



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTANELERDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN ANKSİYETE
DÜZEYLERİ, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Mehmet Çağatay YILDIRIM

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Eylem ÖZTEN

İstanbul, 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTANELERDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN ANKSİYETE
DÜZEYLERİ, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Mehmet Çağatay YILDIRIM

164102019

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Eylem ÖZTEN

İstanbul, 2019



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164102019
Öğrenci Adı Soyadı	: Mehmet Çağatay YILDIRIM
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Eylem ÖZTEN
Tezin Başlığı	: Hastanelerde Çalışan Sağlık Personellerinin Anksiyete Düzeyleri, Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 21.02.2019	Saati	: 10:00
Öğrenci Savunmaya	: ☒ GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUGU ☒ Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) ☐ Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: ☒ Değişmedi. ☐ Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: ☐ GELMEDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, ☐ OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Dr. Öğr. Üyesi Eylem ÖZTEN	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Başak AYIK	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN	

YEMİN METNİ

Bu çalışmadaki bütün bilgileri akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak elde edip sunduğumu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri ve sonuçların kaynağını kurallarına uygun şekilde gösterdiğimi beyan ederim.

Mehmet Çağatay YILDIRIM



ÖNSÖZ

Bu araştırmada, özel hastanelerde çalışmakta olan doktor ve diğer sağlık personellerinin yaşamış oldukları depresyon düzeyi, anksiyete düzeyi ve yaşam düzeyine ne seviyede etki ettiği incelenmiştir.

Araştırmanın her basamağında bana yol gösterip tez konumu seçmem konusunda bana yardımcı olan, akademik bir seviyede hareket edebilmem konusunda bana destek veren danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Eylem ÖZTEN'e sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans da eğitim gördüğüm süreç içerisinde bana destek veren hocalarıma ve aileme; Malatya İlindeki Özel Malatya Gözde Hastanesi, Özel Malatya Park Hastanesi ve Özel EGM Hayat Hastanesi yöneticilerine sonsuz teşekkür ediyorum.

Mehmet Çağatay YILDIRIM

ÖZET

(YILDIRIM, Çağatay, Yüksek Lisans İstanbul, 2019)

HASTANELERDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİ, DEPRESYON DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bireyde isteksizlik, karamsarlık, güvensizlik, dikkat dağınıklığı gibi belirtileri olan depresyon ile bireyin karşılaştığı olumsuz uyarılara karşı uzun süreli kaygı hali olarak açıklanan anksiyete seviyeleri yaşam kalitesini etkileyen iki önemli unsurdur. Bu sebeple bireylerin depresyon ve anksiyete seviyelerinin belirlenmesi yaşam kalitelerinin yükseltilmesi açısından önemlidir. Sağlık personellerinin depresyon, anksiyete düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan araştırmada; 2018-2019 yılında Malatya ilinde bulunan üç ayrı özel hastanede çalışmakta olan doktor ve diğer sağlık personelleri arasından raslantısal olarak seçilen 50 doktor 50 diğer sağlık personeli olmak üzere 100 kişi örneklem grubu olarak belirlenmiştir. Araştırma verilerinin elde edilmesi için anket formu kullanılmıştır. Örneklem grubunun kişisel bilgilerini belirlemek için “Sosyodemografik Form”, depresyon düzeylerini belirlemek için “Beck Depresyon Ölçeği”, anksiyete düzeylerini belirlemek için “Beck Anksiyete Ölçeği” ve yaşam kalitelerini belirlemek için “Whoqol- Bref (TR) Ölçeği” kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, hastanede çalışan sağlık personellerinin Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları ile yaşam kalitesinin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alt boyutları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların yaş, meslek, medeni durum, aylık gelir ve nöbet tutma değişkenleri ile yaşam kalitesinin bedensel ve çevre alt boyutları arasında, cinsiyet ve eğitim değişkenleri ile yaşam kalitesinin bedensel, ruhsal ve çevre alt boyutları arasında, mesleğini isteyerek seçme ve statü değişkenleri ile yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt boyutu arasında, günlük çalışma süresi ve kıdem değişkenleri ile yaşam kalitesinin bedensel ve sosyal çevre alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon Düzeyi, Anksiyete Düzeyi, Yaşam Kalitesi, Sağlık Personelleri

ABSTRACT

(YILDIRIM, Çağatay, Master's Degree Istanbul, 2019)

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY LEVELS, DEPRESSION LEVELS AND QUALITY OF LIFE IN HEALTH PERSONNEL WORKING IN HOSPITALS

Depression with symptoms such as unwillingness, pessimism, distrust, distraction and anxiety levels defined as a state of long-term worry against negative stimuli faced by the individual are two important factors affecting the quality of life. Therefore, determining the levels of depression and anxiety of individuals is important in terms of improving their quality of life. In a study performed to investigate the relationship between depression, anxiety levels and quality of life of health personnel, the sample consisted of 100 individuals, namely 50 physicians and 50 other health personnel who were randomly selected among the physicians and other health personnel working in three private hospitals in Malatya Province in 2018-2019. Questionnaires were used to obtain the research data. "Sociodemographic Form" was used to determine the personal information, "Beck Depression Scale" was used to determine the depression levels, "Beck Anxiety Scale" was used to determine anxiety levels, and "Whoqol-Bref (TR) Scale" was used to determine the quality of life of the sample group.

As a result of the study, it was determined that there was a negative relationship between the Beck Anxiety Scale and Beck Depression Scale scores of the health personnel and the physical, mental, social and environmental subscales of the quality of life. Statistically significant difference was found between age, occupation, marital status, monthly income and being on duty variables and the physical and environmental subscales of the quality of life; between gender and education variables and physical, mental and environmental subscales of the quality of life; between choosing the profession willingly and status variables and social relations subscale of the quality of life; between daily working hours and seniority variables and physical and social environment subscales.

Key Words: Depression Level Anxiety Level, Quality of Life, Health Personnel

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ.....	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR VE SEMBOLLER DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Cümlesi	3
1.2. Hipotezler	4
1.4. Sınırlılıklar.....	5
1.5. Tanımlar	6
1.5.1. Depresyon	6
1.5.2. Anksiyete	6
1.5.3. Yaşam Kalitesi.....	6
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	6
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	8
2.1. DEPRESYON	8
2.1.1. Depresyonun Epidemiyolojisi.....	10
2.1.2. Depresyon Belirtileri.....	11
2.1.2.1. Duygusal belirtiler.....	11
2.1.2.2. Bilişsel belirtiler	12
2.1.2.3. Davranışsal belirtiler	12
2.1.2.4. Fiziksel belirtiler	13
2.1.3. Depresyonda Risk Faktörleri	13
2.1.4. Depresyon Türleri	16
2.1.4.1. Majör depresyon.....	17
2.1.4.2. Bipolar bozukluk.....	18
2.1.4.3. Distimi.....	18
2.1.4.4. Maskeli Depresyon.....	19

2.1.4.5. Atipik Depresyon	19
2.1.4.6. Diğer Depresyon Türleri	20
2.2. ANSİYETE	20
2.2.1. Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	21
2.2.2. Anksiyetenin Belirtileri.....	22
2.2.3. Anksitede Risk Faktörleri	22
2.2.4. Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması.....	23
2.3. YAŞAM KALİTESİ.....	26
2.3.1. Yaşam Kalitesi Göstergeleri	27
2.3.1.1. Cinsiyet	27
2.3.1.2. Yaş	27
2.3.1.3. Medeni Durum	28
2.3.1.4. Eğitim.....	28
2.3.1.5. Gelir	28
2.3.1.6. Sağlık	29
2.3.1.7. Sosyal Destek.....	29
2.3.1.8. Yaşanılan Konut ve Özellikleri.....	29
2.3.1.9. İş Yaşamı.....	30
2.3.1.10. Boş Zaman Faaliyetleri	30
YÖNTEM.....	31
3.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ YOPLAMA ARAÇLARI	31
3.2. VERİLERİN TOPLANMASI	32
3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM	32
3.4. ARAŞTIRMANIN ANALİZİ	32
4. BULGULAR	34
4.1. KULLANILAN ÖLÇEKLERE AİT GÜVENİRLİK ANALİZLERİ.....	34
4.2. KATILIMCILARA AİT TANIMLAYICI BULGULARI.....	34
4.3. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BAÖ, BDÖ VE YAŞAM KALİTESİ PUANI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ	38
4.4. KORELASYON ANALİZİ.....	56
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	60
6. SONUÇ	66

KAYNAKÇA.....	67
EKLER.....	72
EK 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BİLGİ FORMU	72
EK 2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ).....	73
EK 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ(BDÖ).....	74
Ek 4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR).....	76
Ek 5. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu Belgesi.....	80
Ek 6. Hayat Hastanesi Anket İzin Belgesi	81
Ek 6. Özel Malatya Park Hospital Anket İzin Belgesi	82
Ek 7. Gözde Akademi Hastanesi Anket İzin Belgesi	83
ÖZGEÇMİŞ	84

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Majör Depresyon Dönemi (DSM-5)	17
Tablo 2.2. DSM-5'e Göre Anksiyete bozukluklarının güncel sınıflandırması	24
Tablo 4.1. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları	34
Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=100).....	35
Tablo 4.3. Katılımcıların Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	36
Tablo 4.4. Katılımcıların Alışkanlık ve Sağlık Durumuna Göre Dağılımları	37
Tablo 4.5. Katılımcıların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algılarının Dağılımı	38
Tablo 4.6. Katılımcıların BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Aldıkları Puanlarının Dağılımı	38
Tablo 4.7. Yaş Değişkenine Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu.....	39
Tablo 4.8. Mesleğine Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu.....	40
Tablo 4.9. Cinsiyete Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu.....	40
Tablo 4.10. Eğitim Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	41
Tablo 4.11. Medeni Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	42
Tablo 4.12. Çocuğu Olma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	43
Tablo 4.13. Çocuk Sayısına Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu.....	44
Tablo 4.14. Mesleği İsteyerek Seçme Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	44
Tablo 4.15. Aylık Gelire Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu.....	45
Tablo 4.16. Statüsüne Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu.....	46
Tablo 4.17. Günlük Çalışma Süresine Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	46
Tablo 4.18. Kıdeme Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu.....	47

Tablo 4.20. Halen Nöbet Tutma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	49
Tablo 4.22. Bir Psikiyatrik Hastalık Geçirme Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	51
Tablo 4.24. Halen Tedavi Gördüğünüz Önemli Bir Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	52
Tablo 4.26. Sigara Kullanma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	54
Tablo 4.27. Günde Kaç Tane Sigara Tüketimine Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	55
Tablo 4.28. Alkol Kullanma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	55
Tablo 4.29. Alkol Tüketme Sıklığına Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu	56
Tablo 4.30. Korelasyon Analizi.....	57

KISALTMALAR VE SEMBOLLER DİZİNİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvulsif Tedavisi
Ort.	: Aritmetik ortalama
S.O	: Sıra ortalaması
S.T	: Sıra toplamı
SS	: Standart sapma
TR	: Türkiye
WHOQOL-BREF-TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

1. GİRİŞ

Depresyon; toplumda görülme oranı yüksek, zamanla tekrarlamaların gözlemlendiği, toplumda beş insandan birinin yaşamlarının belirli bir sürecinde tecrübe etmekte olduğu hastalıktır. Depresyon hastaları herhangi bir eyleme karşı isteksiz kalma, karamsar bakış açısı, hayattan tat alamama, güven eksikliği ve dikkat dağınıklığı gibi belirtiler taşımaktadırlar (Mete, 2008).

Depresyon hastalığını etiyolojik olarak incelediğimizde yeterli düzeyde bilgi sağlanamamıştır. Sebepleri araştırıldığında sosyal, biyolojik ve genetik alt yapıları olduğu sonucuna varılmıştır. Depresyonun günümüzde bu üç temel sebep sonucu ortaya çıktığı düşünülse de bu süreçten önce psikolojik kuramlarla da izah edilmeye çalışılmıştır (Yemez ve Alptekin, 1998).

Depresyonun kişiler üzerinde tansiyon, diyabet ve kalp rahatsızlıkları gibi kronik hastalıklara göre ruhsal durumu daha fazla etkilediği görülmektedir (Hays et al. 1995).

Cinsiyet kavramı da depresyon belirtilerin ortaya çıkmasında önemli bir faktördür. Kadınlarda ki görülme sıklığına bakıldığında, hormonal özellikler ve hamilelik dönemi depresyon belirtilerini önemli düzeyde ortaya çıkarmaktadır. Kadınlardaki bu süreçlerin depresyon hastalığına yakalanma olasılığını %25'lere kadar çıkardığı düşünülmektedir (Yemez ve Alptekin, 1998).

Günümüz şartları altında zaman ilerledikçe iş hayatı ve sosyal yaşam içerisindeki zorlukların artması, beraberinde gelen stres, bireylerin ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Karamsarlığın getirdiği duyguların bireyler üzerinde görülmesi, depresyona sebep verebilmektedir (Akman ve Abaslı, 2016).

Yapılan bir araştırmada, 70 ruh sağlığı hastanesinden, 30 genel hastaneden olmak üzere toplam 100 kişiden oluşan hemşire grubuna depresyon ile bağlantılı sorulardan oluşan bir anket verilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde; ruh sağlığı hastanesinde çalışan hemşireler depresyonun bir hastalık olduğunu düşünürken, genel hastanede çalışan hemşireler bu durumun bir hastalık olmadığını belirli dönemlerde her

insanın bu süreci yaşadığını belirtmişlerdir. Verilen cevaplar değerlendirildiğinde genel hastanede çalışan grubun depresyon hakkında psikolojik eğitim almalarının gerekebileceği kanısına varılmıştır. Bu nokta depresyonun tanı kriterlerinin bilinmesinin önemi vurgulanmıştır (Eşsizoğlu ve Arısoy, 2008).

Kaygı, canlının dış tehditler tarafından uyarılmasıyla ortaya çıkan ve bu tehditler karşısında savunma mekanizmalarının tetiklendiği duyguların tamamını kapsamaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2000).

Bireyin maruz kaldığı olumsuz uyarılar sonucunda ortaya çıkan kaygının uzun süre devam etmesi anksiyeteye sebep olmaktadır. Uzun vadede anksiyete yaşanması bireyin ruhsal, sosyal ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Sabuncu vd. 2008).

Anksiyete yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen bir duygu olmasının yanında düşük seviyede tutulduğunda bireyin çevresini doğru şekilde analiz etmesini sağlayabilecek yararlı bir tarafı da bulunmaktadır (Uzun, 2008).

Hastane çalışanlarının iş koşullarının zor olması, çalışanlardaki kaygı seviyesini arttırdığı yönünde genel bir kabul bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda hastane ortamında çalışan personellerin tümünde oluşan kaygı ile birlikte depresyon görülme olasılığının yüksek olduğu kanısına varılmıştır (Hoffmanand and Scott, 2003).

Sağlık kurumlarının personellerine sağladığı imkânlar sağlık personellerinin stres düzeyini doğrudan etkilemektedir. Hastanenin donanımsal eksiklikleri, hasta sayısının fazla olması, sağlık çalışanlarının yetersiz olması personeller üzerinde strese sebep olduğu gözlemlenmiştir (Laal and Aliramaie, 2010).

Sağlık üzerindeki iyi oluş derecesinin ölçülebilmesi düşüncesiyle yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır. Bu kavram ile birlikte kişideki sağlık düzeyi, sosyal yaşantı, ruhsal durum değerlendirilmekte ve bu konularda yaşanan sorunların yaşam kalitesine ne düzeyde etki ettiği incelenmektedir (Testa and Simonson, 1996).

Hastaneler de çalışan personellerin büyük bir çoğunluğunun sürekli bir biçimde stres oluşturan görevlere maruz kaldıkları gözlemlenmiştir. Sebepleri incelendiğinde

personellerin yerine getirmesi gereken iş yoğunluğunun fazla olması, hastane ortamındaki sağlığı tehdit eden koşullar, sürekli gözlemlenen ölümlerin çalışanlar üzerinde bir ölüm anksiyetesi ve çöküntüye sebep olması gibi etkenler göze çarpmaktadır (Mosadeghrad vd. 2001).

Yaşam bir bütün olarak ele alındığında bireyin çalıştığı ortam ve koşulları yaşam kalitesinden ayrı tutmak fikri imkânsız kılınmaktadır. Buna sebep olarak da bu etkenlerin iç içe ve birden fazla etkiyi birlikte taşıması gösterilmiştir (Schulze, 1998).

Bireyin çalıştığı ortam içerisindeki yaşam kalitesinin artması için; kurumda uygun çalışma koşulları sağlanması, birey kurum içinde ihtiyaç duyulan ve kuruma katkısının olduğu yönünde bir düşünce içinde olması, mesleki gelişimini destekleyecek bir ortam oluşturulması gerekmektedir (Özkalp ve Kirel, 2001).

Yapılan araştırmalar, çalışan bireylerin çalışma koşullarının sadece iş ortamlarındaki ruh hallerini değil, aynı zamanda sosyal yaşamlarındaki koşulları da olumsuz yönde etkilediğini, sağlığın ve ruhsal doyumun çalışma şartları ile bağlantılı olduğunu savunmuşlardır (Ballou and Godwin, 2007).

Hizmet sektörünün bütününe bakıldığında, her sektörde olduğu gibi sağlık sektörünün temelinde de insan vardır. Sağlık kurumlarında çalışan personellerin yaşam kalitesini iyileştirme çalışmaları kapsamında güvenli çalışma ortamı sağlayarak hizmet verilen hastaların bakımlarına ve kurumsal menfaatlere fayda sağlanabilecektir. Bu sebeple, sağlık sektöründe çalışanların depresyon ve anksiyete düzeylerinin araştırılması önem arz etmektedir.

Bu çalışmada, sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

1.1. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesi; hastanelerde çalışan sağlık personellerinin depresyon, anksiyete düzeyleri ve yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır? Şeklinde belirlenmiştir.

1.2. Hipotezler

1. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
2. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile meslekleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
3. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
4. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile çocuk sahibi olmaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
7. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile mesleği isteyerek seşmeleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
8. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile aylık gelir seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
9. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile statüleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
10. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile günlük çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
11. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile kıdemleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
12. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile haftalık toplam çalışma süreleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

13. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile nöbet tutmaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

14. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile karşılaştıkları hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

15. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile psikolojik tedavi geçmişleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

16. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile ailesinde psikiyatrik hastalık geçiren biri olma durumu arasında bir ilişki var mıdır?

17. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile halen tedavi gördüğü kronik bir hastalığının olma durumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

18. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile stres altında olmaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

19. Hastanede çalışan sağlık personellerinin anksiyete, depresyon düzeyleri ve yaşam kaliteleri ile sigara ve alkol kullanmaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.4. Sınırlılıklar

1. Araştırma Malatya ili Battalgazi ilçesinde bulunan Malatya Gözde Hastanesi, Malatya Park Hastanesi ve zel EGM Hayat Hastanesi'nden seçilmiş olan 100 kişinin verileri ile sınırlıdır.

2. Bireylerin sosyodemografik bilgi formuna verdikleri cevaplara ait veriler ile sınırlıdır.

3. Beck Depresyon leğinin ölçtüğü veriler ile sınırlıdır.

4. Beck Anksiyete leğinin ölçtüğü veriler ile sınırlıdır.

5. Whoqol Bref (TR) Yaşam Kalitesi leğinin ölçtüğü veriler ile sınırlıdır.

1.5. Tanımlar

1.5.1. Depresyon

Depresyon; toplumda görülme oranı yüksek, zamanla tekrarlamaların gözlemlendiği, toplumda beş insandan birinin yaşamlarının belirli bir sürecinde tecrübe etmekte olduğu hastalıktır. Depresyon hastaları, herhangi bir eyleme karşı isteksiz kalma, karamsar bakış açısı, hayattan tat alamama, güven eksikliği ve dikkat dağınıklığı gibi belirtiler taşımaktadırlar (Mete, 2008).

