakültesi öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada depresyon, anksiyete ve stresin öğrencilerin kariyer tercihlerini etkilediği, anksiyete ve depresyonun kariyer seçiminde tereddüde sebep olduğu saptanmıştır (185). Saini ve ark. yapmış oldukları çalışmada ise klinik branş asistanları ile klinik olmayan branş asistanları arasında stres açısından istatistiksel açıdan fark olduğu ve klinik branşlarda stresin çok olduğu saptanmıştır (186). Bu çalışma ile birlikte yukarıdaki çalışmalar ele alındığında depresyon, anksiyete ve stres seviyeleri diğer fakülte öğrencilerine göre yüksek olan tıp fakültesi öğrencilerinin uzmanlık alanı seçimlerinde psikolojik etmenlerin önemli olduğu, bu seçimlerin stres, depresyon ve anksiyete gibi duygusal durumları da etkileyebileceği anlaşılmaktadır. Bu durumun sebebi olarak TUS sınavında cerrahi branşlara duyulan ilginin azalmasına bağlı olarak puanların düşmesi ve temel bilimler ve dahili bilimlerde puanların yükselmesi ve sınav stresinin daha yoğun hissedilmesi de söylenebilir. Ayrıca tıbbi alanlar arasında çalışanların üzerindeki yoğunluk ve sorumluluklardan, stres ve duygusal durumlardan kaynaklı farklılıklar olabilir. Bu tür farklılıklar, tıp eğitiminde ve kariyer planlamasında dikkate alınması gereken önemli noktalardır. Eğitim ve destek programları, öğrencilerin daha bilinçli ve sağlıklı uzmanlık alanı seçimleri yapabilmelerine yardımcı olabilir.

Sağlık alanında yönetici olma isteği bağlamında depresyon, anksiyete, stres ve DASS toplam puanlarına göre incelendiğinde anlamlı fark bulunmakla birlikte sağlık alanında yönetici olmak istemiyorum diyenlerin depresyon, anksiyete, stres ve DASS toplam puanları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. İngiltere’de 10 ayrı tıp fakültesinde öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada öğrencilerin %65,8’inin kariyerleri esnasında liderlik/yöneticilik sorumluluklarını almakla ilgilendiği ve lider/yönetici olmayı istediği saptanmıştır (163). Türkiye’de gerçekleştirilen bir başka çalışmada öğrencilerin mezun olduktan sonra %8,3’ünün yönetici olarak çalışmak istediği, %89,3’ünün görev almaya hazır olduğu saptanmıştır (187). Bu durum üzerinde, liderlik/yöneticilik konusuna ilgi duymanın getirdiği motivasyonun ve konsantrasyonun etkisi olabilir. Yapılan çalışmalarda iyi liderlerin anksiyete ve stres gibi ruhsal durumları iyi yönetebilme becerisine sahip olması gerektiği, özgüveni yüksek, karakteri sağlam yapıda olması gerekliliği vurgulanmıştır (66,101,168). Yöneticilik ve liderlik pozisyonları, yoğun sorumluluk ve stres gerektirebilir, bu nedenle bu alanda kariyer düşünenlerin istekli olmaları sorumluluk ve stresle başa çıkmaları açısından



önem arz etmekle birlikte, psikolojik durumlarının da önemli olduğu unutulmamalıdır. Yöneticilik ve liderlik pozisyonları için istekli olan kişilerin, hem sorumluluk ve stresle başa çıkma yeteneklerini geliştirmeye çalışmaları hem de kendi psikolojik durumlarına özen göstermeleri önemlidir. Sağlam bir zihinsel durum ve psikolojik sağlık, liderlik rolünde başarılı ve etkili olma şansını artırabilir. Hali hazırda depresyon, anksiyete, stres düzeyleri yüksek olan öğrencilerin daha da büyük bir sorumluluk ve stres olan yöneticiliği istememeleri bu açıdan açıklanabilir.

Kendinde sağlık alanında yönetici olma vasfı görme bağlamında depresyon, anksiyete, stres ve DASS toplam puanlarına göre incelendiğinde anlamlı fark bulunmakla birlikte sağlık alanında yöneticilik becerisi olmadığını söyleyenlerin depresyon, anksiyete, stres ve DASS toplam puanları kararsız olanlardan ve isteyenlerden daha yüksek bulundu. Klinik liderlik/yöneticilikle ilgili gerçekleştirilmiş bir çalışma katılımcıların %79,2'sinin kendilerini yönetici olarak gördüğünü ve yönetici olmak için bazı özelliklere sahip olunması gerektiğini bildirmiştir (169). Liderlik/yöneticilik özellikleri içerisinde “Yönetici sorumlulukları ile liderlik faaliyetlerini bütünleştirme vasfına sahip” olmak yer almaktadır. İyi bir yönetici olmak için, özgüven, farkındalık, sağlam karakter gibi niteliklere sahip olmak gerekmektedir (55,117,163,168). Kendini yetersiz görme ve özgüven eksikliği gibi faktörler depresyon, anksiyete ve stres üzerinde en yaygın görülen predispozan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (188). Kendinde yönetici vasfı görmeyen öğrencilerin eğitimini aldığı ve uygulayıcısı olması gereken bir alanda kendini hazır hissetmemesi bu nedenle depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri üzerinde etkili olmuş olabilir. Bu çalışmadan elde edilen sonuç ve literatür bilgileri değerlendirildiğinde, kendine özgüveni olan ve sağlık alanında yönetici olmak isteyenlerin hem kişisel gelişimleri hem de liderlik becerileri üzerinde çalışmaları, sağlam bir zihinsel durumla yöneticilik rolüne hazırlanmaları önemlidir.

Kadınların anksiyete ve stres puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Yapılan araştırmalar bu çalışmayı destekler nitelikte olmakla birlikte kadınların DASS ölçeği anksiyete puanlarının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır (178,182). Bunun nedeni kadınların şikayetlerini, streslerini küçük olsalar dahi erkeklere kıyasla daha kolay dile getirebilmesi olabilir (181,189). Öte yandan DASS'dan elde edilen anksiyete ve stres puanlarında cinsiyetin etkisinin kesin olarak ortaya konmadığı çalışmalar da mevcuttur (102,106). Literatür ve bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde kadınların anksiyete ve stres düzeylerinin erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olabileceği söylenebilir.

Kadınların toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan eşitsiz görev dağılımı sebebiyle hem özel hayatlarında hem de iş ortamlarında daha fazla kaygı ve stres yaşamaları bu durumda etkili olmuş olabilir. Ancak bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları cinsiyetin etkisini kesin olarak ortaya koymamaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınlarla ilgili psikolojik rahatsızlıkların toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve insan hakları perspektifiyle değerlendirildiği daha fazla araştırma ve analizle bu konudaki anlayış ve bilgilerin pekiştirilmesine ihtiyaç vardır.

Anksiyete puanlarına okumakta oldukları dönem açısından incelendiğinde anlamlı fark bulunmakla birlikte dönem 6'larda anksiyete puanlarının dönem 5'lerden anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi. Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde DASS kullanılarak yapılan bir çalışmada, dönem ile depresyon, anksiyete, stres puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ancak bu çalışmada dönem 1,2 ve 3'ün puanları dönem 4,5 ve 6'ya kıyasla yüksek bulunmuştur. Dönem 6'lardaki anksiyete puanları dönem 5'lerden yüksek olsa da anlamlılık saptanmamıştır (179). Çalışmadan elde edilen sonuçlar, bu çalışmadan elde edilen sonuçlardan farklı olmakla birlikte bu tür farklı sonuçlar, araştırma örneklemini, veri toplama yöntemi ve analiz teknikleri gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Araştırmalarda kullanılan yöntemlerin ve örneklem büyüklüklerinin farklı olması, sonuçlardaki bu çelişkili bulguları açıklayabilir. Bu çalışmada Dönem 6'lardaki kaygı artış durumu öğrencilik hayatının bitip meslek hayatının başlamasıyla gelen sorumluluklar ve TUS sınavına bağlı olmuş olabilir.

Bitirdikten sonra TUS planına göre stres puanlarına göre incelendiğinde girecek olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmadı. Açık göz ve ark. çalışmasında uzmanlık eğitimi almak istemeyen öğrencilerin nedenleri %70,9 ile "TUS'un varlığı", %63,6 ile "Asistanlığın zorluğu" ve %33,6 ile "Türkiye'deki sağlık politikaları" olmuştur (155). Tıp fakültesi öğrencileri mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almak istese de mezun olan hekimlerin sayısı kontenjanın üstündedir. Bu nedenle her 10 hekimden sadece biri asistanlığa girebilmektedir. TUS'a hazırlanma süreci son sınıftan önce başlamakta ve öğrenciler, mesleki kariyer, artan sorumluluklar ve TUS gibi stresli durumlarla baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu durum, stres gibi psikolojik bir durumun bu öğrenciler üzerindeki etkisini daha da önemli hale getirmektedir (17,22). Tıp fakültesi öğrencileri için Tıpta Uzmanlık Sınavı'na girmek başlı başına bir stres faktörü olmakla birlikte öğrencilerde strese neden olan TUS haricinde de pek çok faktör bulunmaktadır. Özellikle son dönemde artan

şiddet öğrencilerin gelecek hayalleri kurma ve uzmanlık isteme düzeylerine etki ederek sınava girecek olan ve olmayanlar arasında stres puanları yönünden farklılık saptanmamasına sebep olmuş olabilir. Bu nedenle, öğrencilere psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması önemlidir.

Bu çalışmada kadınların DASS-21 toplam puanları erkeklere göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde 2019 yılında gerçekleştirilen çalışmada kadınların DASS-21 toplam puanı ve tüm alt ölçeklerinde erkeklerden daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (190). Benzer şekilde Iqbal ve ark. tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapmış oldukları çalışmada kadınların DASS ölçeğinden almış oldukları puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır (182). Depresyonun kadın tıp fakültesi öğrencilerinde daha sık olduğu belirtilmekte olup kadın cinsiyette olmanın risk faktörü olarak tanımlandığı çalışmada kadın öğrencilerin ufak tıbbi şikayetlerini erkeklere kıyasla daha fazla iletebildiği de saptanmıştır (189). Tıp öğrencilerinde yapılan bir çalışmada depresyon sıklığı %50 saptanmış ve kadınların erkeklere kıyasla depresyon sıklığı daha fazla bulunmuştur (131). Öte yandan DASS'dan elde edilen depresyon, anksiyete ve stres puanlarında cinsiyetin etkisinin kesin olarak ortaya konmadığı çalışmalar da mevcuttur (102,106,180). Bu konuda farklı sonuçlara ulaşan çalışmaların bulunması elde edilen sonuçların bazı çelişkiler içerebileceğini ve cinsiyetin etkisini anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Tıp fakültesi öğrencileri arasında kadınların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu gösteren çalışmaların depresyon, anksiyete ve stres üzerinde etkili olabilecek cinsiyetlere yüklenen toplumsal roller bağlamında da genişletilmesi durumun saptaması dışında sorunun çözümü konusunda da yardımcı olabilir.