1.5.2. Anksiyete

Açıklanması zor olan, kişinin korku ve endişe içinde olduğu ve bu duyguları kontrol etmekte zorlandığı durumların geneline anksiyete denilmektedir (Türkçapar, 2004).

1.5.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, içerik olarak ele alındığında geniş bir alana sahip olan kavramdır ve toplum içerisinde yaşamakta olan bireyin temel ihtiyaçlarının, sosyal beklentilerinin yerine getirilmesi ve toplumsal olanaklardan faydalanması şeklinde tanımlanır (The WHOQOL Group. 1995).

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı, özel hastanede çalışmakta olan doktor ve diğer sağlık personellerinin yaşamış oldukları depresyon ve anksiyete düzeylerinin yaşam kalitelerine ne seviyede etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Hastanelerde birçok meslek grubuna ait çalışanlar bir arada bulunmaktadır. Doktorlar, hemşireler, teknisyenler, sekreterler, laborantlar, hasta bakıcıları vs. Bu çalışanların hepsinden beklenen hizmet; çalıştıkları hastaneye başvuruda bulunan hastaların hepsinin gerekli bakımı ve tedaviyi görmeleri konusunda bu kişilere yardımcı olmalarıdır. Sağlık çalışanlarının hepsi meslekleri gereği hayati önem taşıyan faaliyetlerde

bulunmaktadırlar ve bu durum, sağlık personelleri için önemli bir sorumluluktur. Bu denli önemli, hassas bir sektörde hizmet vermek doğal olarak bir noktadan sonra bu personellerde depresyon, anksiyete ve yaşam kaliteleri konusunda değişimlere sebep olabilmektedir.

Üzerlerindeki hayati sorumlulukla çalışan sağlık personellerin yaşamlarında bir takım problemler yaşamaları muhtemeldir. Bu çalışmada hastanelerde çalışan sağlık personellerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerindeki etkileri incelenerek, bu alanda yapılan araştırmalara katkıda bulunulması hedeflenmiştir.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. DEPRESYON

Depresyon, sensomotorik duyarlılığın azalmasının en hafif biçimi, ruhsal veya bedensel düşkünlük durumu, genel davranışların hafif derecede azalması, sensomotorik duyarlılığın azalmasıdır (<http://www.tdk.gov.tr>, 2018). Depresyon, Latince kökenli bir terimdir. Kökeni “depressus” kelimesinden gelmektedir. Depressus, bitkin veya hüzünlü gibi anlamlar karşılığında kullanılmıştır. Türkçede ise ruhsal düşkünlük veya bitkinlik şeklinde tanımlanmıştır.

Depresyonun temelinde bir ya da birden çok sebep bulunabilir. Depresyon süresince kişide ki duygu durum seviyesinde artış ve azalışlar görülebilir. Depresyonun literatürde pek çok karşılığı bulunsa da temelde bitkin veya yüksek duygu durum anlamı taşımaktadır. Bireyin deneyimlemekte olduğu bu süreç, bireysel yaşantısı ile doğrudan etkileşim içerisindedir. Depresyon literatürdeki en eski hastalıklardan bir tanesidir.

Depresyon hastalığı, ortaya çıkması ve tedavi edilmesi yönünden zor olan bir rahatsızlıktır. Depresyonu sadece çöküntü olarak ele almamız doğru değildir. Depresyon gerilemiş fiziksel fonksiyon, dikkat bozukluğu, değersizlik duygusu, isteksiz hal ve hareket gibi belirtilerin görüldüğü bir duygu durumudur (Karayağız, 2013).

Depresyon; görülme oranı yüksek, zamanla tekrarlamaların gözlemlendiği, toplumda beş insandan birinin yaşamlarının belirli bir sürecinde tecrübe etmekte olduğu hastalıktır. Depresyon hastaları herhangi bir eyleme karşı isteksiz kalma, karamsar bakış açısı, hayattan tat alamama, güven eksikliği ve dikkat dağınıklığı gibi belirtiler taşımaktadırlar (Mete,2008).

Yaşamakta olduğumuz dünya üzerinde; toplum nüfusun artması, şehir ortamında karşılaşılan sorunlar, sosyal yardımlaşma ve iletişimin bozulması, strese yol açan nedenlerin artması, bu duruma karşın başa çıkma yöntemlerinin yetersizleşmesi, ekonomik zorluklar depresyonun ortaya çıkışını arttıran sebepler olarak öne çıkmaktadır (Kocacık ve Gökkaya, 2005).

Bireye maddi ve duygusal destek sağlamakta olan bütün yardımlar, sosyal yardım olarak görülmektedir. Bazı dönemler bireyin sorunlar karşısında başa çıkma yöntemlerinin yetersiz kalması sonucunda, bireyin dıştan gelen yardımlar sayesinde depresyon sürecini daha sağlıklı aştığını gözlemlemektedir. Toplumsal düzen bireyselleşmeye doğru gitmektedir ve bu durum aile bağlarının kopmasında ve ilişkilerin temel duygulardan sapmasına sebep olmaktadır. Bu sonuçlar karşısında sosyal yardımlaşmanın azalması ile kişilerdeki depresyon derecesinde artma görülmektedir.

Depresyon, yoğun kaygı dönemi ve anksiyete bozukluğunun belirtilerinin artış gösterdiği bir dönemde görülebilir. Bu noktada sosyal yardımlaşmanın varlığı, depresyon belirtilerini azaltıcı bir etken olabilir (Çakır, 2009).

Depresyon belirtileri gözlemlenen bireylerde davranışsal veya sözel olarak verilen olumsuz uyarılar karşısında tepki seviyesinde azalma, bütün eylemlere ve etkinliklere karşı ilgisiz kalma, fiziksel özelliklerdeki (kilo gibi) olumsuzluklar, uzun vadeli ve sık görülen uyku problemleri, kişinin benlik değerinde azalma ve sürekli tekrarlayan ölüm düşünceleri sonucunda ortaya çıkan psikopatolojik durumdur. Fakat depresyonu sadece psikopatolojik bir durum olarak değerlendirmek doğru değildir.

Depresyon bozuklukları belirtilerine göre araştırıldığında; depresyon birbirleri ile bağlantılı olan birçok depresyon türü olduğu gözlemlenmiştir. Bu türlere baktığımızda yaşanan sıklık, duygu, durum ve zamana göre kategorilere göre ayrılabilir.

Majör depresyon, bireyin iki hafta içerisinde karşılaştığı duygu durumun tanı kriterlerince ele alınması ile değerlendirilmesidir. Bu noktada bakılması gereken tanı kriterleri; bireyin her gün normal seviyenin üstünde uyuyamamak ile ilgili problemler yaşaması, hiçbir şekilde aktivitelere katılmak istememesi, bireyin istemeyerek de olsa kilo kaybetmesi şeklindedir. Görülme sıklığı her yaş için farklı olabiliyorken, ergenlik sonrası belirtilerin görülme aralığı 2 kat artabilmektedir (DSM-5, 2013).

Majör depresif bozukluğu her iki cinsiyet üzerinden değerlendirildiğinde, görülme sıklığı fazla olan yaş ortalaması 40 olarak saptanmıştır. Diğer taraftan 65 yaşın üzerinde olan bireylerde ise belirtilerin daha da ağırlaştığı tespit edilmiştir.

Depresyona bağlı ölüm oranı %3.5 civarı olduğu saptanmıştır. Yalnız majör depresyon bozukluğu belirtilerini taşıyan bireylerde bu oranın %15 seviyelerine kadar arttığı gözlemlenmiştir (Çakır, 2009).

2.1.1. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyonun dağılımı, bireylere ve ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. Depresyon bozukluklarında en fazla inceleme yapılan bozukluk, majör depresyon bozukluğudur. Yapılan incelemelerde yaşam boyu görülme olasılığı erkeklerde %5-12 aralığında iken, kadınlarda %10-25 aralığındadır (Savrun,1999).

Cinsiyet, depresyonun ortaya çıkmasında önemli bir faktördür. Yapılan birçok araştırmada kadınların erkeklerden daha sık depresif belirtiler yaşadığı saptanmıştır (Ünal ve Özcan, 2000).

Evli çiftler incelendiğinde, evliliğin kadınlarda depresyon belirtilerini arttırdığı görülürken, erkeklerde ise tam tersi şekilde azalttığı görölmektedir. Kadınların hamilelik, annelik, eş olmak gibi sorumluluklar içinde olması, kadınların depresyon belirtilerinin erkelere göre fazla olmasının sebepleri olarak gösterilmektedir (Savrun, 1999).

Türkiye üzerinde depresyon ile ilgili yapılan çalışmalarda 2000 yılı öncesi ve sonrası değerlendirildiğinde hızlı bir artış olduğu saptanmıştır. Türkiye üzerinde yapılan araştırmalarda bazı öncelikli şehirlerde depresyon belirtilerinin fazla olduğu ve sebepleri incelendiğinde kız çocuğu olmak, yoksul olmak, sosyal desteğin yetersiz kalması gibi nedenler saptanmıştır (Binbay vd. 2013).

60 yaş üzerinde olan yaşlı bireylerde görölen depresyon belirtilerinin erken fark edilmesi, geri kalan yaşamlarının olumlu yönde devam etmesi için oldukça önemlidir. Erken müdahale edilmesi yaşlı bireyin intihar düşüncesi içerisine girmesini engellemek içinde önem arz etmektedir (Ayyıldız, 2008).

Sağlık Bakanlığının Türkiye’de 7479 birey üzerinde yapmış olduğu bir araştırmada depresyon yaygınlığı %4 olarak tespit edilmiştir. En fazla görölen depresyon bozukluğu diğer ülkeler de olduğu gibi Türkiye’de de majör depresif

bozukluktur. Majör depresif bozukluğunun şehir merkezinde görülme sıklığının diğer yerlere göre çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaygınlık oranına bakıldığında erkeklerde %2.3, kadınlarda ise daha fazla bir oran olan %5,4 olduğu saptanmıştır (Kaya ve Kaya, 2007).

2.1.2. Depresyon Belirtileri

Depresyon belirtileri 4 ana başlık altında incelenmektedir (Şayan, 2010):

1. Duygusal Belirtiler
2. Bilişsel Belirtiler
3. Davranışsal Belirtiler
4. Fiziksel Belirtiler

Depresyon emosyonel bağlamda; özgüven eksikliği, anksiyete, yoğun üzüntü, değersiz hissetme, umutsuzluk, suçluluk, takıntılı düşünceler, karamsar düşünceler, çaresizlik, ölüm düşünceleri, dikkat eksikliği, hüznün, yorgun hissetme, enerjinin düşük olması, ileri düzeyde kilo kaybı, cinsel isteksizlik, yavaş hareket etme, kadınlarda adet düzeninde bozulma, toplumdan kendini soyutlama, intihar düşünceleri gibi belirtilerin görüldüğü ruhsal bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.

2.1.2.1. Duygusal belirtiler

Duygusal belirtiler depresyon içerisindeki en yoğun ve göze çarpan belirtilerendir. Bu belirtiler içerisinde ayırt edici olan üzgün duygusal durumdur. Yaşanmakta olan duygusal durum; karamsarlık, keder, mutsuzluk, hüznün olarak da tanımlanmaktadır (Yakın, 2014).

Duygusal olarak bitkin olan kişi bir faaliyete ilgi duymaya ya da katılmaya karşı aciz durumdadır. Özgüveni düşük, kendini değersiz hisseden ve intihar düşüncesi içerisinde olan bir tavır sergilemektedir. Gün içerisinde sabah saatleri belirtilerin arttığı gözlemlenirken, akşam saatlerine doğru belirtilerde azalma ve kısmen bir düzelme olduğu görülmüştür.

Anksiyete, depresyon belirtileri taşıyan hastalarda yoğun görülmekte olan bir duygudur. Hastalar korku, endişe gibi duyguları engelleme konusunda yetersiz kalmaktadırlar. Bu durum sonucunda hasta da agresyon seviyesinde yükselme ve çevresindeki insanlara karşı ani parlamalar ve yüksek tepkiler verdiği görülmektedir (Gezer, 2008)

2.1.2.2. Bilişsel belirtiler

Depresyon belirtileri taşıyan bireyler, kendisi ile ilgili olumsuz düşünceler taşımaktadırlar. Olumsuz bir olay karşısında kendisini sorumlu tutmakta, hiçbir eylemi gerçekleştiremeyeceği düşüncesi içerisine girmektedirler. Bu belirtileri taşıyan kişiler gelecek ile ilgili karamsar düşünceler içerisindedirler. Sık bir şekilde ölüm ve intiharı düşünülmekte ve yan belirtiler olarak fobiler görülmektedir. Karar verme mekanizmaları zayıflamış, karar verdikleri takdirde ise pişmanlık yaşamaktadırlar (Yakın, 2014).

Depresyon hastaları kendilerini ifade etmekte zorlanmakta ve kelimeleri tek tek söylemeyi tercih etmektedirler. Hastaya bir soru sorulduğunda tek kelime ile ya da geç cevap verdikleri görülmektedir. Depresyon belirtileri taşıyan kişilerin büyük çoğunluğunun unutkanlıktan yana şikâyetleri olmaktadır. Herhangi bir konu üzerinde dikkat toplama hususun da zorlanmaktadırlar (Gezer, 2008).

2.1.2.3. Davranışsal belirtiler

Bireyde depresyonun görülmesi ile birlikte yavaş hareket etme ve eyleme karşı bir isteksizlik oluşmaktadır. Birey bir olayı gerçekleştirme ya da başlatma konusunda zorlanmaktadır.

Ağır depresyon hastalarının diğer depresyon hastalarına kıyasla belirtilerinin daha üst seviyede olması davranışlara da aynı doğrultu da yansımaktadır.

Ağır depresyon hastalarının eylemlerinde önemli seviyede azalma olabilir ve bu durumun sonucunda kambur bir şekilde oturma, mimiksiz ifadeler takınma, alçak ses tonu ile konuşma gibi durumlarla karşılaşmaktadır (Yakın, 2014).

Ajitesi yüksek olan bir depresyon hastası için ise sık bir şekilde gezinme, durmadan inleme tarzında sesler çıkarma, sürekli ellerini ovuşturma gibi zıt belirtilerin olduğu da gözlemlenmektedir (Gezer, 2008).

2.1.2.4. Fiziksel belirtiler

Uyku bozukluğu depresyon belirtileri taşıyan hastalar için evrensel bir belirtidir ve depresyon hastalığında görülen belirtiler arasında ilk sıralarda gelmektedir. Depresyon hastalarında normalden fazla uyuma veya normalin altında uyuma gözlemlenmektedir. Bu sonuca bağlı olarak uyku bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Uyumama ya da uykudan yorgun uyanma, erken uyanma gibi sorunlarla karşılaşmaktadır.

Depresyon hastalarında iştahsızlık ve ileri düzeyde kilo kaybı olduğu görülmektedir. Nadir durumlarda iştahta artış olduğu da görülmektedir ama genel süreçte iştahsızlık hâkimdir. İştahın arttığı durumlarda duygusal boşluğu doldurmak adına sık yemek yendiği görülmektedir. İştahsız hastalar geçmişte keyif alarak tükettiği besinlerden bu süreçte tat almaz ve zorunda kaldığı için tüketmektedirler.

Cinsel istekte kayıp yaşanması da bu hastalarda ortaya çıkan genel belirtilerdendir. Erkeklerde bakıldığında libidonun çok düşük seviyelerde olduğuna ve ereksiyon kaybı yaşadıklarına dair bilgi alınmaktadır.

Cinselliğin aksaklıklara uğraması erkekler üzerinde özgüven problemlerine de sebep vermektedir. Bu nokta da kullanılan antidepresan ilaçların yan etkileri ile birlikte orgazm ve sertleşme sorunlarının olduğu da görülmektedir (Gezer, 2008).

2.1.3. Depresyonda Risk Faktörleri

Depresyonun risk faktörleri üzerinde oldukça detaylı incelemeler yapılmıştır. Hastalığın sebebine bakıldığında tek bir faktör sorumlu tutulmamalıdır. Sosyal çevreyle olumsuz etkileşim ve genetik özellikler önemli görünmektedir. Ailesel yapı, kişilik özellikleri, cinsiyet kimliği (kadın olmak), yaşanan olumsuz anılar, eğitim seviyesinin yetersiz olması, fizyolojik rahatsızlıklar ve tedavileri, psikiyatrik bozukluklar depresyon

içerisindeki temel risk etkenleri olarak düşünülmektedir. Kişinin medeni hali, işsiz olması, sosyoekonomik durumun yetersiz olması, 18 ve 44 yaş aralığında olması diğer risk etkenleri olarak sayılmaktadır (Ertuğrul, 2010).

Yaş: Depresyonun ortalama başlamakta olduğu yaşlar 40 civarlarıdır. Hastaların çoğunluğunda depresyonun başlangıç yaşları 20-50 yaş aralığında değişmektedir. Birçok araştırma yaşlı ve çocuklarda depresyon belirtilerinin görülme ihtimalinin düşük olduğunu saptamıştır. 65 yaş için %1,7; 75 yaş üzerinde %3,2; 79 yaş üzerinde olan yaşlılar için ise %0,5 gibi düşük seviyede risk oranları saptanmıştır. Son dönemlerde 20 yaş altındaki bireylerin eski verilere göre depresyon belirtilerinin daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Belirtilerin kadın bireylerde 35-40 yaş aralığında, erkek bireylerde ise 55-70 yaş aralığında en üst seviyeye çıktığı tespit edilmiştir (Savrun, 1999).

Cinsiyet: Depresyon epidemiyolojisi ile ilgili genel verilerdeki ortak görüş, depresyon görülme sıklığının kadınlarda erkeklere göre daha üst seviyede, kadının erkeğe oranının yaklaşık olarak 2 olduğu saptanmıştır. Net bir oran verilmemekle birlikte depresyon belirtileri kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğuna dair araştırmalar mevcuttur. Kadınlarda bu oranın daha yüksek olmasıyla alakalı net bir bulgu olmasa da; hormon yapısı, toplumsal ve kültürel değer yargıları, çocuk yetiştirme tarzları, strese sebep olan faktörlere bağlanmaya çalışılmıştır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda da depresyon oranı kadın bireylerde daha yüksek saptanmıştır (Ertuğrul, 2010).

İrk ve Etnik Gruplar: Yapılan bir çalışmada majör depresyon dağılımının etnik grup ve ırklar üzerinde farklı bir durum göstermediği ve ırklar arasında görülmekte olan farklılıkların, büyük oranda ekonomik faktörler ile bağlantılı olduğu savunulmuştur. Siyah ırkta majör depresyon belirtilerinin daha az seviyede olduğu tespit edilmiştir (Ertuğrul, 2010).

Medeni Durum: Depresyon epidemiyolojisi ile ilgili araştırmalarda, incelenen başka bir özellik ise medeni durumdur. Sonuçlar incelendiğinde depresyon dağılımında medeni duruma göre farklılıklar görülmektedir. Yapılan birçok incelemede; ayrılmış boşanmış ya da dul bireylerde depresyon yüksek iken evli bireylerde ise daha düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Depresyon riskini arttıran sebeplerden bir diğeri ise evli

bireylerin ilişkilerinin kötü durumda olmasıdır. Boşanmadan sonraki 6 ay erkekler için riskli dönemdir. Türkiye’deki bir araştırmada boşanmış kişilerde depresyon oranı, diğer boşanmış kişilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yakın, 2014).

Genetik Faktörler ve Aile Öyküsü: Depresyonun genetik faktörler ile ilgili ilişkisini inceleyen ve epidemiyolojik verileri etkileyen araştırmalar linkage, evlatlık, ikiz ve aile çalışmalarıdır (Yakın, 2014).

Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları: Araştırmacılar ebeveyn tarafından sağlanan ve sürekliliği olan sevgi ve duyguların depresyon oluşumuna engel olduğu, ebeveyninden ayrılmanın ya da yaşanan kayıpların ilerideki yaşlar için gelişimsel açıdan risk faktörlerini arttırdığını ileri sürmüşlerdir. Spitz yaşamın ikinci 6 ayında bebeğin anneden ayrı kalması durumunda belirtilerin ortaya çıkabileceğini savunmuşlardır. Bireyi şekillendiren zaman aralığında ayrılık ve kayıp yaşanması, çocuğun ya bir savunma mekanizması oluşturarak depresyondan korunmasına ya da depresif bir yapıya bürünmesine sebebiyet verebilmektedir (Yakın, 2014).

Çocukluk Dönemi Yaşantıları: Çocukluk döneminde yaşanan depresyon ileride çocuğun kişilik gelişimini büyük ölçüde etkileyeceği için oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Depresyon bebeklerde sık görülmemektedir. Bebekte depresyon belirtilerine rastlanıyorsa bebek ile bakıcı arasındaki olumsuz durumu bize yansıtıyor demektir. Başka bir neden ise bebeğin ihtiyaçlarını bakıcının tam anlamı ile karşılamamış olmasıdır. Bu noktada “bakıcı” terimi sadece ücret ile çalışan kişi değil ebeveyn, akraba, ablayı da kapsamaktadır.

Çocuklardaki depresyon belirtilerini saptamak kolay olmayabilir. Çocuklarda belirtiler kendisini farklı klinik şekillerde gösterebilir. İlk çocukluk evresinde semptomlar değişken olduğu için genellikle temel davranışlardan yola çıkılarak tespit yapılmaktadır. Hırçın davranma, aşırı hareketli olma, zarar verme, içe kapanma gibi belirtiler gözlemlenebilmektedir. Duygusal olarak bakıldığında anlık değişkenler mevcuttur. Çocuk yetişkinden sevgi beklerken bir anda onu itebilir.

Ergenlik döneminde yaşanan depresyon gerek yetişkin döneminin başlangıcı olması gerek ise intihar düşüncelerinin yaygın olmasından dolayı oldukça önemlidir.

Belirtiler ne kadar yetişkinlerin taşımakta olduğu depresyon belirtilerine benzese de, çocukluk döneminde yaşanan depresyon belirtilerini de taşımaktadır. Bu özelliğe ergenlikte en çok dikkat çeken dürtüsellik eğilimi de eklenince, yetişkin depresyonundan daha farklı bir şekil kazanmaktadır (Gezer, 2008).

Hastalık Öncesi Klinik Özellikler: Başlı başına hiçbir kişilik yapısı depresyona yatkınlık sağlamamaktadır. Kişilik yapısı ne şekilde olursa olsun, her kişide riskli koşullarda depresyon görülebilmektedir. Depresyona yatkın kişiler genellikle çevresindeki bireyleri mutlu etmeye çalışan, insanları incitmek istemeyen ve iyiliksever eğiliminde olan insanlardır (Yakın, 2014).

Sosyal Destek ve Sosyoekonomik Durum: Kesin bir bilgi olmamakla birlikte sosyoekonomik durumun yetersizliği ile depresyon arasında bir bağ olduğu düşünülmektedir. Sosyoekonomik sınıfı düşük şartlarda çalışan kadınlarda depresyon oranları, sosyoekonomik şartları daha iyi durumda olan kadınlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Kırsal kesimde görülen depresyon oranının şehirlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Türkiye’de yapılan araştırmalar bu konuda net bir sonuç vermese de, desteklediği noktalar olmaktadır (Savrun, 1999).

2.1.4. Depresyon Türleri

Depresyon, kişinin sosyal, fizyolojik ve ruhsal halinde farklı değişikliklere yol açmakla birlikte, birçok farklı klinik hastalığı da tek bir başlık altında bir araya getiren geniş kapsamlı bir kavramdır. Birçok klinik hastalıkta görüldüğu gibi depresyonun da kendi içinde türleri vardır. Öne çıkmakta olan belirtilere, belirtilerin ne kadar devam ettiğine ve bu belirtilerin bireyin günlük yaşamındaki hal ve hareketlerini ne seviyede olumsuz etkilediğine dair tanı kazanır (Ertuğrul, 2010).

Depresyon türleri;

1. Majör Depresyon
2. Bipolar Bozukluk
3. Distimi
4. Maskeli Depresyon

5. Atipik Depresyon

6. Diğer Depresyon Türleri

2.1.4.1. Majör depresyon

Majör depresyon bozukluğu alt kategoriler içerisinde en sık rastlanandır. Kadın ve erkekler hayatlarının belirli dönemlerinde majör depresyona maruz kalabilir. Erkeklerle bakıldığında bu oran %5 ile %12 arasında iken kadınlarda ise %10 ile %25 aralığında görülmektedir. Majör depresyon tanısı için bireyin yaşamının önceki dönemlerinde hastalığa sebep veren fizyolojik bir etkeni olmaması ve psikiyatrik öyküsü bulunmaması gerekmektedir (Ertuğrul, 2010).

Majör depresyon, depresyonun alt başlıkları içerisindeki en ağır belirtilere sahip olandır. DSM-5 tanı kriterleri incelendiğinde kriterlerdeki dokuz belirtinin minimum beş tanesinin karşılandığı ve sürecin iki haftadan az olmamak şartı ile belirtilerin gözlemlenmesi sonucu majör depresyon tanısı konabilmektedir (Tablo 2.1). Bu semptomların kişide gözle görülür bir şekilde işlevselliğin bozması ve sıkıntılı bir duygu duruma sebep vermesi gerekmektedir (DSM-5, 2013).

Tablo 2.1. Majör Depresyon Dönemi (DSM-5)

A	2 Haftalık dönem işlevsellik değişikliği ile birlikte aşağıdakilerin 5'inin bulunması, en az birinin Depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir
1	Her gün gün boyu süren depresif duygudurum (Üzgün, boşlukta hissetme, ağlamaklı görünüm)
2	Her gün ve gün boyu süren etkinliklere ilgide azalma, eskisi kadar zevk alamama
3	Önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı
4	İnsomnia ya da hipersomnia (Uykusuzluk ya da aşırı uyuma)
5	Psikomotorajitasyon ya da retardasyonun olması (davranışlarda aşırı artma ya da gerileme)
6	Yorgunluk, bitkinlik ve enerji kaybının olması
7	Değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrisal = gerçek dışı yargı) olabilir
8	Düşüncesini yoğunlaştırmada azalma ya da kararsızlık
9	Yineleyen ölüm düşünceleri (intiharla ilgili)
B	Bu semptomlar karışık tekrarlanan tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
C	Bu semptomlar madde kullanımına /Genel Tıbbi duruma bağlı değildir.
D	Kayıptan 2 aydan fazla süren semptomlar. Yaş ile daha iyi açıklanamaz.

Yukarıda verilen belirtilerin fazlalığına göre depresyon hafif, orta ve ağır derece olarak ele alınabilmektedir.

Hafif Derece Depresyon: Kişinin uzun süreli olan hüzünlü ve karamsar hali devam etmekte, fakat günlük işlerini yerine getirebilmektedir.

Orta Derece Depresyon: Herhangi bir eyleme karşı isteksizlik başlar ve kişinin yerine getirmesi gereken işlerde aksamalar olduğu görülmektedir.

Ağır Derece Depresyon: Eyleme karşı isteksizlik ve işlerde ki aksamaların yanında kişi çevresi ile olan etkileşimini de koparmıştır. Eğer psikotik semptomlara rastlanmışsa gerçeği algılama ve değerlendirme ile ilgili sorunlarda gözlemlenebilir (Gezer, 2008).

2.1.4.2. Bipolar bozukluk

Depresyon tanısı olan kişilerde depresif duygu durum ve taşkınlığa sebep veren bir tavrın birbirleriyle bağlantılı biçimde olduğu görülmektedir. Kişini duyguları uç seviyelerde yaşadığı bu hastalığa bipolar bozukluk adı verilmiştir. Kişinin manik (taşkın) olduğu dönemlerde depresyon belirtilerinin tersine bir güç patlaması durumu söz konusudur.

Aşırı özgüven, ses tonunun yükselmesi, yaşamsal olarak riskli davranışlarda bulunma, cinsellik ve beslenme ile ilgili dürtülerde artış, alkol kullanımında artış, normalden altında uyku, öfkeli bir tavır içerisinde olma görülmekte olan belirtilerdendir (Gezer, 2008).

2.1.4.3. Distimi

Kronik olan belirtilerin hafif seyrettiği ve minimum iki yıl süren bozukluktur. Hastalarda %17'lik bir bölümde intihar girişimine rastlanması, hastalığın önemini göstermektedir (Çakır, 2009).

Uzun vadeli iç sıkıntısı ve hüzünlü ruh hali şeklinde bir tablo çizmektedir. Devamlı olması sebebiyle yaşam kalitesinde bozulma ve iş performansında aksaklıklara

yol açabilmektedir. Majör depresyon ile benzer noktaları bulunsa da belirtiler daha hafif seyretmektedir. Görülme sıklığı %6'dır. Distimide belirtiler majör depresyondan daha hafif görülse de, majör depresyona göre daha uzun vadelidir (Ertuğrul, 2010).

Distimi belirtileri ileriki süreçte majör depresyona sebep olan risk faktörü olarak da karşımıza çıkabilmektedir (Çakır, 2009).

2.1.4.4. Maskeli Depresyon

Maskeli depresyon kavramı; duygulanım belirtileri açık olmayan, standart depresyon belirtilerinin ikinci planda olduğu, somatik sorunların, karakter bozukluğunun, cinsel ve beslenme ile bağlantılı davranış bozukluğunun, aşırı alkol tüketiminin ön plana çıktığı depresyonlara denilmektedir. Maskeli depresyonun kapsadığı hastalarda depresyon belirtilerinin olduğu yönünde bilince rastlanmamaktadır. Kendisini savunma amaçlı geliştirilmiş olduğu gülümseme eylemi ile kendini sorundan soyutlamaktadır. Hasta olan bireylerde motor ve psikomotor gelişiminin engellenmesi, uyku düzenin bozuk olması, odaklanmada zorlanma gibi belirtiler dışında, depresyon belirtileri yok denecek kadar azdır (Aşkın, 2000; Gezer, 2008).

2.1.4.5. Atipik Depresyon

Atipik depresyon belirtileri, bipolar bozukluk belirtilerinden farklı şekilde seyreder. Uzun vadede duygu çökkün durumda olmayabilir. Bireyin yaşamakta olduğu ortama uygun şekilde duyguda dalgalanmalar, neşeli bir tavır görülebilmektedir. Kişide iştah artışına bağlı olarak kilo alma ve bendenle alakalı uğraşlar içine girme durumu ortaya çıkabilir. Bu hastalar dürtüsel davranışlar göstermeye meyilli kişilik bozukluğu olan tipte hastalardır.

Bu hastalarda aşırı alkol alımı, sık kumar oynama, aile ve iş yaşamında bağlantıyı koparma, seksüel uyumsuzluklar, iştah artışı gibi belirtilerin temelinde çökkünlük duygusunun olduğu savunulmaktadır (Gezer, 2008).

2.1.4.6. Diğer Depresyon Türleri

Yukarıda verilen depresyon türlerinin haricinde yaş dönümü, reaktif, doğum sonrası, çocukluk ve ergenlik başlığı altında depresyon türleri bulunmaktadır. Yaşlılık ile birlikte gelen psikososyal sorunlar, bedensel hastalıklarda artış, kullanılan ilaç miktarının fazla olması, yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan hormonal değişimler depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasını sağlayan etmenlerdir. Reaktif depresyon yaşam olaylarının biçimine göre ortaya çıkabilir. Doğum sonrası depresyon ise beyin yapısında doğumun takibi ile ortaya çıkan değişiklikler sonucu oluşan biyolojik hastalıktır. Doğum sonrası depresyonun oluşumunda; doğumun ilk defa tecrübe edilmiş olması, öncesinde yaşanan depresyon hikâyesi, gebelik esnasındaki olumsuz koşullar, evlilikteki sorunlar sebep olabilmektedir. Çocukluk ve ergenlik çağında görülen depresyon bireyin gelişimini doğrudan etkileyeceği için oldukça önemli olan bir depresyon türüdür (Ertuğrul, 2010).

2.2. ANSİYETE

Anksiyete duygulanımda kaygı, korku, sıkıntı, bunaltı hali, benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerilim durumudur. Anksiyete bozukluğu ise belirgin sıkıntı ve işlev bozukluğu anlamındadır. Bu bozukluklar arasında sayılabilecek fiziksel sorunlar arasında çarpıntı, nefesi normalden daha hızlı ve zorlanarak alma, terleme ve titreme bulunmaktadır. Anksiyete durumunda yaşanacak psikolojik sorun ise kötü bir durum yaşanmasından korkma hissidir. Bu açıdan bakıldığında anksiyetenin bir beklenti olduğunu söylemek mümkündür (Şahin, 2015).

Normal olarak nitelendirilebilecek anksiyete, bir tür korunma mekanizmasıdır. Birey kendisini tehdit eden bir duruma karşı kendini korumaya almakta ve bu tehditte korunmak için kaçmaktadır. Buna karşılık gerçekte bireyi tehdit edecek bir durum yoksa ve birey hala tehdit varmış gibi davranıyorsa bu durum normal anksiyeden çıkmakta, patolojik anksiyeteye kaymaktadır (Uzbay, 2002).

Patolojik anksiyete durumu, hastalar tarafından yaşanan kaygı ve sıkıntıların aşırı bir halde olması durumudur. Bu durumda olan birey, yersiz korkulara kapılarak çıldırmaya ve ölüme kadar gidebilir. Hasta kendisini bir yabancıymış gibi düşünerek,

bir çeşit saplantı hareketleri sergilemeye başlar. Patolojik anksiyete durumunda hasta yaşadığı bu psikolojik sorunların yanında tansiyon sorunları, uyuyamama, boğulma hissi, aşırı terleme, bulantıya bağlı olarak kusma, çarpıntı, zor soluk alma, ellerinde ve ayaklarında titreme gibi fizyolojik sorunlar da yaşar. Bu tür belirtilerin baş gösterdiği kişide öncelikle bu belirtiler daha yoğun halde görünmeye başlar. Hasta bu durumun farkına varmaya başlarsa ve tedavi olmaya istekliyse öncelikle kendisi bu sorunları aşmaya çalışır ve daha sonra bu durum karşısında zorlandığını hissederek tedaviye yönelir (Şahin, 2015).

2.2.1. Anksiyetenin Epidemiyolojisi

Birçok toplum araştırması anksiyete bozukluklarının en yaygın mental bozukluk olduğunu göstermektedir. Yaklaşık olarak her 5 adolesandan birinde psikiyatrik hastalık vardır. Çocukluktan adolesan döneme geçişte depresyon, panik bozukluk, agorafobi ve madde kullanım bozukluğunda artış olurken ayrılık anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğunda azalma olur. Adolesan dönemden erken erişkinliğe geçişte panik bozukluk, agorafobi ve madde kullanım bozukluğu daha da artarken ayrılık anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu daha da azalır. Yaygın anksiyete bozukluğu, hem toplumda hem de klinik durumda yaygındır, birinci basamakta en yaygın mental bozukluktur ve sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmaktadır. Bazı anksiyete bozuklukları (panik, agorafobi), depresyon ve madde kullanım bozukluğu ergenlikte artar ve erken erişkinlikte artmaya devam eder, buna rağmen madde kullanım bozukluğu 20'li yaşın ortalarında belirgin şekilde yeniden düşmeye başlar (Yiğit, 2018).

Amerikan Ulusal Eştanı Merkezi'nin yayınladığı Anksiyete Bozukluklarının yaşam boyu görülme sıklığı hayat boyu kadınlarda %36.4 iken erkeklerde %25.4 tür. Bu verilere göre her üç kişiden birisi hayatı boyunca en az bir kere anksiyete sorunu yaşamaktadır. Türk örneğine bakıldığında hayat boyu görülme sıklığı yaklaşık %12, son bir yıl içerisinde ise yaklaşık %10'dur. Orta yaş ve üzerinde olmak birey için risk faktörünü arttırmakla beraber ergenlerde daha az görülür. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazla olup sebebinin menstrüel döngü ve olumsuz olaylara karşı kadınların daha hassas oluşu gösterilebilir.

Klinik olarak yaygın anksiyete bozukluğuna tek başına nadiren rastlanır. Genellikle klinik başka bir rahatsızlık eşlik eder. Alkol, sedatifler ve madde kullanımının kişiyi gevşetmesinden kaynaklı bağımlılık oranları anksiyete bozukluğu olan kişilerde daha fazladır. Aile hekimliklerinde somatik yakınmalardan gelen hastaların yaklaşık %10'u anksiyete bozukluğuna sahiptir (Bal vd. 2006).

2.2.2. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyete bozukluklarında genel olarak benzer belirtiler dikkati çekmektedir. Belirtiler benzer olmakla beraber anksiyete durumunun bireylerde farklı şekilde ortaya çıkıyor olmasının sebebi yaşanan kaygılı duruma her bireyin farklı savunma mekanizması geliştiriyor olması yani farklı tepki vermesinden kaynaklanmaktadır. Anksiyetenin belirtilerini dört başlık altında toplamak mümkündür (Köse, 2009).

1. Bilişsel belirtiler: Bu belirtiler bireyin çevresinde her şeyi, değişıyor gibi algılaması olarak ortaya çıkmaktadır. Hastanın gerçek olan duyguları değiştir. Dikkat dağınıklığı yaşayan birey yoğunlaşamaz. Sürekli fiziksel olarak bir zarar görmekten endişe eder.

2. Affektif belirtiler: Bu belirtiler arasında kendini çaresiz hissetme, endişe durumu, korkuya bağlı olarak panik durumu bulunmaktadır.

3. Davranışsal belirtiler: Anksiyete yaratan durumlardan kaçınma davranışı, dona kalma.

4. Fizyolojik belirtiler: Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüzde kızarma, nefes almada zorlanma, hava alma isteği, boğazda düğümleme, boğuluyormuş gibi hissetme, yutma güçlüğü, bunaltı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, empotans, cinsel isteksizlik, terleme, kızarma, sıcak basması gibidir.

2.2.3. Anksitede Risk Faktörleri

Ailesel Geçiş: Anksiyeteli çocukların anne ve babalarında anksiyete bozukluğu daha sık görülmekte ve anksiyeteli erişkinlerin de anksiyete bozukluğu olan çocukları olma ihtimali artmaktadır. Anksiyetenin ailesel geçişinin özgül olması önemli bir özelliktir. Belirli bir anksiyete bozukluğu gösteren kişinin birinci derece akrabalarında

aynı bozukluğun görülme sıklığının diğer anksiyete bozukluklarına göre daha fazladır (Çelik, 2018).

Nörokimya ve Nöroanatomi: Lokusseruleus ve nöradrenerjik sistem korku ve anksiyete davranışlarının patofizyolojisinde etkilidir. Korku ve ödül sistemlerini içeren beyin bölgeleri (amigdala, orbitofrontal korteks ve anteriorsingulat korteks) özellikle de amigdalaanksiyetede rol oynayan temel bölgelerdir (Çelik, 2018).

Mizaç: Anksiyete etiyolojisinde üzerinde sık durulan ve en iyi açıklanmış risk faktörüdür. Anksiyete ile ilişkili olan mizaç faktörleri; davranışsal ketlenme, geri çekilme, utangaçlık ve ürkeklik gibi faktörlerdir. Yüksek seviyede inhibe çocukların ilerde gelişebilecek anksiyete bozuklukları açısından daha risklidir (Taner, 2016).