Bu çalışmada sigara içiyorum diyenlerin DASS-21 toplam puanları için anlamlı olarak yüksek bulundu. 2019 yılında tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada sigara içmeyenlerin Depresyon, Anksiyete ve Stres puanları yüksek bulunmuştur (190). Bu çalışmanın aksini belirten Iqbal ve ark. çalışmasında da sigara içmeyen öğrencilerin DASS skorları daha yüksek bulunmuştur (182). Literatür incelendiğinde bu konuda elde edilen sonuçların birbirinden farklı olduğu, sigara içme durumunun tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal durumları ve DASS puanları üzerine olan etkisinin net olmadığı görülmektedir. Bu çalışmada sigara, depresyon, anksiyete ve stres birbirini besleyen durumlar olarak görülmektedir. Burada depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin yükselmesi kişinin sigara

içmesi üzerinde etkili olabileceği gibi sigara içme durumu da sağlık sorunlarını ve psikolojik rahatsızlıkları arttırarak depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin yükselmesine sebep olmuş olabilir. Karıştırıcı faktörlerin dışlandığı, kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yapılması sonuçların daha iyi anlaşılması için önemlidir.

Her biri ayrı ayrı olmak üzere Klinik Liderlik Ölçeği “Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı” ve “Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı” alt boyut puanları ile stres puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. Her biri ayrı ayrı olmak üzere katılımcıların stres puanları arttıkça bu iki alt boyutta puanlar azalmaktadır. Stresin “Hizmetlerin İyileştirilmesi” alt boyutu üzerindeki negatif etkisi; değişim ve dönüşümün kendi başına stres unsuru olmasına bağlı olarak, stres düzeyi zaten yüksek olan kişilerde çok daha büyük zorluklara neden olmasıyla açıklanabilir. Benzer şekilde stres, konsantrasyon eksikliği, ve dezorganize düşüncelere sebep olarak uygun bir algoritma oluşumunu negatif etkilemiş ve “Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı” ndaki sonuca etki etmiş olabilir (55,118).

Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları ile stres puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. Katılımcıların stres puanları arttıkça Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları azalmaktadır. Ruh sağlığı ve hastalıkları bölümünde görevli sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada klinik liderlik puanlarıyla stres arasında güçlü bir negatif ilişki saptanmıştır (164). Stres ve liderlik ile ilgili bir meta analiz çalışmasında stres seviyeleri arttıkça liderlik kapasitelerinin ve yeteneklerinin azaldığı belirtilmiştir (191). Literatürle birlikte bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde liderlik özelliklerinin stres düzeylerine, stres düzeylerinin ise liderlik özelliklerine etki edebildiği görülmektedir. Bu kapsamda liderlik pozisyonunda olan veya liderlik becerilerini geliştirmeyi hedefleyen kişiler; stresin liderlik yeteneklerini olumsuz etkileyebileceğini düşünerek, stres yönetimi becerilerini geliştirmeye ve sağlıklı bir çalışma ortamı yaratmaya yönelik çabalara önem vermelidir.

Her biri ayrı ayrı olmak üzere katılımcıların Klinik Liderlik Ölçeği “Kişisel Özellikler Alanı”, “Diğerleriyle Çalışma Alanı”, “Hizmetlerin Yönetimi Alanı”, “Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı”, “Yönlendirmelerin Kurgulanması Alanı” alt boyut puanları ile DASS-21 Depresyon puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. Her biri ayrı ayrı olmak üzere katılımcıların depresyon puanları arttıkça Klinik Liderlik Ölçeği tüm alt boyutlarında puanlar azalmaktadır. Ayrıca her biri ayrı ayrı olmak üzere katılımcıların Klinik Liderlik Ölçeği tüm alt boyut puanları ile DASS-21 toplam puanları arasında negatif



yönlü anlamlı korelasyon saptandı. DASS-21 toplam puanları arttıkça Klinik Liderlik Ölçeği tüm alt boyut puanları azalmaktadır. Bunun yanı sıra katılımcıların Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları ile DASS-21 toplam puanları arasında negatif yönlü anlamlı korelasyon saptandı. DASS-21 toplam puanları arttıkça Klinik Liderlik Ölçeği toplam puanları azalmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar üniversite öğrencilerinde oldukça yaygın bir halde görülmektedir (192). Tıp öğrencilerinin eğitim süreci boyunca psikiyatrik rahatsızlıklarının varlığını gösteren pek çok araştırma bulunmakta olup bunlar tıp öğrencilerinin öğrenimleri sırasında yüksek oranda psikolojik sorunlar yaşadığını göstermektedir (24,124,125). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatürle birlikte değerlendirildiğinde depresyon, anksiyete, stres gibi kişinin yaşam standardını etkileyen psikiyatrik hastalıklar varlığında liderlik özellikleri etkilenebilir, DASS ve Klinik Liderlik Ölçeğinden alınan puanlar da buna bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.

Literatürde Klinik Liderlik Ölçeği ile Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği-21 (DASS-21)'i birlikte değerlendiren çalışmaya rastlanılmamıştır. Tıp fakültesi öğrencileri gibi liderlik pozisyonuna yönelik eğitim almakta olan gruplarda, psikolojik sağlık ve liderlik becerilerinin birlikte değerlendirildiği, neden-sonuç ilişkisinin ve ilişkili faktörlerin daha kapsamlı şekilde ele alındığı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın tıp fakültesi öğrencilerinde her iki ölçeği de kullanarak, klinik liderlik yetkinlikleri ve liderliğe etki eden psikolojik durumların araştırılması yönüyle, araştırmacılara ve profesyonellere, yeni bir bakış açısı katacağı, önemli bilgiler sağlayacağı, Halk Sağlığı'nın esaslarından olan sağlık yönetimi ve liderlik konularına katkı sunacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Klinik dönemdeki öğrencilerin dönemleri ilerledikçe aileleriyle birlikte yaşama sıklığı azalmaktadır.
- Sigara içme alışkanlığı, tıp fakültesi öğrencileri arasında dönem ilerledikçe artmaktadır. Sigara içenlerde DASS-21 ve depresyon puanları yüksek saptanmıştır.
- Tıp fakültesi öğrencilerinde dönem ilerledikçe uyuşturucu madde kullanma deneyimi olmayan öğrenci sayısı azalmaktadır. KLÖ puanları uyuşturucu deneyenlerde düşük saptanmıştır.
- Gelir düzeyi iyi olanlarda KLÖ puanları yüksek, DASS-21 puanları düşük saptanmıştır.
- Tıp fakültesi tercihten memnun olanlarda KLÖ puanları yüksek, DASS-21 puanları düşük saptanmıştır. Öğrencilerin tıp fakültesini okumayı isteyerek seçme motivasyonu yıllar içinde farklılık göstermekte olup dönem 6 da düşük saptanmıştır. Öğrencilerin literatürle uyumlu olarak yurt dışında çalışmayı istediği görülmektedir.
- Cerrahi branş seçmek isteyen öğrencilerin zamanla eğilimlerinin azaldığı, dahili branş seçmek isteyen öğrencilerin eğilimlerinin arttığı ve bazı öğrencilerin tercihlerini bilmiyorum şeklinde belirttikleri saptanmıştır.
- Öğrencilerin sağlık yönetimi konusunda yeterli eğitimi almadığını düşündüğü ve liderlik, yöneticilik gibi konularda daha fazla eğitim talep ettiği saptanmıştır.
- Dönem 6 öğrencilerinin KLÖ puanları diğer dönemlere göre düşük, anksiyete puanları ise daha yüksek bulunmuştur.
- Sağlık alanında yönetici olmak istemeyenlerin KLÖ puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır.
- KLÖ puanlarının kişilik tiplerinden etkilenmediği saptanmıştır.
- KLÖ Toplam puanları açısından kadınlar ve erkekler arasında fark saptanmazken, DASS-21, anksiyete ve stres puanları kadınlarda yüksek saptanmıştır.

- Öğrencilerin stres ve stres yönetimi konularında sorunlar yaşayabildiği belirlenmiştir. Klinik Liderlik Ölçeği ortalama puanları psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur.
- KLÖ toplam puanları ile stres ve depresyon puanları arasında da negatif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır.

6.2. Öneriler

6.2.1. Öğretim Üyelerine Öneriler

- Öğrencilerin eğitim dönemleri süresince sosyal yaşantısı (yalnız yaşama, gelir düzeyi, tütün-madde bağımlılığı vb.) hakkında bilgi sahibi olunmalı ve gerektiğinde sosyal destek konusunda zamanında yardımcı olunmalıdır.
- Sigara, uyuşturucu-uyarıcı madde kullanma, sağlık konularına derslerde ve eğitimlerde yer verilmeli, bunların zararları konusunda öğrencilerin farkındalığı artırılmalı ve gerektiği durumlarda öğrencilere sağlıklı yaşam tarzı tercihleri hususunda danışmanlık verilmelidir.
- Tıp fakültesini tercih etme, isteyerek seçme, uzmanlık eğitiminde cerrahi/dahili branş eğilimi, yurt dışında çalışmayı isteme, beyin göçü, sağlıkta şiddet gibi konularla ilgili olarak öncelikle konuya yönelik hazırlayıcı sebeplerin daha iyi anlaşılması adına niteliksel yöntemlerle derinlemesine araştırmalar yapılarak hazırlayıcı ve mevcut sebepler net olarak ortaya konmalıdır.
- Sağlık yönetimi konularında yeterli eğitimi almadığını düşünen, liderlik-yöneticilik gibi konularda daha fazla eğitim talebinde bulunan öğrencilere kendilerini bu alanlarda yetkin öğretim üyeleri tarafından eğitimler verilmelidir. Konuyla ilgili predispozan nedenlerin iyi anlaşılması için niteliksel yöntemlerle ayrıntılı araştırmalar yapılarak bileşenler net şekilde saptanmalıdır.
- Ders kitapları, interaktif materyaller, online eğitim platformları, seminerler ve konferanslar gibi çeşitli eğitim kaynakları, gerekli durumlarda bireysel görüşmeler kullanılarak öğrencilere farklı öğrenme deneyimleri sunulmalıdır.
- Meslek hayatına geçişin yarattığı stresi azaltmak için pratik uygulamalar artırılmalı, vaka ağırlıklı eğitimler düzenlenmeli, iletişim teknikleri konusunda öğrencilere yetkinlik kazandırılmalıdır.

- Daha fazla öğrenciyi yönetim alanına çekmek için kariyer planlamaları yapılmalı ve liderlik yol haritaları oluşturulmalıdır.
- Kişilik tiplerinin yöneticilik/liderlik ve depresyon, anksiyete, stres üzerindeki etkisi araştırılmalı, sonuçlara göre mevcut kişilik tipleri sınıflamaları gözden geçirilmeli, kişilik tiplerine dayalı liderlik modelleri geliştirilerek, bireysel olarak liderlik modellemeleri planlanmalıdır.
- Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dair farkındalık yaratmak için eğitim programları düzenlemek ön yargıları yıkmak ve ayrımcılığa karşı bilinçlenmenin sağlanması açısından yararlı olacaktır.
- Daha başarılı liderler/yöneticiler için psikolojik faktörlerin mesleki etkileriyle ilgili öğrencilerin de düşünceleri/ görüşleri alınarak daha çok çalışma gerçekleştirilmelidir.