Model Alma ve Çevresel Faktörler: Sosyal öğrenme teorisinde, olaylara kaygılı tepki veren ebeveyn ya da kişilerin etkisiyle çocuklarda anksiyetenin modelleme yoluyla gelişebileceği üzerinde durulur. Çocuğun benzer olaylar karşısında aynı tepkileri verebileceği düşünülür. Anksiyeteli çocuğun ebeveynleri kişilik olarak aşırı korumacı, müdahaleci ve negativist bir tutum gösterebilir. Anksiyeteli ebeveynlerin kendi endişe ve baş etme yöntemleri ile ilgili model olmalarının çocuklarında anksiyete riskini artırdığı düşünülür. Sosyal anksiyeteli ebeveynler çocuklarına yabancı korkusunu model alma yoluyla aktarmaktadırlar (Çelik, 2018).

2.2.4. Anksiyete Bozukluğunun Sınıflandırılması

Günümüzde kullanılan ölçütler farklı anksiyete bozukluklarını tanımlamaktadır. Bu tanımlamalar anksiyete problemlerinin tedavisinin yapılmasında önemli etkenlerdir (Bal, 2010). DSM-5'e göre Anksiyetenin sınıflandırması Tablo 2.2'de yapılmıştır (DSM-5, 2013).

Tablo 2.2. DSM-5’e Göre Anksiyete bozukluklarının güncel sınıflandırması

DSM-5 sınıflandırması
Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
Özgül Fobi
Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
Panik Bozukluğu
Agorafobi
Yaygın Kaygı Bozukluğu
Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

DSM-5’e göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması (DSM-5, 2013):

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu: Kişinin gelişimsel özelliklerine uymayan, aşırı seviyedeki kaygı durumudur. Ayrılma kaygısının ortaya çıkışı, bağlanılan bir insandan ayrı kalınması durumunda ortaya çıkmaktadır. Süreklilik arz eden ayrılma kaygısı kişinin işlevselliğinin bozulmasına sebep olur.

Seçici Konuşmazlık (Mutizm): Kişinin başka ortamlarda konuşuyor olmasına rağmen, konuşmasının beklendiği ortamda konuşamaması durumudur. Süresi en az bir ay olan seçici konuşmazlık, işle ya da eğitimle ilgili başarının düşmesine sebep olur.

Özgül Fobi: İğne yapılmasından veya uçağa binmekten korkma gibi özgül bir nesne veya durumla alakalı yaşanan kaygı ya da korku durumudur. Çocuklar üzerinde ağlama, sıkıca sarılma veya bağırma şeklinde ortaya çıkabilir. Birey özgül fobiye sebep olan nesne ya da durumdan kaçınma eğilimi içerisinde. Bu durum, altı ay ya da daha uzun şekilde seyretmektedir. Yaşanılan kaygı ve korkular, toplumsal ve kültürel olarak gerçekçilikle bağdaşmamaktadır.

Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi): Kişinin dışarıya dönük birden fazla toplumsal konuda yüksek seviyede kaygı ve korku duyma durumudur. İnsanlarla iletişim kuramama kaygısı, tanımadığı insanlara karşı duyulan kaygı, insanların

kendisini gözlemlediği düşüncesi, toplum içerisinde bir eylemi yapmakta zorlanma gibi durumlar toplumsal kaygı bozukluğuna örnek olarak gösterilebilir. Çocuklardaki korku ve kaygı durumu, toplumsal ortamlarda konuşamama şeklinde görülebilir. Bu süreç, altı ay ya da daha uzun sürmektedir.

Panik Bozukluğu: Tekrar eden beklenmedik panik atakları şeklinde görülen panik bozukluk; bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur. Kişinin sakin ya da kaygılı olduğu bir ortamda aniden ortaya çıkabilir. Kalp atışının hızlanması, terleme, titreme, solğun tıkanması veya boğuluyor gibi olma duyumu, göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma, bulantı ya da karın ağrısı, baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu, titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu gibi durumlardan dört veya daha fazla belirtiyi taşıyan kişiye panik bozukluk tanısı konabilir.

Agorafobi: Toplu taşıma araçlarını kullanma, açık yerlerde bulunma, kapalı yerlerde bulunma, sırada bekleme ya da kalabalık bir yerde bulunma, tek başına evin dışında olma durumlarından ikisi ya da ikiden fazlasını taşıyan kişilere agorafobi tanısı konmaktadır. Birey kaçınmanın zor olduğu ortamlar ya da utanma yaşayacağı durumlar karşısında sürekli korku ya da kaygı duyarlar. Duyulan kaygı veya korkuya karşı olan kaçınma durumu altı ya da daha uzun sürmelidir. Ortaya çıkan semptomlar toplumsal ve kültürel bağlamda orantısızdır.

Yaygın Kaygı Bozukluğu: Altı ve altı ayın üzerindeki bir sürenin çoğunluğunda birey olayların karşısında aşırı kaygı ile kuruntu duyduğu ve bu duyguları kontrol etmekte zorlandığı duruma yaygın kaygı bozukluğu denir. DSM-5'e göre kişi, dinginleşememe ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma, kolay yorulma odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması, kolay kızma, kas gerginliği, uyku bozukluğu gibi belirtilerden üç ya da daha fazlasını taşıyorsa yaygın kaygı bozukluğu tanısı konulmaktadır.

Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu: Maddenin yol açtığı kaygı bozukluklarında panik atak veya kaygı yoğunluktadır. Madde eksikliği veya ilaç aldıktan sonra ortaya çıkabilir. Bu bozukluk bireyde sıkıntıya sebep olurken, toplumsal ortamlarındaki işlevselliğinin düşüşüne neden olmaktadır.

Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu: Bu bozuklukta panik atakları ya da kaygı yoğunluktadır. Hastalık öyküsünün, laboratuvar ve muayene durumu ile ilgili bir sonucu olduğuna dair bulgular vardır. Bu bozukluğun, bireyde sıkıntı ve toplumsal ortamlarında işlevselliğini düşürücü yönde bir etkisi bulunmaktadır.

Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu: Kişideki toplumsal, iş ile bağlantılı ya da diğer işlevsel ortamlarında düşmeye sebebiyet veren kaygı belirtilerinin yoğun olduğu, fakat bu semptomların kaygı bozuklukları tanı kümesindeki tanıların ölçütlerini karşılayamadığı noktalarda bu kategori kullanılır.

Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu: Kişideki toplumsal, iş ile bağlantılı ya da diğer işlevsel ortamlarında düşmeye sebebiyet veren kaygı belirtilerinin yoğun olduğu, fakat bu semptomların kaygı bozuklukları tanı kümesindeki tanıların ölçütlerini karşılayamadığı noktalarda bu kategori kullanılır. Klinisyenlerce özgül bir tanı için sağlıklı bilgi olmadığı ya da ortamın sağlanamadığı durumlarda kullanılır

2.3. YAŞAM KALİTESİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); sağlık kavramını, yalnızca hastalık olmayışı değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açılarından iyi olma hali olarak tanımlamaktadır (WHO, 1984) ve yaşam kalitesi kavramının ortaya çıkışı bu tanımla bağlantılıdır (Memik vd. 2008). Yaşam kalitesi günlük yaşamda ve tıp uygulamalarında sıkça karşılaşılan bir kavramdır ve bu alanda yapılan çalışmalarda belirgin bir artış görülmektedir. Yaşam kalitesi; kişisel sağlık durumunun yanı sıra kişisel iyilik halini de ele alan, tanımlanması ve ölçümü oldukça güç bir kavramdır. DSÖ; yaşam kalitesini tanımlarken, bireylerin kendi yaşamlarına dair algılarının, içinde yaşanılan kültür ve değerler sistemine bağlı olduğunu vurgulamaktadır (Eser vd. 2008).

Yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi içerisinde kendi durumunu algılayış biçimi olarak özetlenebilir. Yaşam kalitesi kavramı; bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin algısının yanı sıra bağımsızlık düzeyini ve sosyal ilişkilerini, umutlarını, ilgilerini ve yaşam standardını da kapsamaktadır (Ekim ve Ocakçı, 2012).

2.3.1. Yaşam Kalitesi Göstergeleri

Yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin her biri bireylerin yaşamlarının farklılaşmasına sebep olmaktadır. Buna karşı bireyin yaşam kalitesinin sadece bir sebepten değiştiğini söylemek mümkün değildir. Yaşam kalitesi aşağıda sıralanmış olan göstergelerin bir veya birkaçının bir araya gelmesi ile bozulabilmektedir.

2.3.1.1. Cinsiyet

Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki yakın ilişki özellikle kadınların ekonomik ve sosyal hayattan uzak kaldığı geri kalmış bölgelerde ve bu konuda gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Buralarda kendi ayakları üzerinde duracak geliri elde edemeyen kadınların yaşam kalitesi düşük seviyededir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Kadınların iş ve sosyal çevreye daha çok katıldıkları ülkelerde de kadınların üzerlerine düşen ev işlerinden dolayı yaşam kaliteleri etkilenmektedir (Aslan ve Aslan, 2012).

2.3.1.2. Yaş

Yaş, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Bireylerin yaşlarına bağlı olarak yaşadıkları onların yaşam konforlarını olumlu ya da olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Ergenlik döneminde olan birey, kendisini yeni yaşamına hazırlarken çeşitli sorunlar yaşamakta, bu sorunlar onun yaşam kalitesine olumsuz olarak yansımaktadır. Yetişkinlik döneminde ergenliğin getirdiği sorunlardan kurtulan birey, bu defa çalışma ve kazanıp geçimini sağlama çabasına girmekte ve buna bağlı sorunlar yaşamaktadır. Yaşlılık döneminde ise bireyde artık sağlık problemleri baş göstermekte, yaşanan sağlık problemleri bireyde yeni kaygı durumları ortaya çıkartabilmektedir. Yaşlılık döneminde birey bir taraftan sağlık problemleri ile uğraşırken diğer taraftan da ailesinin kaygısını yaşamaktadır. Bütün bunlara bakıldığında ergenlik ve yaşlılık dönemlerinde yaşam kalitesinin en düşük olabileceğini söylenebilse de bireyin yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyecek faktörlerin her yaş gurubunda farklı şekillerde ortaya çıktığını vurgulamak gereklidir (Memik vd. 2007).

2.3.1.3. Medeni Durum

Evlilik bir taraftan nesillerin devamlılığı için bir gereklilikken diğer taraftan evlilik eşlerin birbirlerine sağlayacakları destekler açısından da önemlidir. Birey tek başına başaramayacaklarını evlendiği kişiyle paylaşarak çözebilmektedir. Bu sebeple yaşam kalitesinin en düşük olduğu gurubu boşanmış veya dul olanların oluşturduğunu söylemek mümkündür. Boşanmış olmak ya da dulluk durumu bireyin alışık olduğu bir yaşam kalıbından çıkması, farklı bir yaşam durumuna geçmesi anlamına gelmektedir. Evli olduğu dönemde alışmış olduğu bir yaşam kalitesine sahip olan birey bu yeni yaşamında eski yaşam konforunu yakalamakta zorlanabilir. Eski düzenini devam ettiremeyen bireyin yaşam kalitesi olumsuz bir şekilde etkilenmiş olur. Buna karşılık evli olduğu dönemde mutsuz olan bireyin bu durum sonlandıktan sonra yaşam kalitesi eskisinden daha yüksek hale gelebilmektedir (Aydiner Boylu ve Öztop, 2013).

2.3.1.4. Eğitim

Eğitim bireyin kendisini geliştirmesinde en önemli etkenlerden biridir. Eğitimini iyi almış birey, sosyal hayatında kendi ayaklarının üzerinde duracak, ekonomik olarak özgürlüğünü sağlayabilmiş yeterlilikte olacaktır. Ayrıca eğitilmiş birey karşılaştığı sorunları çözme konusunda ha etkin davranışlar sergileyebilmektedir. Eğitilmiş birey değişik sosyal olanaklardan yararlanma konusunda eğitimsiz birine göre daha iyi konumda olur. Bu sebeple eğitilmiş bireyin yaşam kalitesi eğitimsiz birine göre daha yüksek seviyede gerçekleşebilmektedir. Eğitimsiz birinin yaşayacağı yoksulluk ve buna bağlı olarak elde edemediklerine karşı duyacağı özlem bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

2.3.1.5. Gelir

Gelir, bireyin günlük yaşamı için ihtiyaç duyduğu gereksinimlerini karşılaması için olmazsa olmazlardandır. Birey barınma, beslenme, ısınma, korunma gibi ihtiyaçlarını elde etmiş olduğu geliri ile sağlayabilmektedir. Gelir seviyesi düşük olan kişi bu ihtiyaçlarını karşılayamayacağı için yaşam kalitesi düşmektedir. Buna karşılık ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek kadar geliri olan bireyler bu ihtiyaçları karşılandığı

için daha rahat yaşamakta, ihtiyaçlarını karşılama kaygısı içerisinde girmemektedirler. Bu tür kaygıları az yaşayan bireylerde yaşam durumu seviyesi olumlu etkilenebilmektedir (Demirkıran, 2012).

2.3.1.6. Sağlık

Sağlık, bireyin daha konforlu yaşamasının en önemli gerekliliklerinden biridir. Sağlığı bozulmuş bir kişinin yaşamdan tat alması, yeni beklentiler içerisinde girmesini beklemek yanlış olacaktır. Buna karşılık sağlığı yerinde olan birey geleceğe daha umutla bakarak yeni planlar yapabilmekte, yaşam kalitesi de buna bağlı olarak yükselmektedir. Sağlığı bozulan birey günlük yaşam ihtiyaçlarını kendisi karşılayamaz ve başkalarına bağımlı hale gelir. Bu durum sağlıklı zamanında bütün ihtiyaçlarını kendisi karşılayan birisi için istenmeyen bir durumdur. Fiziksel olarak kendine yetemeyen bireyin bu duruma bağlı olarak yaşam kalitesinde de düşme olacaktır (Yapıcı, 2006). Sağlık problemi yaşayan bireylerde bu problemleri gidermek amacıyla tedavi edilmelerini sağlayacak sağlık güvenceleri yoksa bu durum bireyi daha fazla kaygıya sevk edecektir. Böylesi bir kaygının yaşanması da bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009).

2.3.1.7. Sosyal Destek

Birey yaşamının her aşamasında birilerinden destek görmek istemektedir. Yaşamının ilk yıllarında ailesine, daha sonraki yaşlarında ise ailesi ile birlikte sosyal çevresinin desteğine ihtiyacı olan birey, bu desteği göremezse yaşam kalitesi düşecektir. Birey yaşamının her döneminde kendisini güvende hissetmek istemektedir. Kendisini destekleyecek olan birilerine ihtiyaç duyan birey aidiyet ve güven istekleri karşılandıkça hayatta sağlam adımlar atmakta, yaşam kalitesi olumlu etkilenebilmektedir (Özmete, 2010).

2.3.1.8. Yaşanılan Konut ve Özellikleri

Konut ihtiyacı bireyin yaşamını sürdürürken en çok gereksinim durduğu ihtiyaçlarından biridir. Bireyin en temel ihtiyaçlarından olan konut ihtiyacının karşılanamamış olması onu kaygılı bir yaşama sevk edecektir. Bireyin yaşamını

sürdüğü konutunun özellikleri de onun yaşam kalitesini etkileyecek unsurlardandır. Bireye ve ailesine yeterli gelen, kullanışlı bir konut bireyin beklentilerini karşıladığı için yaşam kalitesinin de yükselmesini sağlayacaktır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

2.3.1.9. İş Yaşamı

İş, bireyin çalışarak gelir sağladığı ve bu geriyle hayatını geçirmek için gerekli olan ihtiyaçlarını sağladığı ortamdır. Birey ihtiyaçlarını karşılayabilmek için çalışmak zorundadır. Bireyin çalışmak zorunda olduğu iş ortamı onun isteğine göre olmalıdır. Yani birey beğenmediği bir iş ortamında çalışırsa mutsuz olacaktır. Yaptık istediği meslek yerine başka bir mesleği yapan bireyin iş doyumuna ulaşması ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin artması neredeyse imkânsızdır (Akgündüz, 2013).

2.3.1.10. Boş Zaman Faaliyetleri

Bireyin yaşam kalitesini etkileyecek önemli faktörlerden biri de serbest zamanlarında yaptıklarıdır. Birey serbest zamanlarında kendine uğraşlar bulmaktadır. Bulduğu bu uğraşlar onun kendi kendisine karar verdiği ve kendi isteğiyle olduğu için birey bu uğraşlardan zevk almakta ve isteyerek yapmaktadır. Serbest zaman faaliyetleri bireyin kendisini geliştirmesini sağlamaktadır. Bu şekilde kendini geliştiren birey artık hayata daha farklı pencerelerden bakmaya ve mutlu olmaya başlamaktadır. Yaşanan bu mutluluk durumu bireyin yaşam kalitesine olumlu etkiler sağlamaktadır (Aksaçlıoğlu ve Yılmaz, 2007).

YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ YOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket 4 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde “Beck Anksiyete Ölçeği” (BAÖ), üçüncü bölümde “Beck Depresyon Ölçeği” (BDÖ), dördüncü bölümde ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu “WHOQOL-BREF-TR” kullanılmıştır. Her örnekleme aynı testler uygulanarak elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form literatür bilgileri göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çocuğunun olup olmaması ve varsa çocuk sayısı gibi sorulardan oluşmaktadır (Ek 1).

Beck Anksiyete Ölçeği: Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilip güvenilirlik ve geçerliliği yapılan bir ölçektir. Beck Anksiyete Ölçeği, Kişinin kendisini değerlendirmesi yönünde kullanılan bir ölçektir. Bireyin yaşadığı kaygı sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Likert (dereceleri toplamı) tipi ölçüm sağlamaktadır. 21 kategori bulunmakta ve her kategorisinde 4 seçenek olmaktadır. Maddeler sırasıyla 0-3 arasından puan almaktadır. Puanın yüksekliği testin uygulandığı bireyin yaşamakta olduğu anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Ulusoy ve ark. (1996) tarafından ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Ek 2).

Beck Depresyon Ölçeği: Beck Depresyon Ölçeği, Beck (1961) tarafından geliştirilen ölçektir. Sağlıklı psikiyatrik hasta gruplarına uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Amaç depresif semptomların düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. 21 değerlendirme ölçeği içeren bu form, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek puanlanmaktadır ve ardından bu puanların toplanmasıyla genel sonuç elde edilir. Sonuçlarda ortaya çıkan puan yüksekse depresyon şiddeti yüksek demektir. Türk toplumu için güvenilirlik ve geçerlilik ve uyarlama çalışmaları yapılmıştır. Türkçe ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik makalesinde

kesme puan 17 olarak belirlenmiştir. Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (Ek 3).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu: Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği DSÖ tarafından geliştirilmiş, Eser ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) formu olmak üzere iki sürümü vardır. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre-TR olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-TR alan skoru çevre skoru yerine kullanılır. Ölçek yaşlı olmayan yetişkinlere uygulanabilmektedir. Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır (Ek 4.).

3.2. VERİLERİN TOPLANMASI

Ölçek uygulanacak kişilerin seçiminde, araştırmayı kabul etmeleri, uygulanan ölçek yönergelerini anlamaları esas alınmıştır.

3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evreni, Malatya ilinde bulunan “Özel Gözde Hastanesi”, “Özel Park Hospital Hastanesi” ve “Özel Hayat Hastanesi”nde çalışan sağlık personelleridir. Özel Gözde Hastanesi, Özel Park Hospital Hastanesi ve Özel Hayat Hastanesi’nde çalışan sağlık personellerinden rastgele seçilmiş 50 doktor-50 diğer sağlık personelleri olmak üzere toplam 100 personel örneklem olarak alınmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ANALİZİ

Veriler istatistiksel incelemeler için SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygun olup olmadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi ile varyasyon homojenitesi Levene testi uygulanmıştır.

Verilerin tanımlanmasında frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerde nonparametre testlerinden Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis Testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerde parametrik testlerden Independent Samples t-testi ve ANOVA testleri kullanıldı. Bağımlı değişkenler arasında ilişki olduğunu belirlemek için korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.



4. BULGULAR

Araştırma bulguları dört bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde ölçeklerin güvenilirliğine ilişkin bulgular, ikinci bölümde araştırmaya katılan kişilere ilişkin demografik özellikler, üçüncü bölümde BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyut puanları ile demografik özelliklerle ilişkisi ve dördüncü bölümde BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi alan puanları arasındaki korelasyon analizi sonuçları sunulmuştur.

4.1. KULLANILAN ÖLÇEKLERE AİT GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Ölçeğin güvenilirliğini hesaplamak için elde edilen veriler üzerinde Cronbach's Alpha analizi yapılmıştır. İç tutarlılığın belirlenmesinde sıklıkla başvurulmuş bir güvenilirlik yöntemidir. Amaç ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle uyum düzeylerini ortaya çıkarmaktır. Toplam 21 maddeden BAÖ ölçeği, 21 maddeden oluşan BDÖ ölçeği ve toplam 25 maddeden ve 4 alt boyuttan (bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre) oluşan yaşam kalitesi ölçeğinin güvenilirlik analizi Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Ölçeklerin Güvenirlik Analizi Sonuçları

Ölçek	Madde sayısı	Cronbach Alpha
BAÖ	21	0,904
BDÖ	21	0,855
Yaşam kalitesi		
Bedensel boyut	7	0,812
Ruhsal boyut	6	0,814
Sosyal ilişkiler boyutu	3	0,650
Çevre boyutu	9	0,792

Tablo 4.1 incelendiğinde BAÖ ve BDÖ ölçekleri oldukça yüksek güvenirlikte olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesinin bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alt boyutlarının ise oldukça güvenirlik olduğu görülmektedir.

4.2. KATILIMCILARA AİT TANIMLAYICI BULGULARI

Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri frekans ve yüzde dağılımları Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=100)

		N	%
Yaş	28 =<	38	38,0
	29-38	22	22,0
	39-48	28	28,0
	49>=	12	12,0
	Min-Max = 18-59	Ort.±SS.=34,15±11,23	
Cinsiyet	Erkek	48	48,0
	Kadın	52	52,0
Eğitim durumu	Lise	25	25,0
	Üniversite	25	25,0
	Lisansüstü	50	50,0
Medeni durumu	Bekâr	39	39,0
	Evli	61	61,0
Çocuğu var mı?	Var	53	86,9
	Yok	8	13,1
	Yanıt yok	39	
Kaç Çocuk	1	15	28,3
	2	31	58,5
	3	7	13,2
	Yanıt yok	47	

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, katılımcıların %38’i 28 yaşında veya daha küçük, %22’si 29-38, %28’i 39-48, %12’si ise 49 yaş ve üstünde, %48’i erkek, %52’si kadın, %25’i lise, %25’i üniversite, %50’si lisansüstü mezun, %39’u bekâr, %61’i evli, evli olanların %86,9’unun çocuğu varken, %13,1’inin çocukları yoktur. Çocuk sahibi olanların %28,3’ünün 1, %58,5’inin 2 ve %13,2’sinin ise 3 çocukları bulunmaktadır.

Katılımcıların mesleklerine ilişkin özelliklerin frekans ve yüzde dağılımları Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Katılımcıların Mesleğe İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Meslek	Doktor	50	50,0
	Diğer Sağlık Personeli	50	50,0
Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?	Evet	89	89,0
	Hayır	11	11,0
Aylık gelir	1301 TL- 3000 TL	50	50,0
	4501 TL ve üzeri	50	50,0
Statü	Kadrolu	22	22,0
	Sözleşmeli	78	78,0
Günlük çalışma süresi	7 saat	6	6,0
	8 saat	39	39,0
	9 saat	18	18,0
	10 saat	37	37,0
Kıdem	1 yıldan az	18	18,0
	1-5 yıl	22	22,0
	5-10 yıl	10	10,0
	11 yıl ve üzeri	50	50,0
Haftalık çalışma süresi	Ortalama 40 saat	18	18,0
	Ortalama 45 saat ve üstü	82	82,0
Nöbet tutuyor musunuz?	Evet	50	50,0
	Hayır	50	50,0
Günde karşılaştığı hasta sayısı	20=<	43	43,0
	21-40	33	33,0
	41>=	24	24,0

Tablo 4.3 incelendiğinde; katılımcıların %50'si doktor, %50'si ise diğer sağlık personeli olduğu, %89'unun mesleklerini isteyerek seçtiğini, %11'inin mesleğini istemeyerek seçtiği görülmektedir. Katılımcıların %50'sinin aylık gelirleri 1301 TL-3000 TL arasında iken %50'sinin ise aylık geliri 4501TL ve üzeridir. %22'si kadrolu, %78'i ise sözleşmeli olarak çalışan katılımcıların %6'sının günlük çalışma süresi 7, %39'u 8, %18'i 9 ve %37'sinin ise 10 saattir. Katılımcıların %18'i 1 yıldan az, %22'si 1-5 yıl, %10'u 5-10 yıl arası ve %50'si 11 yıl ve üzeri çalışmaktadırlar. %18'i haftalık ortalama 40 saat çalışırken, %82'si ise ortalama 45 saat ve üstü çalışmaktadır. Katılımcıların yarısı nöbet tutmakta iken diğer yarısı ise nöbet tutmadıklarını, %43'ü günde 20 veya daha az hasta ile karşılaştıklarını, %33'ü 21-40 hasta ve %24'ü ise günde 41 veya daha fazla hasta ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan katılımcıların alışkanlık ve sağlık durumlarının frekans ve yüzde dağılımları Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Alışkanlık ve Sağlık Durumuna Göre Dağılımları

		n	%
Bugüne dek her hangi bir psikiyatrik hastalık geçirdiniz mi?	Evet	6	6,0
	Hayır	94	94,0
Ailenizde psikiyatrik hastalık geçiren biri var mı?	Var	10	10,0
	Yok	90	90,0
Halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görüyor musunuz?	Evet	0	0,0
	Hayır	100	100,0
Halen tedavi gördüğünüz önemli bir kronik hastalığınız var mı?	Var	11	11,0
	Yok	89	89,0
Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında mısınız?	Evet	24	24,0
	Hayır	76	76,0
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	33	33,0
	Hayır	67	67,0
Günde kaç tane sigara	10=<	17	51,5
	11=>	16	48,5
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	17	17,0
	Hayır	83	83,0
Alkol kullanma sıklığı	Hafta da bir	6	35,3
	Ayda bir	11	64,7

Tablo 4.4 incelendiğinde; katılımcıların %6'sının bu güne dek her hangi bir psikiyatrik hastalık geçirdiğini %94'ünün geçirmediğini, %10'unun ailesinde psikiyatrik hastalık geçiren biri varken, %90'nının ailesinde yoktur. Katılımcılardan halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi gören yoktur. Katılımcıların %11'i halen tedavi gördükleri önemli bir kronik hastalıkları varken %89'unun yoktur. Katılımcıların %24'ü çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altındayken, %76'sı stres altında değildir, %33'ü sigara kullanırken, %67'si ise kullanmamaktadır, sigara içenlerin %17'si günde 10 tane veya altında, %48,5'i ise günde 20 tane veya daha fazla sigara tüketmektedir. Katılımcıların %17'si alkol kullanmakta, %83'ü ise kullanmamaktadırlar. Alkol kullananların %35,3'ü haftada bir defa, % 64,7'si ise ayda bir defa alkol tüketmektedirler.

4.3. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE BAÖ, BDÖ VE YAŞAM KALİTESİ PUANI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin 1. ve 2. soruları genel yaşam kalitesi ile sağlık algısını değerlendirmeye yönelik ifadelerdir. Katılımcıların bu ifadelere verdikleri yanıtların frekans ve yüzde dağılımları Tablo 4.5’de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Katılımcıların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algılarının Dağılımı

S1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	n	%	S2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	n	%
Çok kötü	0	0,0	Hiç hoşnut değil	0	0,0
Biraz kötü	6	6,0	Çok az hoşnut	7	7,0
Ne iyi, ne kötü	47	47,0	Ne hoşnut, ne de değil	20	20,0
Oldukça iyi	47	47,0	Epeyce hoşnut	59	59,0
Çok iyi	0	0,0	Çok hoşnut	14	14,0

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, katılımcılar yaşam kalitelerini; %6’sı biraz kötü, %47’si ne iyi ne kötü ve %47’si ise oldukça iyi olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %7’si sağlıklarından çok az hoşnut, %20’si ne hoşnut ne de değil, %59’u epeyce hoşnut ve %14’ü ise çok hoşnut olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan kişilerin BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Aldıkları Puanlarının Dağılımı

Tablo 4.6. Katılımcıların BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinde Aldıkları Puanlarının Dağılımı

	Min-Max	Ort±SS
Beck Anksiyete	0,00-37,00	7,67±7,84
BeckDepresyon	0,00-28,00	7,91±6,54
Bedensel Boyut Puanı	7,43-20,00	15,90±2,40
Ruhsal Boyut Puanı	8,67-19,33	15,17±2,37
Sosyal İlişkiler Boyut Puanı	6,67-20,00	14,65±2,62
Çevre Boyut Puanı	9,33-19,56	14,95±2,18

Tablo 4.6 incelendiğinde; katılımcıların BAÖ ölçeğinden minimum 0,00, maksimum 37 puan almış ve aritmetik ortalaması 7,67±7,84 katılımcıların minimal düzeyde anksiyete sahip olduklarını söylenebilir. BDÖ ölçeğinden minimum 0,00, maksimum 28 puan ve aritmetik ortalaması 7,91±6,54 katılımcıların normal düzeyde

olduğunu gösterir. Yaşam kalitesinin bedensel boyut puanları minimum 7,43, maksimum 20,00 ve aritmetik ortalaması $15,90 \pm 2,40$ 'dır. Yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanları minimum 8,67, maksimum 19,33 ve aritmetik ortalaması $15,17 \pm 2,37$ 'dir. Yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler boyutu puanları minimum 6,67, maksimum 20,00 ve aritmetik ortalaması $14,65 \pm 2,62$ 'dir. Yaşam kalitesinin çevre boyut puanları minimum 9,33, maksimum 19,56 ve aritmetik ortalaması $14,95 \pm 2,18$ 'dir.

Araştırmaya katılan kişilerin yaş değişkeni ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Yaş Değişkenine Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	a.28<= (n=38)	b.29-38 (n=22)	c.39-48 (n=28)	d.49>= (n=12)	F/X ²	p	Fark
	ST/Ort $\pm$ SS	ST/Ort $\pm$ SS	ST/Ort $\pm$ SS	ST/Ort $\pm$ SS			
BAÖ ¹	52,41	50,66	47,20	51,88	0,559	0,906	
BDÖ ¹	53,28	51,64	48,86	43,46	1,184	0,757	
Bedensel Boyut Puanı ²	14,95 $\pm$ 2,31	15,71 $\pm$ 2,64	17,02 $\pm$ 2,17	16,67 $\pm$ 1,33	5,050	0,003**	a<c
Ruhsal Boyut Puanı ²	14,89 $\pm$ 1,96	14,64 $\pm$ 2,88	16,14 $\pm$ 2,39	14,72 $\pm$ 2,08	2,351	0,077	
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,28 $\pm$ 2,70	14,91 $\pm$ 2,81	15,00 $\pm$ 2,66	14,56 $\pm$ 2,01	0,486	0,692	
Çevre Boyut Puanı ²	14,19 $\pm$ 2,46	14,83 $\pm$ 1,82	15,86 $\pm$ 1,89	15,48 $\pm$ 1,63	3,728	0,014*	a<c

¹:Kruskal-Wallis; ²:ANOVA; *p<0,05; **p<0,01;

Tablo 4.7'de görüldüğü gibi yaş değişkeni ile BAÖ, BDÖ, ruhsal boyut ve sosyal ilişkiler boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Yaş değişkeni ile yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (F=5,050; p<0,01). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak için Tukey testi uygulandı. Bu analiz sonucunda, 28 yaş ve altında olanların (14,95 $\pm$ 2,31) bedensel boyut puanları 39-48 yaş arasında olanlara (17,02 $\pm$ 2,17) göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yaş değişkeni ile yaşam kalitesinin çevre boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı (F=3,728; p<0,05). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak için Tukey testi uygulandı. Bu analiz sonucunda, 28 yaş ve altında olanların (14,19 $\pm$ 2,46) çevre boyut puanları 39-48 yaş arasında olanlara (15,86 $\pm$ 1,89) göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin mesleği ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Mesleğine Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Doktor	Diğer sağlık personeli	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS	
BAÖ ¹	49,68-2484,00	51,32-2566,00	0,777
BDÖ ¹	47,35-2367,50	53,65-2682,50	0,277
Bedensel Boyut Puanı ²	16,58±2,23	15,22±2,38	0,004*
Ruhsal Boyut Puanı ²	15,33±2,54	15,00±2,19	0,485
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,88±2,44	14,43±2,80	0,390
Çevre Boyut Puanı ²	15,54±1,80	14,36±2,37	0,006*

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test; *p<,01;

Tablo 4.8 incelendiğinde; araştırmaya katılan kişilerin meslekleri ile BAÖ, BDÖ, ruhsal boyut ve sosyal ilişkiler boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların meslekleri ile bedensel boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,946;p<0,01). Doktorların bedensel boyut puanları (16,58±2,23) diğer sağlık personelin (15,22±2,38) bedensel boyut puanına göre daha yüksektir. Katılımcıların meslekleri ile çevre boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (t=2,788;p<0,01). Doktorların çevre boyut puanları (15,54±1,80) diğer sağlık personelin (14,36±2,37) çevre boyut puanına göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılan kişilerin cinsiyet değişkeni ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Cinsiyete Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Kadın	Erkek	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS	
BAÖ ¹	55,01-2640,50	46,34-2409,50	0,134
BDÖ ¹	56,74-2723,50	44,74-2326,50	0,038
Bedensel Boyut Puanı ²	15,06±2,47	16,68±2,05	0,001*
Ruhsal Boyut Puanı ²	14,64±2,37	15,65±2,29	0,032**
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,17±2,93	15,10±2,24	0,074
Çevre Boyut Puanı ²	14,25±2,37	15,60±1,76	0,002*

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test; *p<0,01; **p<0,05;

Tablo 4.9’da, araştırmaya katılan kişilerin cinsiyeti ile BAÖ, BDÖ ve sosyal ilişkiler boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların cinsiyetine göre yaşam kalitesinin bedensel boyut puanları arasında fark saptanmıştır ($t=-3,578$; $p<0,01$). Erkek katılımcıların bedensel boyut puanlarının aritmetik ortalaması ($16,68\pm2,05$) kadın katılımcıların aritmetik ortalamasından ($15,06\pm2,47$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetine göre yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanları arasında fark saptanmıştır ($t=-2,180$; $p<0,05$). Erkek katılımcıların ruhsal boyut puanlarının aritmetik ortalaması ($15,65\pm2,29$) kadın katılımcıların aritmetik ortalamasından ($14,64\pm2,37$) daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetine göre yaşam kalitesinin çevre boyut puanları arasında fark saptanmıştır ($t=-3,242$; $p<0,01$). Erkek katılımcıların çevre boyut puanlarının aritmetik ortalaması ($15,60\pm1,76$) kadın katılımcıların aritmetik ortalamasından ($14,25\pm2,37$) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.10’da verilmiştir.

Tablo 4.10. Eğitim Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

		1.Lise Mezunu	2.Üniversite Mezunu	3.Lisansüstü Mezunu	F/X ²	P	Fark
		ST/Ort±SS	ST/Ort±SS	ST/Ort±SS			
BAÖ ¹		44,64	58,00	49,68	2,748	0,253	
BDÖ ¹		49,76	57,54	47,35	2,087	0,352	
Bedensel Puanı ²	Boyut	15,75±2,14	14,70±2,53	16,58±2,23	5,732	0,004*	2<3
Ruhsal Puanı ²	Boyut	16,05±1,81	13,95±2,05	15,33±2,54	5,677	0,005*	2<1,3
Sosyal Boyutu Puanı ²	İlişkiler	14,35±3,43	14,51±2,05	14,88±2,44	0,392	,677	
Çevre Puanı ²	Boyut	15,20±2,41	13,53±2,05	15,54±1,80	8,426	0,000*	2<1,3

¹:Kruskal-Wallis; ²:ANOVA; * $p<0,01$;

Tablo 4.10’da katılımcıların eğitim durumu ile BAÖ, BDÖ ve sosyal ilişkiler boyutu puanı arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı. Eğitim durumu ile yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=5,732$; $p<0,01$). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için

Tukey analizi yapıldı. Analiz sonucunda, lisansüstü mezunu olanların bedensel boyut puanının aritmetik ortalaması ($16,58 \pm 2,23$) üniversite mezunu olanların aritmetik ortalamasından ($14,70 \pm 2,53$) daha yüksektir. Eğitim durumu ile yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=5,677; p<0,01$). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için Tukey analizi yapıldı. Analiz sonucunda, üniversite mezunu olanların ruhsal boyut puanının aritmetik ortalaması ($13,95 \pm 2,05$), lise mezunu olanların aritmetik ortalamasından ($16,05 \pm 1,81$) ve lisansüstü mezunu olanların aritmetik ortalamasından ($15,33 \pm 2,54$) daha düşüktür. Eğitim durumu ile yaşam kalitesinin çevre boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=8,426; p<0,01$). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için Tukey analizi yapıldı. Analiz sonucunda, üniversite mezunu olanların çevre boyut puanının aritmetik ortalaması ($13,53 \pm 2,05$), lise mezunu olanların aritmetik ortalamasından ($15,20 \pm 2,41$) ve lisansüstü mezunu olanların aritmetik ortalamasından ($15,54 \pm 1,80$) daha düşüktür.

Araştırmaya katılan kişilerin medeni durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Medeni Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Bekâr	Evli	U/t	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	50,88-1984,50	50,25-3065,50	1174,500	0,915
BDÖ ¹	54,53-2126,50	47,93-2923,50	1032,500	0,266
Bedensel Boyut Puanı ²	14,92±2,28	16,53±2,26	-3,474	0,001*
Ruhsal Boyut Puanı ²	14,79±2,15	15,41±2,49	-1,288	0,201
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,32±2,71	14,86±2,56	-1,002	0,319
Çevre Boyut Puanı ²	14,18±2,44	15,45±1,85	-2,956	0,004*

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test; *p<0,01;

Tablo 4.11 incelendiğinde; katılımcıların medeni durumu ile BAÖ, BDÖ, ruhsal boyut ve sosyal ilişkiler boyutu puanı arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadığı görülmektedir. Medeni durumu evli olan katılımcıların yaşam kalitesi bedensel boyut puanının aritmetik ortalaması ($16,53 \pm 2,26$) bekar olanların aritmetik ortalamasına göre ($14,92 \pm 2,28$) istatistiksel olarak daha yüksektir. Medeni durumu ile bedensel boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=-3,474; p<0,01$).

Medeni durumu evli olan katılımcıların yaşam kalitesi çevre boyut puanının aritmetik ortalaması ($15,45 \pm 1,85$) bekar olanların aritmetik ortalamasına göre ($14,18 \pm 2,44$) istatistiksel olarak daha yüksektir. Medeni durumu ile çevre boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t=-2,956; p<0,01$).

Araştırmaya katılan kişilerin çocuğu olma durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Çocuğu Olma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Çocuğu var SO-ST/Ort±SS	Çocuğu yok SO-ST/Ort±SS	U/t	p
BAÖ ¹	30,85-1635,00	32,00-256,00	204,000	0,864
BDÖ ¹	30,21-1601,00	36,25-290,00	170,000	0,368
Bedensel Boyut Puanı ²	16,60±2,32	16,07±1,89	0,617	0,540
Ruhsal Boyut Puanı ²	15,47±2,49	15,00±2,64	0,497	0,621
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,84±2,58	15,00±2,64	-0,160	0,873
Çevre Boyut Puanı ²	15,56±1,83	14,67±1,92	1,288	0,203

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi katılımcıların çocuğu olup olmamasının BAÖ, BDÖ, bedensel boyut, ruhsal boyut, sosyal ilişkiler boyutu ve çevre boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Araştırmaya katılan kişilerin çocuk sahibi olanların çocuk sayısı ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.13’de verilmiştir.