6.2.2. Öğrencilere Öneriler

- Sağlık yönetimi, liderlik/yöneticilik konularında eksiklik hissedenden öğrenciler eğitim taleplerini eğitim aldıkları anabilim dallarına, dekanlıklara, rektörlüklere erken dönemde iletmelidirler.
- Öğrenciler sağlığın korunması ve geliştirilmesi hususunda kendi sorumluluklarının olduğunu bilincinde hareket etmeli, bu konudaki bilgi eksikliklerini tamamlayarak, sigara, uyarıcı-uyuşturucu madde vb. zararlı etkenlerden uzak durmalı, kendi sağlıklarına olumsuz etki yapabilecek davranışlardan kaçınmalıdırlar. Bilimsel olarak önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyum göstermeli ve topluma rol model olacaklarını da hatırlayarak kendi sağlıklarını geliştirici önlem ve eylemlerde bulunmalıdırlar.
- Öğrenciler tıp fakültesi eğitimi sürecinde motivasyonlarını bozabilen, eğilimlerine ve tercihlerine etki eden durumlar hakkında kurum ve kuruluşlara geri bildirimlerde bulunmalı, danışmanlık ve gereksinim duydukları alanlarda gecikmeden talepte bulunabilecek bilinçte olmalıdırlar.
- Gerek teorik gerekse pratik anlamda sağlık yönetimi, liderlik/yöneticilik konularında kendilerini geliştirmeli, düzenlenen sempozyum, kongre vb. bilimsel etkinliklere



katılım sağlamalı, bu amaçla kariyer planlamaları yapılmalı ve liderlik yol haritaları oluşturulmalıdır.

6.2.3. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitime Öneriler

- Üniversite öncesindeki eğitim müfredatları ile Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'na sigaranın zararları ve sigarayı bırakma yöntemleri dahil edilerek öğrencilerin farkındalığı artırılmalı ve öğrencilerin sağlıklı yaşam tarzı tercihlerine yönlendirilmesine yardımcı olunmalıdır.
- Uyuşturucu uyarıcı madde kullanımıyla verilen mücadelede uyuşturucu madde kullanma ve sağlık konuları eğitimlerinin erken dönemlerine entegre edilmelidir.
- Tıp eğitim programlarının, öğrencilerin farklı uzmanlık alanlarına ilgilerini ve yeteneklerini geliştirebilecekleri şekilde revize edilmesi, sağlık sektöründe staj veya deneyim fırsatları sunularak, farklı uzmanlık alanlarının daha yakından tanınması, farklı uzmanlık alanlarından doktorların katılımıyla kariyer geliştirme seminerleri düzenleyerek, öğrencilere uzmanlık seçimleri konusunda perspektifler sunulmasıyla bu konudaki belirsizlik, terddüt azaltılarak öğrencilerin sağlıklı tercihler yapmaları sağlanmalıdır.
- Öğrenciler tarafından talep edilen ders konularının 2020 yılında yayınlanan Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı içerisine entegrasyonunun sağlanması gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır.
- Sağlık Bilimleri Fakültesinin Sağlık İdaresi Yönetimi Bölümlerinden destek ders alımı, seçmeli ders havuzuna; sağlık hukuku, mevzuat ve yönetmelikler, liderlik, kendine güvenme ve iletişim bilgi ve becerilerini arttıran dersler eklenmesinin yanında, Hemşirelik Uygulamaları Dersi, Diş Hekimliği ve Eczacılık Fakültesi ile birlikte Sanal Eczane uygulama eğitimleri eklenebilecek eğitimler içerisinde düşünülebilir.
- Meslek hayatına geçişin yarattığı stresi azaltmak için pratik uygulamalar artırılmalı, vaka ağırlıklı eğitimler düzenlenmeli, iletişim teknikleri konusunda öğrencilere yetkinlik kazandırılmalıdır.
- TUS 'un etkisi de göz önünde bulundurulmalı temel eğitim ile TUS müfredatı senkronize edilmeli böylelikle yarattığı stresin azaltılması sağlanmalıdır.

- Toplumsal cinsiyet ve ilişkili kavramların daha ayrıntılı olarak ele alındığı bir Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi tasarlanmalı, eğitim planlanırken rollerin yüklediği sorumlulukların orantısız dağılımının kadınlar üzerinde stres ve anksiyete kaynağı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.
- Psikolojik durumların mesleki memnuniyete ve isteyerek seçme durumuna olan etkisi de unutulmamalı, stres yönetimi, iletişim becerileri, acil durum yönetimi gibi konularda teorik ve pratik eğitimlere mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ağırlık verilmelidir.

6.2.4. T.C. Sağlık Bakanlığı'na Öneriler

- Tütün ve tütün ürünleri kullanımının engellenmesi için önlemler artırılmalı, olmayan üniversitelerde de sigara bırakma ile ilgili danışmanlık verilebilecek sigara bırakma polikliniklerinin açılması teşvik edilmelidir.
- Uyuşturucu uyarıcı madde kullanımıyla verilen mücadelede uzun dönemli takip ve destek programları oluşturulmalıdır.
- Uyuşturucu kullanımının liderlik özelliklerini olumsuz etkilemek dahil pek çok sakıncası olduğundan Liderlik/yöneticilik pozisyonunda bulunanlar başta olmak üzere potansiyel lider olacak olan herkesin uyuşturucu madde kullanım durumları kontrol edilmeli ve özellikle bu tür uygulamaların kullanımındaki hazırlayıcı faktörlerle ulusal düzeyde mücadelesi sağlanmalıdır.
- Türk Tabipleri Birliği raporunda belirtildiği üzere hekimlerin yurt dışına göçünün nedeni ekonomik kayıplar, özlük hak kayıpları, sağlık profesyonellerine yönelik artan şiddet, yurt dışı çalışma ve maddi koşullarının Türkiye'den daha iyi oluşu ve uygulanan sağlık politikalarıdır. Öncelikle konuya yönelik hazırlayıcı sebeplerin daha iyi anlaşılması adına niteliksel yöntemlerle derinlemesine araştırmalar yapılarak hazırlayıcı sebepler net olarak ortaya konmalıdır. Sonuçlara göre müdahale stratejileri geliştirilmeli ve gecikilmeden eyleme geçilmelidir.
- Beyin göçü, mesleki memnuniyet, sağlıkta şiddet, meslek saygınlığı, özlük hakları, maddi durum vb. konularda araştırmalar yapılarak sağlık sistemleri, sağlıkta istihdam politikaları gözden geçirilmeli ve sağlık meslek kuruluşlarının görüş ve önerilerinin de dikkate alındığı önlemler alınmalıdır.

- Sağlık sektöründeki staj veya deneyim fırsatları artırılmalı, uzmanlık alanlarının yakından tanınması için farklı uzmanlık alanlarından hekimlerin katılımıyla kariyer geliştirme seminerleri düzenlenmeli, öğrencilere uzmanlık seçimleri konusunda perspektifler ve seçenekler sunulmalıdır.
- Çalışma koşullarında iyileştirmeler yapılması ve teorik olarak anlatılan derslerin pratik uygulamalarla olan uyuşumunu gidermek adına doktorların daha çok dahil olduğu ve fikir beyan ettiği komisyonlar kurularak kurallar, yasalar vb. politik kararlar alınmalıdır.
- Kadınları liderlik pozisyonlarına hazırlamak ve motive etmek adına mentorluk ve destek programları ve kadınlara özel yöneticilik kotaları oluşturulmalıdır. Bu uygulamalar, kadınların daha fazla güven kazanmalarını ve stresle başa çıkmalarını sağlayabilir.
- Kadınların aile yaşantısındaki rollerini göz önünde bulunduran esnek çalışma saatleri ve uzaktan çalışma uygulamaları yaygınlaştırılarak kaygıları azaltılmalıdır.
- Yükseköğretim Kurumu'na bağlı olan tıp fakültelerinde görev yapan hekimler ile T. C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan hekimlerin maddi hakları, özlük hakları senkronize edilerek aradaki eşitsizlikler giderilmelidir.
- T. C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda daha başarılı liyakatlı liderler/yöneticilerin istihdam edilebilmesi için psikolojik faktörlerin mesleki etkileriyle ilgili daha çok çalışma gerçekleştirilmeli, meslek icrasında bulunan kişiler belirli aralıklarla ruh sağlığı yönünden muayeneden geçirilmelidir. Bu mücadele multidisipliner olarak ele alınmalı sadece birey bazlı değil kurumsal ve toplumsal bazda da hareket edilmeli ve eylem planları devreye sokularak uygulamalara yansması ve değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

6.2.5. Yükseköğretim Kurumu'na Öneriler

- Tütün ve tütün ürünleri kullanımının engellenmesi için “Dumansız Kampüs” uygulamaları yaygınlaştırılmalı ve ülke geneline yayılmalıdır.
- Üniversitelerde uyuşturucu uyarıcı madde kullanımıyla verilen mücadelede öğrencilerin bu maddelere ulaşımını kolaylaştıran faktörler dikkate alınarak engellenmeye dönük stratejiler geliştirilmeli, yasal altyapı oluşturulmalıdır.

- Öğrenciler için gelir düzeyi ve maddi koşulları göz önünde bulunduran multidisipliner çalışmalar gerçekleştirilmelidir. Öğrencilerin maddi ya da diğer sosyal kaygılardan uzak eğitimlerine ve kariyerlerine odaklanması sağlanmalıdır.
- T. C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan hekimler ile Yükseköğretim Kurumu'na bağlı olan tıp fakültelerinde görev yapan hekimlerin maddi hakları, özlük hakları senkronize edilerek aradaki eşitsizlikler giderilmelidir.
- Sağlık Yönetimi, Yöneticilik/Liderlik, İletişim Becerileri konularında ders kitapları, interaktif materyaller, online eğitim platformları, seminerler ve konferanslar gibi çeşitli eğitim kaynaklarının hazırlanması için komisyonlar kurulmalı, konu ile ilgili yetkin paydaşlara sorumluluklar verilmeli, stratejiler geliştirilmelidir.
- Mezuniyet öncesi temel tıp eğitimi revize edilerek sağlık yönetimi, yöneticilik/liderlik, iletişim becerileri konularına ağırlık verilmelidir. Ayrıca TUS 'un etkisi de göz önünde bulundurulmalı mezuniyet öncesi temel tıp eğitimi ile TUS müfredatı ve mezun hekimden beklenen nitelikler senkronize edilmelidir.