Tablo 4.13. Çocuk Sayısına Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

		1 çocuk	2 çocuk	3 çocuk ve fazlası	F/X ²	p
		ST/Ort±SS	ST/Ort±SS	ST/Ort±SS		
BAÖ ¹		28,00	26,05	29,07	0,309	0,857
BDÖ ¹		24,77	25,56	38,14	4,249	0,119
Bedensel Boyut Puanı ²		16,46±1,97	16,59±2,59	16,98±1,97	0,118	0,889
Ruhsal Boyut Puanı ²		15,11±2,72	15,66±2,46	15,43±2,35	0,237	0,790
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²		14,76±2,92	14,92±2,29	14,67±3,36	0,039	0,962
Çevre Boyut Puanı ²		15,38±1,68	15,67±1,91	15,49±1,98	0,131	0,877

¹:Kruskal-Wallis; ²:ANOVA;

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi çocuk sahibi olanların çocuk sayısına göre BAÖ, BDÖ, bedensel boyut, ruhsal boyut, sosyal ilişkiler boyutu ve çevre boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin mesleklerini isteyerek seçme durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.14’de verilmiştir.

Tablo 4.14. Mesleği İsteyerek Seçme Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

		İsteyerek Seçen	İstemeyerek Seçen	U/t	p
		SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹		50,14-4462,50	53,41-587,50	457,500	0,724
BDÖ ¹		49,92-4443,00	55,18-607,00	438,000	0,570
Bedensel Boyut Puanı ²		16,03±2,25	14,91±3,30	1,467	0,146
Ruhsal Boyut Puanı ²		15,23±2,35	14,67±2,58	0,740	0,461
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²		14,88±2,49	12,85±3,06	2,482	0,015*
Çevre Boyut Puanı ²		15,05±2,12	14,18±2,53	1,247	0,215

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;*p<0,05;

Tablo 4.14’de görüldüğü gibi katılımcıların mesleği isteyerek seçme durumuna göre BAÖ, BDÖ, bedensel boyut, ruhsal boyut ve çevre boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Mesleği isteyerek seçenlerin sosyal ilişkiler boyutu puanlarının aritmetik ortalaması (14,88±2,49) isteyerek seçmeyenlerin

aritmetik ortalamasına (12,85±3,06) göre daha yüksektir. Mesleğini isteyerek seçme durumu ile sosyal ilişkiler boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,482;p<0,05).

Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.15’de verilmiştir.

Tablo 4.15. Aylık Gelire Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	1301TL- 3000TL arası alan	4501TL ve üzeri alan	U/t	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	51,32-2566,00	49,68-2484,00	1209,000	0,777
BDÖ ¹	53,65-2682,50	47,35-2367,50	1092,500	0,277
Bedensel Boyut Puanı ²	15,22±2,38	16,58±2,23	-2,946	0,004*
Ruhsal Boyut Puanı ²	15,00±2,19	15,33±2,54	-0,702	0,485
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,43±2,80	14,88±2,44	-0,863	0,390
Çevre Boyut Puanı ²	14,36±2,37	15,54±1,80	-2,788	0,006*

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;*p<0,01;

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi katılımcıların aylık gelir durumuna göre BAÖ, BDÖ, ruhsal boyut ve sosyal ilişkiler boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Aylık geliri 1301TL-3000TL olanların bedensel boyut puanlarının aritmetik ortalaması (15,22±2,38) aylık geliri 4501TL ve üzeri olanların aritmetik ortalamasına (16,58±2,23) göre daha düşüktür. Aylık gelir durumu ile bedensel boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,946;p<0,01). Aylık geliri 1301TL-3000TL olanların çevre boyut puanlarının aritmetik ortalaması (14,36±2,37) aylık geliri 4501TL ve üzeri olanların aritmetik ortalamasına (15,54±1,80) göre daha düşüktür. Aylık gelir durumu ile çevre boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,788;p<0,01).

Araştırmaya katılan kişilerin statüsü ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16. Statüsüne Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Kadrolu Çalışan	Sözleşmeli Çalışan	U/t	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	46,95-1033,00	51,50-4017,00	780,000	0,515
BDÖ ¹	45,30-996,50	51,97-4053,50	743,500	0,340
Bedensel Boyut Puanı ²	16,60±2,71	15,71±2,28	1,551	0,124
Ruhsal Boyut Puanı ²	15,73±2,55	15,01±2,31	1,260	0,211
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	15,94±2,34	14,29±2,60	2,685	0,009*
Çevre Boyut Puanı ²	15,27±2,42	14,86±2,11	0,784	0,435

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;*p<0,01;

Tablo 4.16 incelendiğinde katılımcıların statüsü ile BAÖ, BDÖ, bedensel boyut, ruhsal boyut ve çevre boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Kadrolu olanların sosyal ilişkiler boyut puanı aritmetik ortalaması (15,94±2,34) sözleşmeli olanların aritmetik ortalamasına (14,29±2,60) göre daha yüksektir. Statü durumuna göre sosyal ilişkiler boyutu puanları arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır (t=2,685;p<0,01).

Araştırmaya katılan kişilerin günlük çalışma süresi ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Günlük Çalışma Süresine Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	7 saat çalışan	8 saat çalışan	9 saat çalışan	10 saat çalışan	F/X²	P	Fark
	ST/Ort±SS	ST/Ort±SS	ST/Ort±SS	ST/Ort±SS			
BAÖ ¹	50,25	45,41	49,97	56,16	2,633	0,452	
BDÖ ¹	40,92	45,18	52,67	56,61	3,723	0,293	
Bedensel Boyut Puanı ²	17,05±0,92	16,73±1,80	16,32±2,76	14,64±2,44	6,565	0,000**	10<8,9
Ruhsal Boyut Puanı ²	16,56±1,36	15,42±2,40	15,19±2,77	14,67±2,19	1,401	0,247	
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	16,89±1,38	15,01±2,54	15,11±1,83	13,69±2,87	3,828	0,012*	10<7
Çevre Boyut Puanı ²	15,56±1,16	15,54±2,10	15,16±1,95	14,13±2,28	3,142	0,029*	10<8

¹:Kruskal-Wallis; ²:ANOVA; *p<0,05;**p<0,01;

Tablo 4.17'ye göre günlük çalışma süresi ile BAÖ, BDÖ ve ruhsal boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Günlük çalışma süresi ile yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=6,565; p<0,01$). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için Tukey analizi yapıldı. Analiz sonucunda, günlük 10 saat çalışanların bedensel boyut puanının aritmetik ortalaması ($14,64\pm2,44$), günlük 8 saat çalışanların aritmetik ortalamasından ($16,73\pm1,80$) ve günlük 9 saat çalışanların aritmetik ortalamasından ($16,32\pm2,76$) daha düşüktür. Günlük çalışma süresi ile yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3,828; p<0,05$). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için Tukey analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, günlük 10 saat çalışanların sosyal ilişkiler boyut puanının aritmetik ortalaması ($13,69\pm2,87$), günlük 7 saat çalışanların aritmetik ortalamasından ($16,89\pm1,38$) daha düşüktür. Günlük çalışma süresi ile yaşam kalitesinin çevre boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3,142; p<0,05$). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için Tukey analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, günlük 10 saat çalışanların çevre boyut puanının aritmetik ortalaması ($14,13\pm2,28$), günlük 8 saat çalışanların aritmetik ortalamasından ($15,54\pm2,10$) daha düşüktür.

Araştırmaya katılan kişilerin meslekte toplam çalışma süresi ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Kıdeme Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

		a.Kıdemi 1 yıldan az	b.Kıdemi 1-5 yıl	c.Kıdemi 5-10 yıl	d.Kıdemi 11 yıl ve üzeri	F/X ²	p	Fark
		ST/Ort±SS	ST/Ort±SS	ST/Ort±SS	ST/Ort±SS			
BAÖ ¹		48,81	53,75	54,55	48,87	0,695	0,874	
BDÖ ¹		45,22	62,20	52,55	46,84	5,045	0,169	
Bedensel Puanı ²	Boyut	15,37±2,34	14,44±2,40	15,71±2,16	16,78±2,12	6,083	0,001**	a<d
Ruhsal Puanı ²	Boyut	14,96±2,28	14,39±2,39	15,27±2,14	15,56±2,41	1,301	0,279	
Sosyal Boyutu Puanı ²	İlişkiler	15,04±1,93	13,33±3,37	13,73±2,67	15,28±2,24	3,613	0,016*	b<d
Çevre Puanı ²	Boyut	15,16±2,44	13,72±2,24	14,40±2,20	15,53±1,83	4,172	0,008**	b<d

¹:Kruskal-Wallis; ²:ANOVA; *p<0,05;**p<0,01;

Tablo 4.18 incelendiğinde; meslekte toplam çalışma ile BAÖ, BDÖ ve ruhsal boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Meslekte toplam çalışma süresi ile yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=6,083; p<0,01$). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için Tukey analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, kıdemi 1 yıldan az olanların bedensel boyut puanının aritmetik ortalaması ($15,37\pm2,34$), kıdemi 11 yıl ve üzeri olanların aritmetik ortalamasından ($16,78\pm2,12$) daha düşüktür. Meslekte toplam çalışma süresi ile yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3,613; p<0,05$). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için Tukey analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, kıdemi 1-5 yıl olanların sosyal ilişkiler boyutu puanının aritmetik ortalaması ($13,33\pm3,37$), kıdemi 11 yıl ve üzeri olanların aritmetik ortalamasından ($15,28\pm2,24$) daha düşüktür. Meslekte toplam çalışma süresi ile yaşam kalitesinin çevre boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=4,172; p<0,01$). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için Tukey analizi yapıldı. Analiz sonucunda, kıdemi 1-5 yıl olanların çevre boyut puanının aritmetik ortalaması ($13,72\pm2,24$), kıdemi 11 yıl ve üzeri olanların aritmetik ortalamasından ($15,53\pm1,83$) daha düşüktür.

Araştırmaya katılan kişilerin haftalık çalışma süresi ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.19’da verilmiştir.

Tablo 4.19. Haftalık Çalışma Süresine Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

		Ortalama 40 saat çalışan	Ortalama 45 saat ve üstü çalışan	U/t	p
		SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹		42,69-768,50	52,21-4281,50	597,500	0,206
BDÖ ¹		41,36-744,50	52,51-4305,50	573,500	0,139
Bedensel Boyut Puanı ²	Boyut	17,27±1,26	15,60±2,48	2,761	0,007**
Ruhsal Boyut Puanı ²		15,59±2,45	15,07±2,36	0,841	0,402
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	İlişkiler	15,93±2,22	14,37±2,63	2,324	0,022*
Çevre Boyut Puanı ²		15,95±2,27	14,73±2,11	2,194	0,031*

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test; **p<0,01; *p<0,05;

Tablo 4.19 incelendiğinde; katılımcıların haftalık çalışma süresi ile BAÖ, BDÖ ve ruhsal boyut puanları arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur. Haftalık çalışma süresi ortalama 40 saat olanların bedensel boyut puanının aritmetik ortalaması (17,27±1,26) ortalama 45 saat ve üstü olanların aritmetik ortalamasına (15,60±2,48) göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (t=2,761;p<0,01). Haftalık çalışma süresi ortalama 40 saat olanların sosyal ilişkiler boyutu puanının aritmetik ortalaması (15,93±2,22) ortalama 45 saat ve üstü olanların aritmetik ortalamasına (14,37±2,63) göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (t=2,324;p<0,05). Haftalık çalışma süresi ortalama 40 saat olanların çevre boyutu puanının aritmetik ortalaması (15,95±2,27) ortalama 45 saat ve üstü olanların aritmetik ortalamasına (14,73±2,11) göre daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (t=2,194;p<0,05).

Araştırmaya katılan kişilerin halen nöbet tutma durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablo 4.20. Halen Nöbet Tutma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Nöbet Tutan	Nöbet Tutmayan	U/t	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	56,35-2817,50	44,65-2232,50	957,500	0,043*
BDÖ ¹	53,29-2664,50	47,71-2385,50	1110,500	0,335
Bedensel Boyut Puanı ²	15,06±2,64	16,74±1,79	-3,728	0,000**
Ruhsal Boyut Puanı ²	14,81±2,46	15,52±2,25	-1,501	0,137
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,21±2,76	15,09±2,43	-1,694	0,094
Çevre Boyut Puanı ²	14,28±2,29	15,63±1,85	-3,253	0,002**

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;*p<0,05; **p<0,01;

Tablo 4.20 incelendiğinde; katılımcıların halen nöbet tutma durumuna göre BDÖ, ruhsal boyut ve sosyal ilişkiler boyutu puanları arasında istatistiksel olarak farklılık yoktur. Halen nöbet tutanların BAÖ puan sıra ortalaması (SO=56,35) nöbet tutmayanların sıra ortalamasına (SO=44,65) göre istatistiksel olarak daha yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (U=957,500;p<0,05). Halen nöbet

tutanların bedensel boyut puanının aritmetik ortalaması (15,06±2,64) nöbet tutmayanların aritmetik ortalamasına (16,74±1,79) göre istatistiksel olarak daha yüksektir. Halen nöbet tutma durumuna göre bedensel boyut puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (t=-3,728;p<0,01). Halen nöbet tutanların çevre boyut puanının aritmetik ortalaması (14,28±2,29) nöbet tutmayanların aritmetik ortalamasına (15,63±1,85) göre istatistiksel olarak daha düşüktür. Halen nöbet tutma durumuna göre bedensel boyut puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmuştur (t=-3,253;p<0,01).

Araştırmaya katılan kişilerin günde karşılaştıkları hasta sayısı ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.21’de verilmiştir.

Tablo 4.21. Karşılaşılan Hasta Sayısına Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	a.20 Hasta Gören	b.21-40 Hasta Gören	c.41 Üzeri Hasta Gören	F/X²	P	Fark
	ST/Ort±SS	ST/Ort±SS	ST/Ort±SS			
BAÖ ¹	52,69	51,33	45,44	1,009	0,604	
BDÖ ¹	54,63	51,05	42,35	2,787	0,248	
Bedensel Boyut Puanı ²	15,39±2,42	16,21±2,31	16,40±2,39	1,814	0,169	
Ruhsal Boyut Puanı ²	15,04±2,34	15,03±2,13	15,58±2,76	0,483	0,618	
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,42±2,94	14,55±2,14	15,22±2,64	0,761	0,470	
Çevre Boyut Puanı ²	14,30±2,38	15,23±1,75	15,72±2,05	3,897	0,024*	a<c

¹: Kruskal-Wallis; ²:ANOVA; *p<0,05;

Tablo 4.21’e göre araştırmaya katılanların gün içinde karşılaştıkları hasta sayısına göre BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi bedensel, ruhsal ve sosyal ilişkiler boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Araştırmaya katılanların gün içinde karşılaştıkları hasta sayısına ile yaşam kalitesinin çevre boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,897;p<0,05). Bu farkın hangileri arasında olduğunu saptamak için Tukey analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, 20 ve daha az hasta ile karşılaşanların çevre boyut

puanının aritmetik ortalaması (14,30±2,38) 41 ve üstü hasta ile karşılaşanların çevre boyut puanının aritmetik ortalamasından (15,72±2,05) daha düşüktür.

Araştırmaya katılan kişilerin bugüne dek her hangi bir psikiyatrik hastalık geçirme durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.22’de verilmiştir.

Tablo 4.22. Bir Psikiyatrik Hastalık Geçirme Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Psikiyatrik Geçmişi Var	Psikiyatrik Geçmişi Yok	U/t	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	38,67-232,00	51,26-4818,00	211,000	0,301
BDÖ ¹	48,17-289,00	50,65-4761,00	268,000	0,839
Bedensel Boyut Puanı ²	16,86±1,87	15,84±2,42	1,006	0,317
Ruhsal Boyut Puanı ²	16,78±1,29	15,06±2,39	1,735	0,086
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,67±2,07	14,65±2,66	0,013	0,990
Çevre Boyut Puanı ²	15,85±2,19	14,89±2,17	1,047	0,298

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;

Tablo 4.22’ye göre araştırmaya katılanların bugüne dek her hangi bir psikiyatrik hastalık geçirme durumuna göre BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin ailenizde psikiyatrik hastalık geçiren biri olma durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.23’de verilmiştir.

Tablo 4.23. Ailenizde Psikiyatrik Hastalık Geçiren Biri Olma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Ailede Psikiyatrik Hastalığı Olan Var	Ailede Psikiyatrik Hastalığı olan yok	U/t	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	60,90-609,00	49,34-4441,00	346,000	0,231
BDÖ ¹	585,50-585,00	49,61-4465,00	370,000	0,357
Bedensel Boyut Puanı ²	15,71±1,60	15,92±2,47	-0,261	0,795
Ruhsal Boyut Puanı ²	15,60±1,73	15,12±2,43	0,608	0,545
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,27±3,39	14,70±2,54	-0,490	0,626
Çevre Boyut Puanı ²	14,58±1,43	14,99±2,24	-0,570	0,570

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;

Tablo 4.23'e göre araştırmaya katılanların ailenizde psikiyatrik hastalık geçiren biri olma durumu göre BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin halen tedavi gördüğünüz önemli bir kronik hastalığı olma durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 4.24. Halen Tedavi Gördüğünüz Önemli Bir Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Kronik Hastalık Var	Kronik Hastalık Yok	U/t	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	56,55-622,00	49,75-4428,00	423,000	0,462
BDÖ ¹	59,32-652,50	49,41-4397,50	392,500	0,284
Bedensel Boyut Puanı ²	15,17±3,55	15,99±2,22	-1,078	0,284
Ruhsal Boyut Puanı ²	14,61±2,08	15,24±2,40	-0,830	0,408
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,79±2,19	14,64±2,68	0,179	0,858
Çevre Boyut Puanı ²	15,43±2,81	14,89±2,10	0,780	0,438

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;

Tablo 4.24'e göre araştırmaya katılanların kişilerin halen tedavi gördüğünüz önemli bir kronik hastalığı olma durumuna göre BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olma durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.25'de verilmiştir.

Tablo 4.25. Stres Altında Olma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Stres Altında SO-ST/Ort±SS	Stres Altında Değil SO-ST/Ort±SS	U/t	P
BAÖ ¹	68,10-1634,50	44,94-3415,50	489,500	0,001**
BDÖ ¹	70,88-1701,00	44,07-3349,00	423,000	0,000**
Bedensel Boyut Puanı ²	14,62±2,84	16,31±2,10	-3,144	0,002**
Ruhsal Boyut Puanı ²	13,92±2,61	15,56±2,16	-3,090	0,003**
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	14,00±2,61	14,86±2,61	-1,407	0,163
Çevre Boyut Puanı ²	14,17±2,25	15,20±2,11	-2,060	0,042*

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;*p<0,05; **p<0,01;

Tablo 4.25 incelendiğinde; çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olma durumu sosyal ilişkiler boyutu puanları arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır. Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların BAÖ puan sıra ortalaması (SO=68,10) stres altında olmayanların sıra ortalamasına (SO=44,94) göre daha yüksektir. Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak farklılık vardır (U=489,500; p<0,01). Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların BDÖ puan sıra ortalaması (SO=70,88) stres altında olmayanların sıra ortalamasına (SO=44,07) göre daha yüksektir. Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak farklılık vardır (U=423,000; p<0,01). Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların bedensel boyut puanlarının aritmetik ortalaması (16,31±2,10) stres altında olanların aritmetik ortalamasına (14,62±2,84) göre daha yüksektir. Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların bedensel boyut puanları arasında istatistiksel olarak farklılık vardır (t=-3,144; p<0,01). Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların ruhsal boyut puanlarının aritmetik ortalaması (15,56±2,16) stres altında olanların aritmetik ortalamasına (13,92±2,61) göre daha yüksektir. Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların ruhsal boyut puanları arasında istatistiksel olarak farklılık vardır (t=-3,090; p<0,01). Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların çevre boyut puanlarının aritmetik ortalaması (15,20±2,11) stres altında olanların aritmetik ortalamasına (14,17±2,25) göre daha

yüksektir. Çalışma hayatı dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında olanların çevre boyut puanları arasında istatistiksel olarak farklılık vardır ($t=-2,060$; $p<0,01$).