6.2.6. Üniversite Yönetim Birimlerine (Rektörlük, Dekanlık, Anabilim Dalları) Öneriler

- Üniversite bünyesinde öğrencilere psikolojik danışmanlık ve rehberlik veren merkezler kurulmalı, öğrencilerin kolay erişebileceği şekilde dizayn edilmeli, kişiler, kişisel verileri bağlamında mahremiyetleri korunacak şekilde hizmet sunulması sağlanmalıdır.
- Rehber/danışman/sorumlu öğretim görevlilerinin öğrencilerle daha rahat iletişim kurabilmesi ve daha fazla vakit geçirebilmesine yönelik planlamalar yapılmalıdır.
- Öğrencilerin aileleriyle daha az vakit geçirmesinin nedenlerinin saptanması amacıyla ileri araştırmalar yapılmalıdır. Altta yatan nedenlerin tespiti sonrası nedenlere dönük koruyucu önlem ve eylemler devreye sokulmalıdır.
- “Dumansız Kampüs” uygulamaları kapsamında üniversitelerde de sigara bırakma ile ilgili danışmanlık verilebilecek sigara bırakma poliklinikleri açılmalı, öğrenciler sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine yönlendirilmelidir.
- Tıp fakültesi başta olmak üzere üniversitede öğrencilerin bağımlılık yapıcı maddelere ulaşımını kolaylaştıran faktörler dikkate alınarak engellenmelidir.

- Öğrencilerin gelir düzeyleri gözetilerek, sunulan hizmet ve sağlanan koşulların kapsamı şekillendirilmeli, öğrencilerin ekonomik endişelerden uzak bir eğitim-öğretim süreci geçirmesi sağlanmalıdır.
- Öğrencilere ayrıntılandırılmış rehberlik hizmetleri sunulmalı, kariyer planlama, mentorluk, stresle başa çıkma, gelecek kaygısı gibi alanlarda destek olunmalıdır.
- Eğitimde eksik olan Lider-Yönetici yetkinliklerinin sağlanabilmesi adına Tıp Eğitimi Anabilim Dalı önderliğinde sorumluluk yüklenen Halk Sağlığı, Aile Hekimliği ve Acil Tıp Anabilim Dal'larına eksik olan derslerin eklenmesi ve pratik uygulamaların artırılmasıyla öğrencilerin konuya olan ilgisi ve farkındalığı artırılmalıdır.
- Özellikle Esas misyonu sağlık yöneticisi/ıdarecisi yetiştirmek olan Halk Sağlığı Anabilim Dallarına sorumluluk yüklenerek Halk Sağlığı Eğitim konularının diğer tıp fakültesi müfredatı içine entegrasyonunu sağlanmalıdır.
- Meslek hayatına geçişin yarattığı stresi azaltmak için pratik uygulamalar artırılmalı, vaka ağırlıklı eğitimler düzenlenmeli, iletişim teknikleri konusunda öğrencilere yetkinlik kazandırılmalıdır. Bu kapsamda özellikle internlük dönemindeki halk Sağlığı stajında, "Liderlik ve Yöneticilik" özelliklerini öne çıkaran pratik uygulamalara daha çok yer verilmelidir.
- Sağlık alanında yönetici olma becerisini geliştirmek için özellikle tıp fakültesi öğrencilerine meslek hayatlarına ilk başladıkları dönemde bilgilendirici ön hizmet içi eğitimler verilmesi gibi çeşitli stratejiler ve programlar önemli bir rol oynayabilir.
- Üniversiteler bünyesinde toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dair farkındalık yaratmak için eğitim programları düzenlemek ön yargıları yıkmak ve ayrımcılığa karşı bilinçlenmenin sağlanması açısından yararlı olacaktır.
- Üniversiteler stres yönetimi için, stres yönetimi, iletişim becerileri, acil durum yönetimi gibi konularda teorik ve pratik eğitimler düzenlenmeli, bu eğitimler belirli aralıklarla tekrarlanmalı, atölyeler veya kurslar planlamalıdır.
- Üniversiteler ve bünyelerinde daha etkin liderler/yöneticiler için psikolojik etkenlerin mesleki yansımalarıyla ilgili daha fazla çalışma gerçekleştirilmeli, çalışanlar belirli aralıklarla değerlendirilmelidir. Konu Halk Sağlığı bakış açısıyla düşünülmeli, konunun ele alınışı/mücadele yalnızca birey olarak değil kurumsal ve toplumsal olarak da ele alınmalı ve stratejiler geliştirilerek uygulamalara yansıtılmalıdır.



Sonuç Olarak;

Tıp fakültesi lisans eğitiminin temel hedeflerinden birisi öğrencilere sadece bireyi ya da klinik hizmeti dikkate almanın ötesinde daha geniş perspektifle, toplumu ülkelerin, kurumların sağlık sistem ve politikalarını dikkate alan; yönetim ve liderlik alanında daha bütüncül bilgi, beceri ve yetkinlik kazandırmaktır. Bu konudaki eğitimin yetersizliği, öğrenciler tarafından da ifade edilmektedir ve bu eksikliğin giderilmesine yönelik yoğun talep bulunmaktadır. Kamu-özel fark etmeksizin sağlık sistemi içerisinde yer alan kurum ve kuruluşlardaki aksaklıkların ve eksikliklerin büyük bölümü sistemsel ve yönetsel tercihler ve yetersizlikler sebebiyle oluşmaktadır. Bu durum nitelikli sağlık profesyonellerinin mesleki tercihlerini etkilemekte aynı zamanda ülkesine hizmet etme isteğini frenlemektedir. Hem sağlık bilgisine hem de yönetsel bilgiye sahip, aynı zamanda liderlik vasfı da olan profesyonellere ihtiyaç duyulmaktadır. Ne yazık ki tıp fakültelerinde psikolojik sorunlar, sigara vb. bağımlılıklar gün geçtikçe artmaktadır. Kişinin özel hayatında olduğu gibi iş hayatında da etkisi olabilen bu durumların fakülteye başlanıldığı dönemden itibaren fark edilebileceği danışmanlık hizmetleri verilmesi, ek teorik ders ve uygulamalı eğitimlerin düzenlenmesi geleceğin yönetici ve liderleri olacak tıp fakültesi öğrencileri için önem arz etmektedir.

Ancak eğitim eksikliklerinin giderilmesi, psikososyal faktörlerin çözümlenmesi ve zararlı alışkanlıkların önlenmesiyle; kaynakları doğru kullanan, daha kapsayıcı sağlık hizmetlerini daha geniş kitlelere sunabilen ve sağlıkta kaliteyi yükselten sağlıklı ve nitelikli sağlık yöneticilerinin yetiştirilmesine katkı sağlamakla mümkün olabilir. Bu noktalardan hareketle yerleşim yeri ve öğrenci nitelikleri farklı olan Tıp fakültelerinde öğrencilerin liderlik yetkinlikleri ile psikososyal sağlıkları arasındaki ilişkinin anlaşılmasına yönelik yol gösterici olan bu çalışmanın hem akademik literatüre hem de saha uygulamalarına önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Çimen M. Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2010;1(3):136-9.
2. Bozkurt Ö, Ergun T. Kamu Yönetimi Sözlüğü. 2. bs. Ankara: TODAİE; 2008.
3. Özalp İ. Yönetim Kavramı. İçinde: Yönetim ve Organizasyon. 1. bs Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını; 2009. s. 2-5.
4. Schultz R, Alton CJ. Management of Hospitals. 1. bs. New York: McGraw-Hill; 1976. 86-87 s.
5. Hayran O. Sağlık Yönetimi Yazıları. 2. bs. Ankara: SAGE Yayınları; 2012.
6. Kavuncubaşı Ş, Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 6. bs. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2022.
7. McAlearney AS. Leadership development in healthcare: a qualitative study. J Organ Behav Int J Ind Occup Organ Psychol Behav. 2006;27(7):967-82.
8. Jonas S, McCay L, Keogh B, Swanwick T, McKimm J. ABC of clinical leadership. 1. bs. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
9. Nicol ED. Improving clinical leadership and management in the NHS. J Healthc Leadersh. 2012;4:59-69.
10. Hartley J, Benington J. Leadership for healthcare. 1. bs. Bristol: Bristol University Press; 2010.
11. Hartley J. In Healthcare A Review of The Literature for Health Care Professionals, Managers and Researchers July 2008 [PhD Thesis]. [Warwick]: University of Warwick Coventry; 2008.
12. National Health System (NHS) Leadership Academy. The Healthcare Leadership Model. İçinde: Healthcare Leadership Model: The nine dimensions of leadership behaviour. 1. bs Leeds: NHS Leadership Academy; 2013.
13. Victorian Quality Council. Developing the clinical leadership role in clinical governance: A guide for clinicians and health services. Victoria: Victorian Quality Council; 2005.
14. Dizili FT, Öztürk Z. Özel Hastanelerde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Klinik Liderlik Özellikleri: Ankara İli Örneği. Bingöl Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2021;5(2):99-124.
15. Kaya RR, Elif K. Hekimlerin Yönetim Macerası: Melez İş Kimliği ve Hekim Yöneticiler. SDÜ Sağlık Önetimi Derg. 2019;1(2):82-102.
16. Uskun E, Doğan M, Kişioğlu A, Baylan S, Ertan U, Akkaya V. Süleyman Demirel Üniversitesi tıp fakültesi öğretim üyelerinin tıp eğitimi ile ilgili düşünce ve uygulamaları. SDÜ Tıp Fakültesi Derg. 2004;11(3):19-24.
17. Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK). YÖK Ulusal Çekirdek Eğitim Programı [İnternet]. [a.yer 17 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://www.yok.gov.tr/kurumsal/idari-birimler/egitim-ogretim-dairesi/ulusal-cekirdek-egitimi-programlari>
18. Işıkhani V. Sosyal Hizmet ve Sağlık Alanında Görev Yapan Yöneticileri Etkileyen İş Stres Faktörleri. Amme İdaresi Derg. 1999;32(2):43-57.