Araştırmaya katılan kişilerin sigara kullanma durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.26’da verilmiştir.

Tablo 4.26. Sigara Kullanma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Sigara Kullanıyor	Sigara Kullanmıyor	U/t	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	53,92-1779,50	48,81-3270,50	992,500	0,406
BDÖ ¹	52,65-1737,50	49,44-3312,50	1034,500	0,602
Bedensel Boyut Puanı ²	16,33±1,97	15,69±2,57	1,252	0,214
Ruhsal Boyut Puanı ²	15,03±2,60	15,23±2,26	-0,402	0,688
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	15,23±2,56	14,37±2,62	1,561	0,122
Çevre Boyut Puanı ²	15,16±1,94	14,85±2,29	0,688	0,493

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;

Tablo 4.26 incelendiğinde; araştırmaya katılanların kişilerin sigara kullanma durumuna göre BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin günde kaç tane sigara tüketimine göre BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.27’de verilmiştir.

Tablo 4.27. Günde Kaç Tane Sigara Tüketimine Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	10 ve 10' az	11 ve 11'den fazla	U/t	P
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	18,12-308,00	15,81-253,00	117,000	0,492
BDÖ ¹	17,38-295,50	16,59-265,50	129,500	0,814
Bedensel Boyut Puanı ²	16,34±1,59	16,32±2,36	0,021	0,983
Ruhsal Boyut Puanı ²	14,67±2,70	15,42±2,53	-0,823	0,417
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	15,37±2,27	15,08±2,91	0,320	0,751
Çevre Boyut Puanı ²	14,69±1,88	15,67±1,92	-1,470	0,152

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;

Tablo 4.27'de sigara içenlerin günde kaç tane sigara tüketme sayıları ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin alkol kullanma durumu ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.28'de verilmiştir.

Tablo 4.28. Alkol Kullanma Durumuna Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Alkol Kullanıyor	Alkol Kullanmıyor	U/t	p
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	44,09-749,50	51,81-4300,50	596,500	0,316
BDÖ ¹	50,88-865,00	50,42-4185,00	699,000	0,952
Bedensel Boyut Puanı ²	16,74±1,65	15,73±2,49	1,593	0,114
Ruhsal Boyut Puanı ²	15,61±2,00	15,08±2,44	0,841	0,402
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	15,53±1,76	14,47±2,74	1,522	0,131
Çevre Boyut Puanı ²	15,63±1,87	14,81±2,22	1,428	0,156

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;

Tablo 4.28 incelendiğinde; araştırmaya katılanların kişilerin alkol kullanma durumuna göre BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin alkol tüketme sıklığına göre BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutlarının puanları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları tablo 4.29'da verilmiştir.

Tablo 4.29. Alkol Tüketme Sıklığına Göre BAÖ, BDÖ ve Yaşam Kalitesi Boyutları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonucu

	Hafta da 1	Ayda 1	U/t	P
	Alkol Kullanıyor	Alkol Kullanıyor		
	SO-ST/Ort±SS	SO-ST/Ort±SS		
BAÖ ¹	10,17-61,00	8,36-92,00	26,000	0,476
BDÖ ¹	8,75-52,50	9,14-100,50	31,500	0,879
Bedensel Boyut Puanı ²	17,05±1,05	16,57±1,93	0,556	0,586
Ruhsal Boyut Puanı ²	15,67±2,01	15,58±2,09	0,087	0,932
Sosyal İlişkiler Boyutu Puanı ²	15,56±1,38	15,52±2,00	0,044	0,966
Çevre Boyut Puanı ²	15,85±1,45	15,52±2,12	0,345	0,735

¹:Mann-Whitney; ²:Independent Samples t-test;

Tablo 4.29'da alkol kullananların alkol tüketme sıklığı ile BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır.

4.4. KORELASYON ANALİZİ

İki değişken arasında ilişki olup olmadığını belirlemek ve eğer ilişki varsa, bu ilişkinin yönünü ve ilişki düzeyini göstermek amacıyla korelasyon analizi uygulandı. Korelasyon analizi sonucunda elde edilen r değerinin 0,10 ile 0,29 arasında ise düşük bir ilişkiye işaret ettiğini, 0,30 ile 0,49 arasındaki değerlerin orta düzey bir ilişkiye işaret ettiğini ve 0,50 ile 1,0 arasında ki değerlerin yüksek düzeyde bir ilişkiye işaret ettiği belirtmektedir.

Araştırmada BAÖ, BDÖ, bedensel boyut, ruhsal boyut, sosyal ilişki boyutu ve çevre boyut arasında ilişki olup olmadığını belirlemek ve eğer ilişki varsa bu ilişkinin yönünü (negatif-pozitif) ve ilişkinin düzeyini belirlemek için korelasyon analizi uygulandı. Analiz sonucu Tablo 4.30'da sunulmuştur.

Tablo 4.30. Korelasyon Analizi

		BAÖ	BDÖ	Bedensel boyut	Ruhsal boyut	Sosyal ilişki boyutu	Çevre boyut
BAÖ	r	1					
	p						
BDÖ	r	0,547**	1				
	p	0,000					
Bedensel boyut	r	-0,518**	-0,568**	1			
	p	0,000	0,000				
Ruhsal boyut	r	-0,524**	-0,647**	0,655**	1		
	p	0,000	0,000	0,000			
Sosyal ilişki boyutu	r	-0,204*	-0,380**	0,557**	0,487**	1	
	p	0,042	0,000	0,000	0,000		
Çevre boyutu	r	-0,345**	-0,426**	0,722**	0,628**	0,554**	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
** P < 00,1 *p<00,5							

Tablo 4.30 incelendiğinde; BAÖ puanı ile BDÖ puanı arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,547$; $p<00,01$). H_1 :BAÖ puanı ile BDÖ puanı arasında ilişki vardır.

BAÖ puanı ile yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=-0,518$; $p<0,01$). H_1 :BAÖ puanı ile yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı arasında ilişki vardır.

BAÖ puanı ile yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanı arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=-0,524$; $p<0,01$). H_1 :BAÖ puanı ile yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanı arasında ilişki vardır.

BAÖ puanı ile yaşam kalitesinin sosyal ilişki boyut puanı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki vardır ($r=-0,204$; $p<0,05$). H_1 :BAÖ puanı ile yaşam kalitesinin sosyal ilişki boyut puanı arasında ilişki vardır.

BAÖ puanı ile yaşam kalitesinin çevre boyut puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=-0,345$; $p<0,01$). H_1 :BAÖ puanı ile yaşam kalitesinin çevre boyut puanı arasında ilişki vardır.

BDÖ puanı ile yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=-0,568$; $p<0,01$). H_1 :BDÖ puanı ile yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı arasında ilişki vardır.

BDÖ puanı ile yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanı arasında negatif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=-0,647$; $p<0,01$). H_1 :BDÖ puanı ile yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanı arasında ilişki vardır.

BDÖ puanı ile yaşam kalitesinin sosyal ilişki boyut puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=-0,380$; $p<0,01$). H_1 :BDÖ puanı ile yaşam kalitesinin sosyal ilişki boyut puanı arasında ilişki vardır.

BDÖ puanı ile yaşam kalitesinin çevre boyut puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=-0,426$; $p<0,01$). H_1 :BDÖ puanı ile yaşam kalitesinin çevre boyut puanı arasında ilişki vardır.

Yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı ile ruhsal boyut puanı arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,655$; $p<0,01$). H_1 :Yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı ile ruhsal boyut puanı arasında ilişki vardır.

Yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı ile sosyal ilişki boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,557$; $p<0,01$). H_1 :Yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı ile sosyal ilişki boyutu puanı arasında ilişki vardır.

Yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı ile çevre boyut puanı arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,722$; $p<0,01$). H_1 :Yaşam kalitesinin bedensel boyut puanı ile çevre boyut puanı arasında ilişki vardır.

Yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanı ile sosyal ilişki boyutu puanı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,487$; $p<0,01$). H_1 :Yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanı ile sosyal ilişki boyutu puanı arasında ilişki vardır.

Yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanı ile çevre boyut puanı arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,628$; $p<0,01$). H_1 :Yaşam kalitesinin ruhsal boyut puanı ile çevre boyut puanı arasında ilişki vardır.

Yaşam kalitesinin sosyal ilişki boyutu puanı ile çevre boyut puanı arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde bir ilişki vardır ($r=0,554$; $p<0,01$). H_1 :Yaşam kalitesinin sosyal ilişki boyutu puanı ile çevre boyut puanı arasında ilişki vardır.



5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hastanelerde çalışan sağlık personellerinin anksiyete düzeyleri, depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, literatür ve bu konuda yapılan çalışmalar çerçevesinde tartışılmıştır.

Hastanede çalışan sağlık personellerinin %50'si doktor, %50'si ise diğer sağlık personelidir. Katılımcıların %38'i 28 yaşında veya küçük, %52'si kadın, %50'si lisansüstü mezunu, %61'i evli, evli olanların %86,9'unun çocuğu var, çocuk sahibi olanların %58,5'inin 2 çocuğu bulunmaktadır.%89'unun mesleğini isteyerek seçtiği örneklem grubunun %50'si 1301TL-3000TL, %50'si ise 4501TL'nin üzerinde geliri bulunmaktadır. %78'i sözleşmeli olarak çalışan katılımcıların %55'i haftada 9-10'saatten toplam 45 saat ve üzeri çalışırken, günlük 20'den az hastayla karşılaşmaktadırlar. Alışkanlık ve sağlık durumları incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun; bu güne dek her hangi bir psikiyatrik hastalık geçirmedikleri, ailelerinde psikolojik hastalık geçiren biri olmadığı, çalışma hayatı dışında ciddi ve kronik bir stres altında olmadıkları, sigara ve alkol kullanmadıkları tespit edilmiştir. Katılımcılar ayrıca yaşam kalitesinin iyi olduğunu sağlıklarından da hoşnut olduklarını belirtmişlerdir.

Hastanede çalışan sağlık personellerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin yaş değişkeni ile aralarındaki ilişki incelendiğinde BAÖ, BDÖ, ruhsal boyut ve sosyal ilişkiler boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış, bedensel boyut ve çevre alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yaş değişkeninin yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir (Memik vd., 2007). Saygın ve ark. (2011), radyoloji çalışanlarının depresyon ve anksiyete düzeylerini inceledikleri çalışmalarında yaş ile BAÖ ve BDÖ değerleri arasında farklı olarak pozitif anlamlı korelasyon tespit etmişlerdir. Muşlu ve ark. (2012) ise yine hemşirelerin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında benzer şekilde hemşirelerin yaşları ile depresyon, anksiyete ve yaşam kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit etmemişlerdir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte insanların fiziksel belirtilerinde olumsuz yönde bir gidişat görülebilir. Bu durum çalışan kişilerin performanslarında olumsuz yönde bir etki ortaya koyabilir. Ortaya çıkan bu

kötü performans kaygı ile birlikte çalışanların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir.

Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin mesleği ile arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel boyut ve çevre boyut puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiş. BDÖ, BAÖ ve yaşam kalitesi alt boyutlardan da ruhsal boyut ve sosyal ilişkiler boyut puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Kişinin iş yerinde ki yaşam kalitesinin artması için; kurum içerisinde güvenli iş ortamının sağlandığı, kurum içerisinde kendisine ihtiyaç duyulduğunu hissettiği ve mesleki olarak kendini geliştirdiği bir ortam sağlanmalı (Özalp ve Kirel, 2001).

Hastanede çalışan sağlık personellerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin cinsiyet değişkeni ile aralarındaki ilişki incelendiğinde, yaşam kalitesinin alt boyutlarından ruhsal boyut, bedensel boyut ve çevre boyut puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilirken BAÖ, BDÖ ile sosyal ilişkiler alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Cinsiyet kavramı da depresyon belirtilerin ortaya çıkmasında önemli bir faktördür (Yemez ve Alptekin, 1998). Cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında da pozitif bir yönlü ilişki vardır (Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Kızılırmak ve Demir (2015), Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesini incelemişler, hemşirelerin yaş değişkenleri ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir. Araştırmanın yapıldığı şehirde ki kültürel yapı aile içerisindeki görev dağılımının büyük bir kısmını kadın profiline yüklemesi ve bununla birlikte kadının aynı zamanda çalışıyor olması yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etki yaratabilir.

Hastanede çalışan sağlık personellerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin eğitim durumları ile aralarındaki ilişki incelendiğinde yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel puan, ruhsal puan ve çevre boyut puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında fark tespit edilirken BDÖ, BAÖ ve yaşam kalitesi alt boyutlardan sosyal boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eğitim seviyesinin yetersiz olması depresyon içerisindeki temel risk faktörlerinden birisi olarak görülmektedir (Ertuğrul, 2010). Muşlu ve ark. (2012), Hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında

bizim çalışmamızdan farklı olarak hemşirelerde eğitim ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark tespit etmemişlerdir. Eğitim seviyesinin yetersiz olması, çalışan üzerinde yetersizlik duygusu ile birlikte karamsar bir profil ortaya çıkarabilir. Bu durumla bağlantılı olarak kişideki depresyon görülme riskini artırabilir.

Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin medeni durumları ile arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel boyut ve çevre boyut puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiş. BDÖ, BAÖ ve yaşam kalitesi alt boyutlardan da ruhsal boyut ve sosyal ilişkiler boyut puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Yapılan araştırmalar dul bireylerin depresyon seviyeleri yüksek iken evli olanların ise düşük olduğunu ve evlilikte yaşanan sorunların depresyon riskini arttırdığını söylemekte (Yakın, 2014). Saygılı ve ark. (2016), bir hastane de çalışan sağlık personelinin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit etmişlerdir. Dul veya tek yaşayan bireyler de yalnız kalma, yalnız ölme korkusu ve ileri dönemde ortaya çıkabilecek olan öz bakım yetersizliği ile birlikte görülebilen karamsarlık durumu, depresyona yakalanma ihtimalinde artışa sebep olabilir.

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin, çocuğa sahip olma durumu ve çocuğu var ise sayısı ile arasındaki ilişkiye bakıldığında BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesinin alt boyutları içerisinde anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Çalışanların mesleklerini isteyerek seçme durumu ile anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediğimizde sosyal ilişkiler boyut puanında anlamlı bir fark tespit edilirken BDÖ, BAÖ ve alt boyutlardan bedensel boyut, ruhsal boyut ve çevre boyut puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Kişinin iş yerinde ki yaşam kalitesinin artması için; kurum içerisinde güvenli iş ortamının sağlandığı, kurum içerisinde kendisine ihtiyaç duyulduğunu hissettiği ve mesleki olarak kendini geliştirdiği bir ortam sağlanmalı (Özalp ve Kirel, 2001). Durmuş ve Günay (2007), sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyini etkileyen faktörleri araştırdıklarında mesleklerini isteyerek seçen ve severek yapan sağlık çalışanların iş doyumunu ile anksiyete puanları arasında fark tespit etmişlerdir. Birey isteyerek çalışmadığı bir meslek ya da ortamda yeterli performansı gösteremeyebilir bu durumda kişinin üzerinde

yetersizlik duygusu ile birlikte depresyon riski ortaya çıkabilir. Bu durum da ileri süreçte çalışan kişinin sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir.

Hastanede çalışan sağlık personellerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin aylık gelirleri ile aralarındaki ilişki incelendiğinde, yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel boyut ve çevre boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanırken BDÖ, BAÖ ve alt boyutlardan ruhsal boyut ve sosyal ilişkiler boyutuna baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kişilerin temel gereksinimleri içerisinde barınma, beslenme, ısınma, korunma gibi temel ihtiyaçlar barınmaktadır. Gelir seviyesi düşük olan kişiler bu yönde ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandıkları için yaşam kalitesi düşmektedir. Buna karşılık ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek kadar geliri olan bireyler bu ihtiyaçları karşılayabildikleri için daha rahat yaşamakta, ihtiyaçlarını karşılama kaygısı içerisine girmemektedirler. Bu tür kaygıları az yaşayan bireylerde yaşam kalitesinde ki seviye olumlu yönde etkilenmektedir (Demirkıran, 2012). Kızılırmak ve Demir (2015), Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesini incelemişler, hemşirelerin ekonomik değişkenleri ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir. Gelirleri iyi seviyeleri düşük olan bireylerin yaşam koşullarının yetersiz olması bireyin yaşam kalitesinde düşüşe sebep olabilir.

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin, statü durumları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında sosyal ilişkiler boyut puanı arasında fark tespit edilirken BDÖ, BAÖ ve alt boyutlar içerisinde bedensel boyut, ruhsal boyut ve çevre boyut puanları incelendiğinde anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin günlük çalışma süresi ile aralarındaki ilişki incelendiğinde, yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel boyut, sosyal ilişkiler boyutu ve çevre boyut puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilirken, BDÖ, BAÖ ile yaşam kalitesi alt boyutlarından ruhsal boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Türkiye sınırlarındaki sağlık kurumlarının personellere sağladığı imkânlar sağlık personellerinin stres düzeyini doğrudan etkilemektedir. Hastanenin donanımsal eksiklikleri, hasta sayısının fazla olması, sağlık çalışanlarının yetersiz olması, çalışma saatlerinin fazla olması personeller

üzerinde strese sebep olduğu gözlemlenmiştir (Laaland Aliramaie, 2010). Günlük çalışma saatlerinin fazla olması, kişinin sosyal yaşamına gerekli zamanı ayıramaması ve fiziksel olarak normalinden fazla efor sarf etmesiyle birlikte yaşam kalitesinde psikolojik ve fizyolojik olarak bir bozukluğa sebep verebilir.

Çalışanların kıdemleri ile anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediğimizde sosyal boyut puanı, bedensel boyut puanı ve çevre boyut puanında anlamlı bir fark tespit edilirken BDÖ, BAÖ ve yaşam kalitesi alt boyutlarından ruhsal boyut puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Hastanede çalışan sağlık personellerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin haftalık çalışma süresi ile aralarındaki ilişki incelendiğinde, yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel boyut, sosyal ilişkiler boyutu ve çevre boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanırken BDÖ, BAÖ ve yaşam kalitesi alt boyutlarından olan ruhsal boyutta istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışanların iş koşullarının zor olması bunun içerisine çalışma saatlerini de katabiliriz, çalışanlardaki kaygı seviyesini arttırdığı yönünde düşünülmektedir. Hastane ortamında çalışan personellerin tümünde oluşan kaygı ile birlikte depresyon görülme olasılığının yüksek olduğu kanısına varılmıştır (Hoffman and Scott, 2003). Perim (2007) hemşirelerin yaşam kalitesi algısının belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada çalışma süresi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark tespit etmiştir.