19. Paşa M. Stresin bireysel performans üzerindeki etkileri ve bir uygulama [Doktora Tezi]. [Bursa]: Bursa Uludağ Üniversitesi; 2007.
20. Tutar H. Kriz ve stres ortamında yönetim. 1. bs. İstanbul: Hayat Yayınları; 2000.
21. Yurdasever E, Fidan Y. Yöneticilerde Yeni Liderlik Becerileri ile Stres İlişkisi: KOMB (VUCA) ve Öz Yeterlilik Etkileşimi. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2020;8(İktisadi ve İdari Bilimler):119-30.
22. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, Özcan S, Güldal D, Başak O. Tıp eğitimi son sınıf öğrencilerinin gelecek meslek yaşamları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile sürekli anksiyetelerinin karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2007;21(1):19-24.
23. Guthrie EA, Black D, Shaw CM, Hamilton J, Creed FH, Tomenson B. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. Med Educ. 1995;29(5):337-41.
24. Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. Med Educ. 2003;37(1):32-8.
25. Ulusal Çalışma Grubu, Ulusal Yetkinlik Ve Yeterlilikler Çalışma Grubu, Davranış Sosyal Bilimler Bilimler Çalışma Grubu. Medical faculty-national core curriculum 2020. Tıp Eğitimi Dünya. 2020;19(57-1):1-146.
26. Gunderman RB. Leadership in healthcare. 1. bs. Indianapolis: Springer Science & Business Media; 2009.
27. Tengillimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 10. bs. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2021.
28. Yorulmaz M. Türkiye'deki Sağlık Yönetiminin Mevcut Durumu ve Geleceğine Dair Nitel Bir Çalışma [Doktora Tezi]. [Isparta]: T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı; 2015.
29. Kaptanoğlu A. Sağlık Yönetimi. 1. bs. İstanbul: Beşir Kitabevi; 2012.
30. Sarioğlu Uğur S, Uğur U. Yöneticilik ve Liderlik Ayrımında Kişisel Farklılıkların Rolü. Organ Ve Önetim Bilim Derg. 2014;6(1):122-36.
31. Eren E. Yönetim Fonksiyonları ve Süreci. İçinde: Yönetim ve Organizasyon. 1. bs İstanbul: Beta; 2011. s. 3.
32. Eskin AD. Yurdumuzda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (1960-1971) [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2002.
33. Türk Tabipleri Birliği (TTB). Türk Tabipleri Birliği. 2023 [a.yer 07 Haziran 2023]. Sağlık Bakanlığı 2023 Yılı Bütçe Teklifi Sağlığa Zararlıdır; Toplum Sağlığı Düşünülerek Yeniden Yapılandırılmalıdır! Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=3edf5ffa-61b4-11ed-bf6b-ea4185d8abce
34. World Bank Open Data [Internet]. [a.yer 04 Temmuz 2023]. Erişim adresi: <https://data.worldbank.org>
35. Çamcı M. Sağlık Yönetimi [Yüksek Lisans Tezi]. [Mersin]: T.C.Mersin Üniversitesi; 2007.
36. Akyıldız M. Sağlık Kurumları Yönetimi 1. C. Açıköğretim Fakültesi Yayını. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi; 2018.

37. Gurtner S, Soye K. Challenges and opportunities in health care management. 1. bs. Switzerland: Springer Cham; 2015.
38. Hayran O. Kanıta dayalı insan odaklı sağlık yönetimi. İstanbul: Yüce Yayın; 2016.
39. Hanlon G. The dark side of management: A secret history of management theory. 1. bs. Oxfordshire: Routledge; 2015.
40. Akdur R. Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. 2. bs. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2006.
41. Hayran O. Sağlık bilimlerinde araştırma ve istatistik yöntemler. 1. bs. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.
42. Sur H, Palteki T. Hastane Yönetimi. 1. bs. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2013.
43. Witzel M. A history of management thought. 2. bs. Oxfordshire: Routledge; 2016.
44. Mintzberg H. The Structuring of Organisations. 1. bs. New Jersey: Pearson; 1979.
45. Mintzberg H. Henry Mintzberg. 2016 [a.yer 11 Haziran 2023]. Who can possibly manage a hospital? Erişim adresi: <https://mintzberg.org/blog/hospital-management>
46. Fişek NH. Sağlık İdaresinde Modern Eğilimler. İçinde İstanbul: Milli Türk Tıp Kongresi; 1968.
47. Sayım F, Aydın N. Sağlık Kurumlarının Yöneticilerinin Doktor Olmasının Fayda-Maliyet, Maliyet-Etkinlik ve Swot Analizi [İnternet]. [a.yer 30 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <http://www.akademikarge.net/index.php/faaliyetler/pubindex/item/252-saglik-kurumlarinin-yoeneticilerinin-doktor-olmasinin-fayda-maliyet-maliyet-etkinlik-ve-swot-analizi>,
48. Avcı U, Topaloğlu C. Hiyerarşik kademelere göre liderlik davranışlarını algılama farklılıkları: otel çalışanları üzerinde bir araştırma. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sos Ve Ekon Araştırmalar Derg. 2009;2009(1):1-20.
49. Koçel T. İşletme Yöneticiliği. 13. bs. İstanbul: Beta Basım Yayın AŞ; 2011.
50. Daft RL. The leadership experience. 6. bs. United Kingdom: Cengage Learning; 2014.
51. Özkalp E, Kirel Ç. Örgütsel davranış. 5. bs. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım; 2011.
52. Northouse PG. Leadership: Theory and practice. 9. bs. London: Sage publications; 2021.
53. Van der Wagen L. Human resource management for events: Managing the event workforce. Routledge; 2007.
54. Yılmaz H. Güçlendirici liderlik. 1. bs. İstanbul: Beta Basım Yayın; 2011.
55. Swanwick T, McKimm J. ABC of clinical leadership. 2. bs. Oxford: Wiley-Blackwell; 2017.
56. Zaleznik A. Managers and leaders: are they different? Harv Bus Rev. 1992;70(2):126-35.
57. Gosling J, Mintzberg H. The five minds of a manager. Harv Bus Rev. 2003;81(11):54-63.
58. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), European Union (EU). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2022.



59. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernández Quevedo C. Turkey: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2011;13(6):1-186.
60. Walsh M. Clinical Leadership Podcast Interview Transcript. VQC Podcast Series Produced by RealTime Health; 2010.
61. Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance, volume I. 1. bs. Washington (DC): National Academies Press; 1990.
62. Brook RH, Williams KN. Quality of health care for the disadvantaged. *J Community Health*. 1975;1(2):132-56.
63. U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration (HRSA). Quality Improvement. Washington (DC); 2011.
64. Howieson B, Thiagarajah T. What is clinical leadership? A journal-based meta-review. *Int J Clin Leadersh*. 2011;17(1):7-18.
65. Ginter PM, Duncan WJ, Swayne LE. The strategic management of health care organizations. 8. bs. New Jersey: John Wiley & Sons; 2018.
66. Swanwick T, McKimm J. What is clinical leadership... and why is it important? *Clin Teach*. 2011;8(1):22-6.
67. Kumar RD. Leadership in healthcare. *Anaesth Intensive Care Med*. 2013;14(1):39-41.
68. Lighter DF. The path to management: physician executives in health care. *Hosp Physician*. 2000;36(5):64-8.
69. Jonas S, McCay L, Keogh B. The importance of clinical leadership. İçinde: ABC of clinical leadership. 1. bs Oxford: Wiley-Blackwell; 2011. s. 1-3.
70. Castro PJ, Dorgan SJ, Richardson B. A healthier health care system for the United Kingdom. *McKinsey Q*. 2008;Healthcare(February):1-5.
71. Harder B. U.S. News & World Report. 2023 [a.yer 07 Haziran 2023]. The Best Hospitals in America, Ranked. Erişim adresi: <https://health.usnews.com/best-hospitals/rankings>
72. Dwyer AJ. Medical managers in contemporary healthcare organisations: a consideration of the literature. *Aust Health Rev*. 2010;34(4):514-22.
73. Clinician. İçinde: Merriam-Webster Dictionary. England: Merriam-Webster; 2023.
74. Şen CA. Evaluation Scale of Clinicians' Views and Expectations About Academics and Academic Productivity Process, Validity and Reliability Study. *J High Educ Sci*. 2021;11(3):575-80.
75. Clinic. İçinde: Cambridge Dictionary. England: Cambridge University Press; 2023.
76. Buchbinder SB, Shanks NH, Kite BJ. Introduction to health care management. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2019.
77. Burns LR, Bradley EH, Weiner BJ. Shortell and Kaluzny's Health Care Management: Organization Design & Behavior. 6. bs. New York: Delmar Cengage Learning; 2012.
78. Ogrin R, Barrett E. Clinical leadership and nursing. *Aust Nurs Midwifery J*. 2015;23(2):45.
79. Gauld R, Horsburgh S. Clinical governance assessment project: final report on a national health professional survey and site visits to 19 New Zealand DHBs. Dunedin: Centre for Health Systems, University of Otago; 2012.

80. National Health System (NHS). Clinical Leadership Competency Framework Project: Report on Findings. London: National Leadership Council; 2010.
81. Black DC, Spurgeon P, Douglas N, Clark J. Medical leadership competency framework: Enhancing engagement in medical leadership. NHS Institute for Innovation and Improvement and Academy of Medical Royal Colleges; 2010.
82. Spurgeon P, Mazelan PM, Barwell F. Medical engagement: a crucial underpinning to organizational performance. *Health Serv Manage Res*. 2011;24(3):114-20.
83. Edmonstone JD. Whither the elephant?: the continuing development of clinical leadership in the UK National Health Services. *Int J Health Plann Manage*. 2014;29(3):280-91.
84. National Health System (NHS) Leadership Academy. Clinical Leadership Competency Framework: Self assessment tool. United Kingdom: NHS Leadership Academy; 2012 s. 1-12.
85. Namal F. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programı (Ulusal ÇEP-2014) çerçevesinde tıp fakültesi mezunlarının yeterliliklerinin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. [Ankara]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2016.
86. Sur H. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Yöneticiliği [İnternet]. [a.yer 30 Ağustos 2023]. Erişim adresi: <https://www.saglikplatformu.com/dunyada-ve-turkiyede-saglik-yoneticiligi/>
87. American College of Healthcare Executives. Association of University Programs in Health Administration (AUPHA). Rep Begin Early Career Dev. 1992;
88. Davis MM. Development of the first graduate program in hospital administration. *J Health Adm Educ*. 1984;2(2):121-34.
89. Dwyer J, Paskavitz M, Vriesendorp S, Johnson S. An urgent call to professionalize leadership and management in health care worldwide. *Manag Sci Health*. 2006;4.
90. Hsu BS, Hosokawa MC, Maria B. The case for undergraduate medical education in healthcare business and management. *J Med Pract Manag MPM*. 2007;22(5):303-6.
91. Kaur N, Singh T. Teaching healthcare management to medical students: An early experience. *Natl Med J India*. 2013;26(3):166-8.
92. Fernandes C. Business management in general practice should feature in the nMRCGP. *Br J Gen Pract*. 2006;56(526):379.
93. Finkler SA, Calabrese TD, Smith DL. Financial management for public, health, and not-for-profit organizations. Washington (DC): CQ Press; 2022.
94. Rowitz L. Public health leadership: Putting principles into practice. Burlington: Jones & Bartlett Publishers; 2014.
95. Bethune R, Soo E, Woodhead P, Van Hamel C, Watson J. Engaging all doctors in continuous quality improvement: a structured, supported programme for first-year doctors across a training deanery in England. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(8):613-7.
96. Aydın S, Yıldız E. Sağlık Yönetimi. 1. bs. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2017.
97. Cömert M, Sağlık M. Sağlık Yönetimi. 1. bs. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları; 2016.



98. Şimşek HH, İncesulu A. Sağlık Yönetimi: Düşünce ve Uygulamalar. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2014.
99. Carson R. Leadership and self deception: getting out of the box. 2. bs. Oakland: Berrett-Koehler Publishers; 2015.
100. Carroll M. The mindful leader: Ten principles for bringing out the best in ourselves and others. 2. bs. Colorado: Trumpeter Books; 2008.
101. Carroll M. The mindful leader: Awakening your natural management skills through mindfulness meditation. 1. bs. Colorado: Shambhala Publications; 2008.
102. Lovibond SH. Manual for the depression anxiety stress scales. 2. bs. Sydney: Sydney Psychology Foundation of Australia; 1995.
103. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther. 1995;33(3):335-43.
104. Brown TA, Chorpita BF, Korotitsch W, Barlow DH. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. Behav Res Ther. 1997;35(1):79-89.
105. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychol Assess. 1998;10(2):176.
106. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol. 2005;44(2):227-39.
107. Mahmoud JSR, Staten R "Topsy", Hall LA, Lennie TA. The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. Issues Ment Health Nurs. 2012;33(3):149-56.
108. Shahrokh NC, Hales RE, Phillips KA, Yudofsky SC. The language of mental health: A glossary of psychiatric terms. American Psychiatric Pub; 2011.
109. World Health Organization (WHO) WHO. Depressive disorder (depression) [Internet]. [a.yer 11 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
110. Global Health Data Exchange (GHDx) [Internet]. Institute of Health Metrics and Evaluation; 2023. Erişim adresi: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>
111. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. J Affect Disord. 2017;219(September):86-92.
112. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, vd. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychol Med. 2018;48(9):1560-71.
113. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). United States of America: American Psychiatric Association (APA); 2023.
114. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. bs. İstanbul: Güneş Kitabevleri; 2007.

115. World Health Organization (WHO)WHO. Mental disorders [Internet]. [a.yer 11 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
116. American Psychiatric Association (APA). Anxiety Disorders [Internet]. [a.yer 11 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://www.psychiatry.org:443/patients-families/anxiety-disorders>
117. Güçlü N. Stres Yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Derg. 2001;21(1):91-109.
118. World Health Organization (WHO)WHO. Stress [Internet]. [a.yer 11 Haziran 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
119. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. Anormal psikoloji. 1. bs. İstanbul: Kaknüs Yayınları; 2013.
120. World Health Organization (WHO)WHO. Stresli Anlarda Ne Yapmalı?: Resimli Rehber. Kopenhag: Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi; 2020.
121. Ranabir S, Reetu K. Stress and hormones. Indian J Endocrinol Metab. 2011;15(1):18-22.
122. Shao R, Man ISC, Yau SY, Li C, Li PYP, Hou WK, vd. The interplay of acute cortisol response and trait affectivity in associating with stress resilience. Nat Ment Health. 2023;1(2):114-23.
123. Maduka I, Neboh E, Ufelle S. The relationship between serum cortisol, adrenaline, blood glucose and lipid profile of undergraduate students under examination stress. Afr Health Sci. 2015;15(1):131-6.
124. Lee J, Graham AV. Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. Med Educ. 2001;35(7):652-9.
125. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. Med Educ. 2001;35(1):12-7.
126. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ, Anaç Ş, Turan M, Gencelli Ş, vd. Erzurum'daki üniversite öğrencilerinde CIDI/DSM-III-R ruhsal bozukluklarının yaşam boyu ve 12 aylık yaygınlığı. Psikiyatri Psikol Psikofarmakol Derg. 1997;5(4):253-65.
127. Özbay MH, Göka E, Soygür H. Hekimlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine bir çalışma. Psikiyatri Psikol Ve Psikofarmakol Derg. 1993;1:221-31.
128. Ibrahim AK, Kelly SJ, Adams CE, Glazebrook C. A systematic review of studies of depression prevalence in university students. J Psychiatr Res. 2013;47(3):391-400.
129. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, vd. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 2016;316(21):2214-36.
130. Prinz P. Burnout, Depression und Depersonalisation-Psychologische Faktoren und Bewältigungsstrategien bei Studierenden der Zahn-und Humanmedizin [Doktora Tezi]. [Nuernberg]: Friedrich-Alexander-Universitaet Erlangen; 2012.
131. Dutta G, Rajendran N, Kumar T, Varthya SB, Rajendran V, Dutta G, vd. Prevalence of Depression Among Undergraduate Medical Students in India: A Systemic Review and Meta-Analysis. Cureus. 2023;15(1):e33590.

132. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med*. 2001;52(2):203-13.
133. Bryman A. Barriers to integrating quantitative and qualitative research. *J Mix Methods Res*. 2007;1(1):8-22.
134. Dawson B, Trapp RG. Probability&related topics for making inferences about data. *Basic&Clinical Biostatistics*. New York, NY: Lange medical Books/McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2001.
135. Pagano M, Gauvreau K. *Sampling Theory*. London: Duxbury Press; 1993.
136. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Linking analysis to study design: summary of methods*. İçinde: *Essential medical statistics*. New Jersey: Blackwell Publishing; 2003. s. 410-2.
137. Özdamar K. Örneklem Yöntemleri. İçinde: *SPSS ile Biyoistatistik*. 4. bs Ankara: Nisan; 2001. s. 261-5.
138. Budak F. Klinik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Güvenilirlik Çalışması: Kamu Hastaneleri Örneği. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2017;2017(2):85-91.
139. Yılmaz Ö, Hakan B, Arslan A. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (Dass 21) Türkçe Kısa Formunun Geçerlilik-Güvenilirlik Çalışması. *Finans Ekon Ve Sos Araştırmalar Derg*. 2017;2(2):78-91.
140. Özçakar N, Kartal M, Mert H, Güldal D. Healthy Living Behaviors of Medical and Nursing Students. *Int J Caring Sci*. 2015;8(3):536-42.
141. Al-Alawi M, Al-Sinawi H, Al-Qubtan A, Al-Lawati J, Al-Habsi A, Al-Shuraiqi M, vd. Prevalence and determinants of burnout Syndrome and Depression among medical students at Sultan Qaboos University: A cross-sectional analytical study from Oman. *Arch Environ Occup Health*. 2019;74(3):130-9.
142. Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking among medical students. *J Postgrad Med*. 2007;53(1):55-62.
143. Ramakrishna GS, Sarma PS, Thankappan KR. Tobacco use among medical students in Orissa. *Natl Med J India*. 2005;18(6):285-9.
144. Bayramlar OF, Karabey S, Koci MB, Bozdog S, Ozturk H, Karakaya NR, vd. Smoking Prevalences of All Grades from Oldest Medical School in Turkey and Attitudes of Medical Students as a Potential Role Model. *Researchsquare*. 2023;2023(Şubat):1-17.
145. Madde Kullanıcıları Profil Analizi 2021 Yılı Narkolog Raporu. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı; 2022.
146. Mavili S. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Bağımlılık Yapıcı Madde Kullanım Durumları [Tıpta Uzmanlık]. [Denizli]: T.C. Pamukkale Üniversitesi; 2017.
147. Mayda AS, Gerçek Ç, Güneş C, Hüseyinoğlu A, Güler MB, Yıldırım A. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığının Demografik Özellikler, Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Baskın El ve Şiddete Maruz Kalma ile İlişkisi. *TÜBAV Bilim Derg*. 2010;2(4):476-83.
148. Köşger F, Altınöz A. The relationship between attachment style and substance abuse proclivity in the students of a medical school. *Anatol J Psychiatry*. 2020;21:367-72.

149. Karaoğlu N, Şeker M. Klinik öncesi yıllardaki tıp öğrencilerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkili olabilecek faktörler. TAF Prev Med Bull. 2011;10(3):303-12.
150. Pagnin D, De Queiroz V, Oliveira Filho MAD, Gonzalez NVA, Salgado AET, Oliveira BCE, vd. Burnout and career choice motivation in medical students. Med Teach. 2013;35(5):388-94.
151. Kaya S, Toraman Ç, Tekin M. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Gelecekte Yurt Dışında Çalışmayla İlgili Görüşlerinin İncelenmesi: Çanakkale Örneği. Tıp Eğitimi Dünya. 2023;22(66):47-60.
152. Başer A, Şahin H. Atatürk'ten günümüze tıp eğitimi. Tıp Eğitimi Dünya. 2017;16(48):70-83.
153. Tengiz Fİ, Babaoğlu AB. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kariyer tercihleri ve bu tercihleri etkileyen faktörler. SDÜ Tıp Fakültesi Derg. 2020;27(1):67-78.
154. Aydın S, Nemmezi Karaca S, Karagöz N. Bir Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Fakülteyi Seçme Nedenleri, Akreditasyonla İlgili Düşünceleri ve Akademik Başarı Düzeyleri. Tıp Eğitimi Dünya. 2021;20(60):112-21.
155. Açıkgöz B, Ekemen A, Zorlu İ, Yüksel NA, Ayoğlu FN. Tıp öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi, uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2019;12(1):113-25.
156. Lefevre JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. Med Educ. 2010;44(6):603-12.
157. Yang Y, Li J, Wu X, Wang J, Li W, Zhu Y, vd. Factors influencing subspecialty choice among medical students: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2019;9(3):e022097.
158. Alper Z, Özdemir H. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesini tercih eden öğrencilerin kimi sosyo-demografik özellikleri ve mesleğe bakış açıları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2004;30(2):93-6.
159. Ceylan E, Cinser BB, Soytürk S, Şengün T, Erbay H. Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Meslek Tercihinde Etkili Olan Faktörler. J Med Educ Inform. 2017;3(1):2-12.
160. Göktaş Dörtüol B. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası ile ilgili düşünceleri, kariyer seçimleri ve etkileyen faktörler. Tıp Eğitimi Dünya. 2017;16(50):12-21.
161. Knight LV, Mattick K. 'When I first came here, I thought medicine was black and white': Making sense of medical students' ways of knowing. Soc Sci Med. 2006;63(4):1084-96.
162. Özer Ö, Budak F, Şentürk S, Gün Ç. Hekim ve Hemşirelerin Klinik Liderlik Algılarının Sosyodemografik Değişkenler Açısından İncelenmesi. Hemşirelikte Eğitim Ve Araşt Derg. 2018;15(2):99-105.
163. Rouhani MJ, Burleigh EJ, Hobbis C, Dunford C, Osman NI, Gan C, vd. UK medical students' perceptions, attitudes, and interest toward medical leadership and clinician managers. Adv Med Educ Pract. 2018;9:119-24.
164. Konstantinos N, Christina O. Factors influencing stress and job satisfaction of nurses working in psychiatric units: a research review. Health Sci J. 2008;2(4):183-95.

165. Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, García-Alonso CR, Cid J, Salazzari D, vd. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28(2):210-23.
166. Servet A, Özlem Ö. Ruh Sağlığı, Benlik Saygısı ve Başarı Yöneliminin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Üsküdar Üniversitesi Sos Bilim Derg.* 2021;(13):487-515.
167. Çıraklı Ü, Budak F. Sosyo-demografik değişkenlere göre hemşirelik öğrencilerinin klinik liderlik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Akad Derg.* 2019;6(3):173-9.
168. Özkan Ş. Klinik Liderlik ve Sağlık Kurumlarına Yansımaları. *Uluslar Liderlik Çalışmaları Derg Kuram Ve Uygul.* 2021;4(1):40-50.
169. Stanley D, Blanchard D, Hohol A, Hutton M, McDonald A. Health professionals' perceptions of clinical leadership. A pilot study. Lee A, editör. *Cogent Med.* 2017;4(1):1321193.
170. Baylina P, Moreira P. Healthcare-associated infections – on developing effective control systems under a renewed healthcare management debate. *Int J Healthc Manag.* 2012;5(2):74-84.
171. Ntomoka CG. Assessment of Doctors' Perception on Clinical Leadership: A Case of Tertiary Hospitals in Dar es Salaam Tanzania. [PhD Thesis]. [Dar es Salaam]: The Open University of Tanzania; 2022.
172. Korkmazer F. Klinisyenlerin Klinik Liderlik Algılarının Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma. *Int J Soc Humanit Sci Res.* 2021;8(67):554-64.
173. Abbas MR, Quince TA, Wood DF, Benson JA. Attitudes of medical students to medical leadership and management: a systematic review to inform curriculum development. *BMC Med Educ.* 2011;11(1):1-8.
174. Cüceler S, Yılmaz M, Türkleş S. Madde Bağımlısı Bireylerin Yaşadığı Psikososyal Sorunlar, Uygulanan Kanıt Temelli Müdahaleler ve Hemşireliğin Rolü. *Bağımlılık Derg.* 2022;23(1):105-10.
175. Benjamin Jr. AJ. Type A/B Personalities. İçinde: *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. 1. bs New Jersey: John Wiley & Sons; 2020. s. 383-6.
176. Durna U. A Tipi ve B Tipi Kişilik Yapıları Ve Bu Kişilik Yapılarını Etkileyen Faktörlerle İlgili Bir Araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilim Derg.* 2010;19(1):275-90.
177. Frugé E, Mahoney DH, Poplack DG, Horowitz ME. Leadership: "They Never Taught Me This in Medical School". *J Pediatr Hematol Oncol.* 2010;32(4):304-8.
178. Bayram N, Bilgel N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008;43(8):667-72.
179. Pesen A, Mayda AS. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Sak Tıp Derg.* 2020;10(2):240-52.
180. Kulsoom B, Afsar NA. Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;(11):1713-22.



181. Van ZPM, L MLM, Joubert G, Francis C, du PF, Jadhunandan S, vd. Depression, anxiety, stress and substance use in medical students in a 5-year curriculum. *Afr J Health Prof Educ*. 2017;9(2):67-72.
182. Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res*. 2015;141(3):354-7.
183. Bhat S, D'souza L, Fernandez J. Factors influencing the career choices of medical graduates. *J Clin Diagn Res*. 2012;6(1):61-4.
184. Querido SJ, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, De Rond MEJ, Ten Cate OTJ. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. *Med Teach*. 2016;38(1):18-29.
185. Natalia D, Syakurah RA. Medical Crisis during Pandemic: Career Preferences Change in Medical Student. *Int J Eval Res Educ*. 2021;10(4):1255-61.
186. Saini NK, Agrawal S, Bhasin SK, Bhatia MS, Sharma AK. Prevalence of Stress Among Resident Doctors Working in Medical Colleges of Delhi. *Indian J Public Health*. 2010;54(4):219.
187. Gümrall N, Coşar F. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin okul-hastane işbirliği ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Derg*. 2009;13(3):21-4.
188. Horrell L, Goldsmith KA, Tylee AT, Schmidt UH, Murphy CL, Bonin EM, vd. One-day cognitive-behavioural therapy self-confidence workshops for people with depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2014;204(3):222-33.
189. Singh A, Lal A, Shekhar A. Prevalence of depression among medical students of a private medical college in India. *Online J Health Allied Sci*. 2010;9(4):8-12.
190. Iorga M, Muraru ID, Munteanu C, Petrariu FD. Depression, Anxiety and Stress Among Medical Students. *Med-Surg J*. 2019;123(3):496-505.
191. Harms PD, Credé M, Tynan M, Leon M, Jeung W. Leadership and stress: A meta-analytic review. *Leadersh Q*. 2017;28(1):178-94.
192. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, Alonso J, Benjet C, Cuijpers P, vd. WHO world mental health surveys international college student project: prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol*. 2018;127(7):623-38.

8. EKLER

EK 1. Anket Formu

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES DÜZEYİ, SAĞLIK YÖNETİMİNE BAKIŞLARI VE KLİNİK LİDERLİK ALGILARI İLE İLİŞKİSİ

Gönüllü Onam Formu

Sayın Meslektaşım,

Sizi “Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyi, Sağlık Yönetimine Bakışları ve Klinik Liderlik Algıları ile İlişkisi” konulu ankete dayalı bilimsel araştırma çalışmasına davet ediyoruz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya istediğiniz vakitte araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında kalmadan sizin için en doğru olanı söyleyiniz. Veriler sadece araştırma amacıyla kullanılacak, bilimsel amaçlar dışında hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacak ve paylaşılmayacaktır. Arzu ederseniz çalışma sonuçları tarafınıza iletilecektir.

Anket çalışmamızın amacı, bir vakıf üniversitesi tıp fakültesindeki öğrencilerinin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri, mesleki tercihleri ve sağlık yönetimi görüşleri ile klinik liderlik algıları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık yönetimi ve meslek ile ilgili tercihlerinin depresyon, stres, anksiyete düzeylerinin ve klinik liderlik algılarının almış oldukları eğitimle, eğitimde geçirdikleri süre ile ilgili olup olmadığı incelenecektir. Bu konudaki durum tespiti ile literatüre katkı sunmak amaçlanmaktadır. Sağlık yönetimi ve Klinik liderlik konusunda tıp fakültesi öğrencileri ve hekimler ile yapılan çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. 2017’de Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Klinik Liderlik Ölçeği bu bağlamda oldukça yeni bir ölçektir. Klinik liderler sağlık profesyonellerini yönlendirme, koordinasyon ve destekleme sorumluluğuna sahiptir ve daha iyi sağlık hizmetleri sunumu için stratejik kararlar alırlar. Sağlık yöneticileri ise sağlık kuruluşlarının etkili ve verimli bir şekilde çalışmasını sağlamak, kaynakları planlamak ve yönetmek, stratejik hedeflere ulaşmak, kalite ve güvenlik standartlarını sağlamak, mali kaynakları etkin bir şekilde kullanmak gibi amaçlara sahiptir. Bu sebeple sağlık yönetimi ve klinik liderlik birbirini tamamlamaktadır. Lütfen her soruyu yukarıda belirtilen bilgiler ışığında dikkatlice okuyunuz.

Eğer anlayamadığınız sorular varsa, ya da daha fazla bilgi almak isterseniz Dr. Öykü Su Şimşek ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz. Bu çalışma da uygulanan anket, 23 soru içeren Sosyodemografik veriler, 6 soru içeren Mesleki tercihler, 17 soru içeren Sağlık Yönetimi Görüşleri, 40 öncül içeren Klinik Liderlik Ölçeği ve 21 öncül içeren Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği-21’den oluşmakta olup, anketi tamamlamak için harcanacak süre ortalama 20 dakikadır.

Bu ankete katılarak çalışmaya verdiğiniz destekten ötürü teşekkür ediyoruz.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum”

ANKET

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaş:
2. Cinsiyet:
☐ Kadın ☐ Erkek ☐ Diğer
3. Medeni durum:
☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Dul (Boşanmış) ☐ Dul (Eşi Ölmüş)
4. Okuduğunuz lise:
☐ Anadolu Lisesi ☐ Düz Lise ☐ Meslek Lisesi
☐ Özel Lise ☐ Açık Lise
5. Barınma yeri:
☐ Evde Ailemle ☐ Evde Tek Başıma ☐ Evde Arkadaşlarımla
☐ Devlet Yurdunda ☐ Özel Yurtta ☐ Diğer
6. Aile tipi:
☐ Çekirdek Aile ☐ Geniş Aile ☐ Diğer
7. Hanedeki kişi sayısı (siz dâhil):
8. Babanızın Eğitim Düzeyi
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Ön Lisans
☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans
9. Babanızın mesleği:
☐ Doktor ☐ Sağlık Personeli ☐ Sağlık Yöneticisi
☐ Başka bir disiplinde Yönetici ☐ Diğer
10. Annenizin Eğitim Düzeyi
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Ön Lisans
☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans
11. Annenizin mesleği:
☐ Doktor ☐ Sağlık Personeli ☐ Sağlık Yöneticisi
☐ Başka bir disiplinde Yönetici ☐ Diğer

12. Aile ikametgâhı:

- ☐ İl Merkezi ☐ İlçe Merkezi ☐ Köy/Mahalle

13. Ailenizin aylık geliri:

14. Size göre algılanan gelir düzeyi:

- ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

15. Hekim tanıı kronik hastalık durumu:

- ☐ Yok ☐ Var

Var ise tanısı:

16. Hekim tanıı psikiyatrik hastalık durumu:

- ☐ Yok ☐ Var

Var ise tanısı:

17. Sigara içme durumu:

- ☐ Hiç İçmedim ☐ Bıraktım ☐ İçiyorum

18. Alkol kullanma durumu:

- ☐ Hiç İçmedim ☐ Bıraktım ☐ İçiyorum

19. Uyuşturucu uyarıcı madde deneyimi:

- ☐ Denedim ☐ Denemedim

20. Herhangi bir suç olayına karışma durumu (Kavga vs.):

- ☐ Yok ☐ Var

Var ise suçun tanımı:

21. Kendi kişilik tipiniz:

- ☐ A Tipi Kişilik (Stresli, sabırsız, konuşma esnasında karşı tarafın sözünü kesen, hızlı hareket eden, ısrarcı, mental ve fiziksel fonksiyonları hızlı olan, rekabetten hoşlanan ve işlerinin çok fazla önemseyen, idealist, mücadele yapısı yüksek)
- ☐ B Tipi Kişilik (Esnek, sabırlı, başarılarını başkalarıyla paylaşma gereksinimi hissetmeyen, üstünlük taslamayan, rahatlamak için kendine vakit ayırdığında suçluluk duygusu hissetmeyen, sosyal yaşamı seven, sağlığına düşkün, sakin, sorumluluk duygusu düşük olan, stresten uzak)

22. Okumakta olduğunuz dönem:

23. Yabancı dil öğrenme durumu:

- ☐ Evet (Hangi dil/diller:)
- ☐ Hayır

MESLEKİ TERCİHLER

24. Tıp fakültesini tercih etme sebebi:

- ☐ Tıp okumayı istediğim için
- ☐ Üniversite sınavı puanımın fakülte puanı için yeterli olması
- ☐ Ailemin isteği
- ☐ Gelecekte iş garantisinin olması, toplumdaki saygınlığı
- ☐ Diğer:

25. Tıp Fakültesini tercih etmek doğru karar mı?

- ☐ Evet
- ☐ Kararsızım
- ☐ Hayır

26. Mezuniyet sonrası Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girme düşüncesi:

- ☐ Var
- ☐ Yok

27. Gelecek ile ilgili plan:

- ☐ Yurt içinde kamuda doktor olarak çalışmak
- ☐ Yurt içinde özelde doktor olarak çalışmak
- ☐ Akademik kariyer yapmak (Üniversitelerde öğretim üyesi olarak kalmak)
- ☐ Yurt dışında doktor olarak çalışmak
- ☐ Doktorluk dışı bir meslekte çalışmak
- ☐ Diğer:

28. Tıp Fakültesi tercih ederken seçmek istediğiniz (hayaliniz) olan bilim dalı:

- ☐ Bilmiyorum
- ☐ Temel
- ☐ Dâhili
- ☐ Cerrahi

29. Şu an seçmek istediğiniz bilim dalı:

- ☐ Bilmiyorum
- ☐ Temel
- ☐ Dâhili
- ☐ Cerrahi

SAĞLIK YÖNETİMİ GÖRÜŞLERİ

30. Kendinizde sağlık alanında yöneticilik vasfı görüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Kararsızım
- ☐ Hayır

31. Sağlık yönetimi ile ilgili bilgi durumunuz nedir?

- ☐ Çok bilgim var
- ☐ Biraz bilgim var
- ☐ Hiç bilgim yok

32. Sağlık alanında yönetici olarak çalışmak ister misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Kararsızım
- ☐ Hayır

33. Sağlık alanında yönetici olmak için ayrı bir eğitim olması gerekir mi?

- ☐ Gerekli
- ☐ Kararsızım
- ☐ Gereksiz

34. Okuduğunuz fakültede sağlık yönetimi ile ilgili eğitim aldınız mı? (Cevabınız "Hayır" ise 36. Soruya geçiniz)

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

35. Eğitim aldıysanız aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

36. Sizce Tıp Eğitimine Sağlık Yöneticiliğiyle ilişkili eklenmesi gereken konular nelerdir? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ İletişim, Müzakere becerileri, Liderlik
☐ Zaman yönetimi
☐ Sağlık sistemi, Ulusal sağlık hizmetleri
☐ Sağlık hukuku, Tıp Etiği
☐ Teşhis ve tedavinin tıbbi maliyet-etkililiği, finansal planlama
☐ Tıbbi bilgisayar sistemleri, Kalite süreçleri
☐ Konu eklenmesine ihtiyaç yoktur

37. Daha önce sağlık yönetimi ile ilgili herhangi çalışmaya (Kongre, sempozyum, panel vb.) katıldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

38. Daha önce yönetici olarak kişisel gelişiminize katkı sağlayabilecek deneyimleriniz oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

39. Sizce sağlık alanında kimler yönetici olabilmelidir? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Sağlık yönetimi mezunu ☐ Doktor ☐ Hemşire
☐ Diğer sağlık çalışanı ☐ Diğer Üniversite mezunu

40. Ülkemizde sağlık yöneticisi olmak istemeyen hekimlerin sebepleri sizce nelerdir? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Fiziksel şiddet ve yorgunluk ☐ Psikolojik şiddet ve tükenmişlik
☐ Ek bir eğitim gerektirdiğini düşünme ☐ İstese de olamayacağını düşünme
☐ Yüksek sorumluluk düzeyi ☐ Diğer:

41. İyi bir sağlık yöneticisinde olması gerektiğini düşündüğünüz temel özellikler nelerdir? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ İletişim becerilerinin iyi olması
☐ Sağlık yönetimi ile ilgili eğitim almış olması
☐ Kişisel özellikler (sabırlı, soğukkanlı olmak vs)
☐ Tıbbi ve hukuksal bilgi düzeyinin yüksek olması
☐ Diğer:

42. Ülkemizde sağlık yöneticiliğini ve sağlık yönetiminin işleyişini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ☐ Başarılı ☐ Kararsızım ☐ Başarısız

KLİNİK LİDERLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki konularda bilginiz veya becerileriniz açısından en doğru olduğunu düşündüğünüz yanıtı 1'den 3'e kadar olan ölçekte seçiniz

	Neredeyse Asla (1)	Bazen (2)	Neredeyse Her Zaman (3)
1. Kendi değer ve ilkelerimin, davranışımı nasıl etkilediğini ve diğerleri üzerindeki etkilerinin ne olduğunu düşünürüm.			
2. Güçlü ve zayıf yanlarıma ilişkin diğer kişilerden geri bildirim almak ve davranışımı buna göre değiştirmek isterim.			
3. İşimi yaparken; baskı altında sakin ve odaklanmış kalırım.			
4. İş yükümü planlar, sorumluluklarımı istikrarlı bir biçimde yerine getiririm.			
5. Öğrenmek ve kendimi geliştirmek için sürekli olarak fırsat ararım.			
6. Öğrendiklerimi uygulamaya koyarım.			
7. Diğer insanların kültürüne, inançlarına ve yeteneklerine saygı duyarım ve onlara karşı; açık, dürüst ve kapsayıcı bir şekilde davranırım.			
8. Etik kavramlar veya değerlerin zarar gördüğünü hissettiğimde, bunu dile getiririm.			
9. Diğerleriyle ortak çalışmanın hasta bakımına katkı sağlayacağı durumlarda, fırsatları değerlendiririm.			
10. İş ağıları arasında, bilgi ve kaynak paylaşımı yaparım.			
11. Diğerleriyle açık ve etkili bir iletişim kurarım.			
12. Diğerlerinin ihtiyaçlarını ve duygularını önemser, onları dikkate alırım.			
13. Diğerlerinin sağlayacağı katkı ve görüşleri, her zaman isterim.			

	Neredeyse Asla (1)	Bazen (2)	Neredeyse Her Zaman (3)
14. Çıkar çatışmalarını ve fikir ayrılıklarını, rahatlıkla yönetebilirim.			
15. Doğru insanlarla doğru zamanda bir arada olduğumda, takım liderliği konusunda kendimi öne sürerim.			
16. Takım içinde diğerlerinin çabalarının farkında olur ve onları takdir eder, takımın kararına saygı duyarım.			
17. Plan geliştirirken; hastalardan, hizmet kullanıcılarından ve iş arkadaşlarımdan gelen geri bildirimleri kullanırım.			
18. Mevcut seçenekleri, fayda ve riskler açısından değerlendiririm.			
19. Belirlenen kaynaklar dâhilinde, güvenli ve etkin hizmetler sunarım.			
20. Kaynaklar, etkili ve verimli olarak kullanılmadığında; harekete geçerim.			
21. Rollerin ve sorumlulukların geliştirilmesinde, takım üyelerini desteklerim.			
22. Diğerlerine, net bir amaç ve yön belirlerim.			
23. Performansa ilişkin pek çok kaynaktan edindiğim bilgiyi, incelerim.			
24. Performansı geliştirmek için harekete geçerim.			
25. Hasta güvenliğinde eksiklikler gördüğümde, harekete geçerim.			
26. Hasta güvenliğini geliştirmek ve riski en aza indirmek için, uygulamaları gözden geçiririm.			
27. Hizmet sunumunun iyileştirilmesine katkıda bulunmak için; hastalar, hasta yakınları ve hizmet kullanıcılarından gelen geri bildirimleri kullanırım.			
28. Hizmetlerimizi yapıcı bir şekilde değerlendirmek için, diğerleriyle çalışırım.			

	Neredeyse Asla (1)	Bazen (2)	Neredeyse Her Zaman (3)
29. Hizmet kalitesini geliştirmek için fikirler öne sürerim.			
30. Çeşitli insanlarla yeni fikirler hakkında yapılacak tartışmaları teşvik ederim.			
31. Değişiklik ihtiyacının, insanlar ile hizmetler üzerindeki etkisini dile getiririm.			
32. Değişikliğin sağlanması için kendim odaklanır ve diğerlerini de bu konuda motive ederim.			
33. Değişim faktörlerini (örn. Siyasi, sosyal, teknik, ekonomik, örgütsel, mesleki çevre) tanımlarım.			
34. Gelecekte değişim ihtiyacı doğuracak zorlukları tahmin eder, bunları diğerlerine iletirim.			
35. Hizmetlerin iyileştirilmesi için, veri ve bilgileri kullanırım.			
36. En iyi uygulamaya ulaşmak için; bilgi ve kanıtların kullanılması yönünde diğerlerini de etkilerim.			
37. Karar verirken; hizmet değerlerini ve önceliklerini dikkate alır, anahtar kişi ve gruplara danışırım.			
38. Hizmetlerin geleceği ile ilgili olarak; resmî ve gayri resmî karar verme süreçlerine aktif olarak katılırım.			
39. Yeni yöntemleri uygulamaya koymak adına, sorumluluk alırım.			
40. Değişimlerin, hastalar ve hizmet sunumu üzerindeki etkisini değerlendiririm.			

DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES ÖLÇEĞİ-21 (DASS-21)

Son 2 haftada aşağıdaki semptomlardan hangilerini, ne şiddette yaşadınız	Bana hiç uygun değil (0)	Bana biraz uygun (1)	Bana genellikle uygun (2)	Bana tamamen uygun (3)
Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim (A)				
Soluk almada zorluk çektim (örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi) (A)				
Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim (A)				
Panik haline yakın olduğumu hissettim (A)				
Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim (A)				
Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu (A)				
Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim) (A)				
Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim (D)				
Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım (D)				
Birey olarak değersiz olduğumu hissettim (D)				
Hayatın değersiz olduğunu hissettim (D)				
Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim (D)				
Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu (D)				
Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım (D)				
Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim (S)				
Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi (S)				
Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim (S)				
Alıngan olduğumu hissettim (S)				
Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim (S)				
Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum (S)				
Kışkırtılmakta olduğumu hissettim (S)				



EK 2. Proje Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.07.2022-145570



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı : E-94603339-604.01.02-145570

Konu : Proje Onayı

26.07.2022

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALINA

Anabilim Dalınızda görev yapmakta olan Arş. Gör. Dr. Öykü Su Tulumtaş tarafından yürütülecek KA22/299 nolu "Tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri, klinik liderlik algıları ve sağlık yönetimine bakışlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 06/7/2022 tarih ve 22/140 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Prof. Dr. Feride İffet ŞAHİN
Kurul Başkanı V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BS5BD4YRRC

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/baskent-universitesi-ebys>

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Telefon No:0 312 212 90 65 Faks No:0 312 221 37 59

e-Posta:arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi:www.baskent.edu.tr

Kep Adresi:baskentuniversitesi@hs02.kep.tr

Bilgi için: LiliFER TAŞBİLEK
Sekreter

Telefon No: 2129065-2228





1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA22/299	22/140	06/07/2022

Halk Sağlığı Anabilim Dalında görev yapmakta olan Arş. Gör. Dr. Öykü Su Tulumtaş tarafından yürütülecek olan KA22/299 nolu “Tıp fakültesi öğrencilerinin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri, klinik liderlik algıları ve sağlık yönetimine bakışlarının değerlendirilmesi” başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.