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin, halen nöbet tutma durumları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında BAÖ ve yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel boyut puanı ile çevre boyut puanı arasında fark tespit edilirken BDÖ ve yaşam kalitesi alt boyutlarından ruhsal boyut, çevre boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Birey ihtiyaçlarını karşılayabilmek için çalışmak zorundadır. Bireyin çalışmak zorunda olduğu iş ortamı onun isteğine göre olmalıdır. Yani birey beğenmediği bir iş ortamında çalışırsa mutsuz olacaktır. (Akgündüz, 2013). Saygılı ve ark. (2016), bir hastane de çalışan sağlık personelinin yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ile nöbet hizmetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit etmişlerdir. Nöbet tutma saatleri çalışanların duygu durumunu olumsuz yönde etkileyecek kadar

uzunsa ya da nöbet saatlerinde çalışanların kapasitesinden fazla iş yükü uygulanıyorsa çalışanlar mutsuz bir tablo çizebilir ve bu durum çalışanların yaşam kalitesini bozabilir.

Sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin, karşılaşılan hasta sayısı ile aralarındaki ilişki incelendiğinde yaşam kalitesinin alt boyutlarından çevre boyut puanı ile arasında anlamlı bir fark tespit edilirken, BDÖ, BAÖ ve yaşam kalitesinin alt boyutlarından bedensel boyut ruhsal boyut ile sosyal ilişkiler boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin alt boyutlarının, ailenizde psikiyatrik bir hastalık geçiren biri olma durumu, halen tedavi gördüğünüz önemli bir kronik hastalık olma durumu ile arasındaki ilişkiye bakıldığında BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesinin alt boyutları içerisinde anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin, stres altında olma durumu ile arasındaki ilişkiye bakıldığında BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesi alt boyutlarından bedensel boyut, ruhsal boyut, çevre boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı fark olduğu tespit edilirken yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal ilişkiler boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. İş hayatı ve sosyal yaşam içerisinde ki zorlukların artması, beraberinde gelen stres, bireylerin ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir bununla beraberinde gelen karamsarlığın getirdiği duyguların kişiler üzerinde görülmesi, depresyona neden olabilmektedir (Akman ve Abaslı 2016). Gürsoy ve ark. (2007), ameliyathane de çalışan sağlık personellerinin iş yaşantısı ile stres arasındaki ilişkiyi incelediklerinde çalışmamızla benzer şekilde anlamlı bir fark olduğu tespit etmişlerdir. Kişilerin stres altında çalışması işlerini kötü ve eksik yapmasına sebep verebilir ve durum kişi üzerinde bir yetersizlik duygusu bir özgüven eksiliğine sebep olabilir. Bu durumla bağlantılı olarak ortaya çıkan karamsar duygular kişi üzerinde depresyon belirtilerinin görülme ihtimalini arttırabilir.

Hastanede çalışan sağlık personellerinin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitelerinin; sigara kullanım durumu, günlük sigara tüketimi, alkol kullanım durumu, alkol tüketim sıklığı aralarındaki ilişkiye bakıldığında BAÖ, BDÖ ve yaşam kalitesinin alt boyutları içerisinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

6. SONUÇ

Hastanede çalışan sağlık personellerinin BAÖ ve BDÖ puanları ile yaşam kalitesinin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alt boyutları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yaş, meslek, medeni durum, aylık gelir ve nöbet tutma değişkenleri ile yaşam kalitesinin bedensel ve çevre alt boyutları arasında, cinsiyet ve eğitim değişkenleri ile yaşam kalitesinin bedensel, ruhsal ve çevre alt boyutları arasında, mesleğini isteyerek seçme ve statü değişkenleri ile yaşam kalitesinin sosyal ilişkiler alt boyutu arasında, günlük çalışma süresi ve kıdem değişkenleri ile yaşam kalitesinin bedensel ve sosyal çevre alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır.

Bu sonuçlara göre aşağıdaki önerileri belirtmek mümkündür;

Sağlık personellerinin görevlerini yaptıkları sırada dikkat ve özveri ile çalışmaları gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi bakımından sağlık personellerinin yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, önemlidir.

Sağlık çalışanlarında personel sorunları bireysel bir sorun olarak değil, kurumsal olarak değerlendirilmeli; personel takip sistemi oluşturularak ileriye dönük ve yaratıcı çalışmalara imkan tanınmalıdır.

Sağlık personelinin yaşam kalitelerinin arttırılmasının hem günlük hayatlarında hem de çalıştıkları ortamlarda pozitif yönde bir adım olabilir. Bu noktada çalışma ortamında yapılacak olan düzeltmelerin sağlık personelinin mevcut sorunlarının giderilmesine ortam sağlayabilir.

Sağlık kuruluşlarındaki olumsuzluklar sağlık personellerini daha fazla etkilemektedir. Bu olumsuzluklar arasında olan ekonomik, sosyal, mental ve sağlıkla ilişkili sorunlar sağlık personellerinde depresyonu artırmaktadır. Bu nedenle sağlık personellerinin mevcut çalışma koşullarının personelin kişisel özellikleri göz önüne alınarak belirlenmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Akgündüz, Y., 2013. “Konaklama İşletmelerinde İş Doyumu, Yaşam Doyumu ve Öz Yeterlilik Arasındaki İlişkinin Analizi”, CBÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 180-204.
- Akman, Y. ve Abaslı, K., 2016. “Öğretmenlerin Depresif Okul Algılarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi”, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(2), 1111-1124.
- Aksaçlıoğlu, A.G. ve Yılmaz, B. 2007. Öğrencilerin Televizyon İzlemeleri ve Bilgisayar Kullanmalarının Okuma Alışkanlıkları Üzerine Etkisi, Türk Kütüphaneciliği, 21(1), 3-28.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Aslan, N. ve Arslan C.B. 2012. “Ergenlerin Boş Zaman Değerlendirme Algısı”, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 42, 23-35.
- Aşkın, R., 2000. “Kronik Depresyon”, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Duygudurum Dizisi, 1, 44-47.
- Aydiner Boylu, A., ve Öztop, H. 2013. “Tek Ebeveynli Aileler: Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, Sosyo Ekonomi Dergisi, 1, 207-220.
- Ayyıldız, H. Major Depresyon ve Panik Bozuklukta Serum S100B Seviyeleri, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya ve Klinik Biyokimya Bölümü, İstanbul, 2008.
- Bal, U. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, 2010.
- Bal, U., Soner, Ç., ve Uğuz, Ş. 2013. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(4), 441-459
- Ballou, B. And Godwin, N.H. 2007. “Quality of “Work Life”: Have You Invested in Your Organization’s Future? Strategic Finance, October: 41-45.
- Baltaş A. ve Baltaş Z. Stres ve İnsan. Stres ve Başa Çıkma Yolları. 20. Baskı. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2000.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Gültekin, B.K., Şar, V., Taycan, O. ve Ulaş, H. 2013. “Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24, 1-18.
- Çakır S. 2009. “Genel Tıpta Depresyon”. Klinik Gelişim Psikiyatri; 22, 61-64.

Çelik, Y.Ç. Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Uyku Bozukluğu Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 2018.

Demirkıran, S. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 2012.

Durmuş, S., Günay, O. 2007. “Hemşirelerde iş doyumu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler”. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(2), 139-146.

Ekim, A. ve Ocakçı, A.F. 2012. “8-12 Yaş Arası İşitme Engelli Çocuklarda Yaşam Kalitesi”. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11: 17-23.

Ertuğrul E. Üniversite Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Zonguldak, 2010.

Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser S, Elbi, H. ve Göker, E. 1999. “WHOQOL 100 ve WHOQOL-BREF’in psikometrik özellikleri”. *3P Dergisi*, 7, 23-40.

Eşsizoglu, A. ve Arısoy, Ö. 2008. “Hemşirelerin Depresyona ve Depresyon Hastalarına Karşı Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma”, *Dicle Tıp Dergisi*, 35(3), 167-176.

Gezer, E., Stres Veren Yaşam Olaylarının, Öğretim Elemanlarının, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerine Etkisi, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Ankara, 2008.

Gürsoy, A.A., Çolak, A., Danacı, S., ve Çakar, Y. 2007. Ameliyathane Hemşirelerinde İş Doyumu, Anksiyete ve Tükenmişlik:(Trabzon Örneği). *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 9(1), 28-37

Hays R, Wells K, Sherbourne C, Rogers W, Spitzer K, 1995. Functioning and Well-Being Outcomes Of Patients With Depression Compared With Chronic Medical Illness. *Arch Gen Psychiatry*, 52(1), 11-19.

Hoffman, A. J. and Scott, L.D. 2003. Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. *Journal of Nursing Administration*, 33(6), 337-342.

Karayağız, Ş. Bipolar ve Unipolar Depresyonda Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2013.

Kaya, B. ve Kaya, M. 2007. “1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış”. *Klinik Psikiyatri*. 10, 3-10.

- Kızılırmak, M. ve Demir, S. 2016. “Hastanede çalışan hemşirelerde depresyon ve yaşam kalitesinin incelenmesi”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(2): 132-140
- Kocacık, F. ve Gökkaya B. V., 2005. “Türkiye’de Çalışan Kadınlar ve Sorunları”; Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 6(1), 195-219.
- Koçoğlu, D. ve Akın, B. 2009. “Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(4), 145-154.
- Köse, H. Dağcılar ve Sedanterlerde Öz Bilinç ile Depresyon, Anksiyete ve Stres İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği ana bilim dalı, Sakarya, 2009.
- Laal, M. and Aliramaie, N., (2010) “Nursing and Coping with Stress”, International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health, 2(5), 168-181.
- Memik N. Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri Ö. Ş. ve Karakaya, I. 2007. “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenirliği”. Türk Psikiyatri Dergisi, 18: 353-363.
- Mete H. 2008. “Kronik Hastalık ve Depresyon”. Klinik Psikiyatri 11(Ek 3), 3-18.
- Mosadeghrad, A.M., Ferlie, E., Rosenberg D., 2011. “A Study of Relationship Between Job Stress, Quality of Working Life And Turnover Intention Among Hospital Employees”. Health Services Management Research, 24(4), 170–181.
- Muşlu, C. 2012. “Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi”. Konuralp Tıp Dergisi, (1), 17-23.
- Perim, A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, 2007.
- Özkalp, E. ve Kirel, Ç. Örgütsel Davranış, Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı, Yayın No:149, Eskişehir, 2001.
- Özmete, E. 2010. “Aile Yaşam Kalitesi Dinamikleri: Aile İletişimi, Ebeveyn Sorumlulukları, Duygusal, Duygusal Refah, Fiziksel/Materyal Refahın Algılanması”, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 3(11), 455-465.
- Sabuncu N, Ecevit Alpar Ş, Özdilli K, Batmaz M, Bahçecik N, Özhan F. ve Dursun S. Hemşirelikte Temel Kavramlar- Stres. Sabuncu N. Ed. Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar, Alter Yayıncılık, Ankara, 2008.
- Savrun M. Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi, Depresyon, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, 1999.

Saygılı M., Avcı K., Sönmez. S. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesine İlişkin Bir Değerlendirme: Bir Kamu Hastanesi Örneği, The Journal of Academic Social Science Studies, 52, 437-451

Saygın, M., Yaşar, S., Çetinkaya, G., Kayan, M., Özgüner, M. F., ve Korucu, C.Ç. 2011. “Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri”. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3), 139-144.

Schulze, N. Yaşam Kalitesini Yükselten Temel Unsur Olarak İşin İnsancıllaştırılması. 6. Ergonomi Kongresi, 27-29 Mayıs 1998, M.P.M. Yayınları, Ankara, 1998.

Şahin, L. Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2015.

Şayan E.Kanserlerde Depresyon ve Tükenmişlik, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Preventif Onkoloji Anabilim Dalı Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı, İstanbul, 2010.

Taner Y.I. 2016. “Anksiyete Bozuklukları Özel Sayısı”, Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi Özel Dergisi, 2(3), 1-6.

TDK Sözlük,
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5b2c03800ae713.63695461 (E.T. 20.08.2018).

Testa M.A, Simonson D.C. 1996. Assesment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med, 334, 835-840.

The WHOQOL Group. 1995. “The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): positionpaperfromthe World Health Organization. Soc. Sci Med 41: 1403-1409.

Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. 2008. “Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme”, Çağdaş Yerel Yönetimler, 17 (2), 23-44.

Türkçapar, H. 2004. “Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri”, Klinik Psikiyatri, Ek, 4, 12-16.

Uzbay İ.T. 2002. “Anksiyetenin Nörobiyolojisi”. Klinik Psikiyatri Dergisi, 5 (Ek Sayı: 1), 5-13.

Ulusoy M, Şahin N, Erkmén H. Turkish version of TheBeck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cognitive Psychotherapy, 1996.

Uzun, C., (2008). Kişilerarası İlişkiler, Öfke, Benlik Algısı ve Anksiyete, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ünal, S. ve Özcan, E. (2000). Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(1), 41-48.

WHO, The World Health Organization. WHO definition of health, 1984.

Yakın G. İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2014.

Yapıcı, A. Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiyitimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.

Yemez, B, Alptekin K. 1998. Depresyon Etiyolojisi. Psikiyatri Dünyası. Depresyon 1. 2(1), 21-25.

Yiğit, F. Kardiyoloji Polikliniğine Çarpıntı veya Göğüs Ağrısı Yakınması ile Başvuran 18-25 Yaş Aralığındaki Hastaların Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Mersin, 2015.

EKLER

EK 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE BİLGİ FORMU

Yaşınız :

Cinsiyetiniz : Kadın () Erkek ()

Eğitim durumunuz : İlköğretim (ilkokul – ortaokul) () Üniversite ()

Lise () Lisansüstü ()

Toplam kaç yıl okula gittiniz?

Medeni durumunuz : Hiç evlenmemiş () Evli () Boşanmış ()

Çocuğunuz var mı : Var () Yok () Varta sıyışı:

Mesleğiniz: Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz? Evet () Hayır ()

Aylık geliriniz: 1300 TL veya daha düşük () 1301 TL - 3000 TL ()

3001 TL - 4500 TL () 4500 TL ve üzeri ()

Çalışmakta olduğunuz birim / ünite lütfen belirtiniz.

Statü : Kadrolu () Sözleşmeli () Günlük çalıştığınız türe:

Meslekte toplam çalıştığınız süre:

1 yıldan az () 1-5 yıl arası () 5-10 yıl arası () 11 yıl ve üzeri ()

Haftalık çalıştığınız süre : Ortalama 40 saat () Ortalama 45 saat ve üstü ()

Halen nöbet tutuyor musunuz? Evet () Hayır ()

Günde karşılattığınız hasta sayısı:

Bugüne dek herhangi bir psikiyatrik hastalık gerizdiniz mi? Evet () Hayır ()

Ailenizde psikiyatrik hastalık geçiren biri var mı? Var () Yok ()

Halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görüyor musunuz? Evet () Hayır ()

Halen tedavi gördüğünüz önemli bir kronik hastalığınız var mı? Var () Yok ()

Çalışma hayatınız dışındaki yaşamınızda ciddi ve kronik bir stres altında mısınız?

Evet () Hayır ()

Sigara kullanıyor musunuz? Evet () Hayır () Kullanıyorsanız ne sıklıkta:.....

Alkol kullanıyor musunuz? Evet () Hayır () Kullanıyorsanız ne sıklıkta:.....

EK 2. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (BAÖ)

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Hafif Düzye Hoş değildi ama katlanabilirim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak / ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme korkusu				
9. Dehşete kapılma				
9. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15 Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)				

Toplam BECK – A skoru:

EK 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ(BDÖ)

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:

Bu form son bir hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | |
|---|--|
| 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. |
| 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. |
| 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum | 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. |
| 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum |
| 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 11(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum. |
| 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | |

- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum..
- 20(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

Ek 4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlan yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? gün ay yıl

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım

İlkokul-ortaokul	Lise veya eşdeğeri	Yüksek
Medeni durumunuz nedir?	Hiç evlenmemiş	ayrılmış
	evli	boşanmış
	evli gibi yaşıyor	eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? Evet Hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

.....
hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün sorulan cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamı yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	0	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5

11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiçbir zaman	Nadir en	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derece de	Çokça	Aşırı derece de
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

Ek 5. Üsküdar Üniversitesi Etik Kurulu Belgesi



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

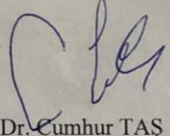
T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2018/582 25/04/2018

Dr.Öğr.Üyesi Eylem ÖZTEN
(Mehmet Çağatay YILDIRIM)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/04/2018 tarihinde yapılan 04 No.lu toplantısında “Hastanelerde Çalışan Sağlık Personellerinin Anksiyete Düzeyleri Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Ek 6. Hayat Hastanesi Anket İzin Belgesi

KONU: Anket İzin Hk. /139

TARİH:24.05.2018

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

Enstitünüz Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı 164102019 öğrencisi Mehmet Çağatay YILDIRIM "Hastanelerde Çalışan Sağlık Personellerinin Anksiyete Düzeyleri Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının hastanemiz de yapılması kurumumuz açısından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


ÖZEL EĞN
Hayat
HASTANESİ
EGM SAĞLIK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.
Büyükdere Mah. Akatlar Cad.
No:47/A Beşiktaş / İSTANBUL
Fırat V.D. 012 014 07 92

B. HüseyinbeyMh., Kışla Cad. No:37, 44100 Battalgazi/Malatya – Tel:(0422) 325 32 32

Ek 6. Özel Malatya Park Hospital Anket İzin Belgesi

KONU: Anket İzin Hk.

310

TARİH:24.05.2018

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

Enstitünüz Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı 164102019 öğrencisi Mehmet Çağatay YILDIRIM ‘‘Hastanelerde Çalışan Sağlık Personellerinin Anksiyete Düzeyleri Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’’ konulu tez çalışmasının hastanemiz de yapılması kurumumuz açısından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.


ÖZEL MALATYA PARK HOSPITAL
HASTANE SAĞLIK HİZMETLERİ A.Ş.
Fırat Mah. Şefik Tugay Cad. No.15
Tel:0422 325 50 50 Battalgazi/MALATYA
Fırat V.D. 332 006 04 29

Adres: Fırat Mahallesi, 44320 Battalgazi/Malatya, Çad – Tel: (0422) 325 50 50

Ek 7. Gözde Akademi Hastanesi Anket İzin Belgesi

Özel
GÖZDEAKADEMİ HASTANESİ

SAYI : 2018 / 397
KONU : Anket İzin Hk.

28.05/2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

İlgi : 18/05/2018 tarih ve 60560713-044/ sayılı yazınız.

İlgi yazı gereği; Enstitünüz Klinik Psikolojik Yüksek Lisans Programı 164102019 öğrencisi Mehmet Çağatay YILDIRIM "Hastanelerde Çalışan Sağlık Personellerinin Anksiyete Düzeyleri Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi arasındaki ilişkinin İncelenmesi" konu tez çalışmasının kurumumuzda yapılması kurumumuz açısından uygun bulunmuştur. Bilgilerinize arz olunur.

Uzm. Dr.Serhat ÖCAL
Özel Gözde Akademi Hastanesi
Mesul Müdür Yrd.

ÖZEL GÖZDEAKADEMİ HASTANESİ
Mesul Müdür Yardımcısı

ÖZGEÇMİŞ

Mehmet Çağatay YILDIRIM

e-posta: psk.cagatayyildirim@gmail.com

EĞİTİM

2019	Yüksek Lisans Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji
2016	Aile Danışmanlığı Eğitimi İstanbul Aydın Üniversitesi
2012-2016	Lisans İstanbul Beykent Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji
2007-2011	Lise Malatya Bilim Anadolu Lisesi

STAJ VE İŞ DENEYİMİ

2015	Stajyer Psikolog Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2016	Stajyer Psikolog Fransız Lape Hastanesi
2017	Stajyer Psikolog NP Feneryolu Polikliniğinde
2018	Stajyer Psikolog Ümraniye NP Beyin Hastanesi

SERTİFİKALAR

2015	Cinsel Terapi Eğitim Bilimleri Enstitüsü
------	--

	Cinsel Terapi Eğitimi
2015	Cinsel Terapi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile ve Çift Terapisi Eğitimi
2016	İstanbul Aydın Üniversitesi Aile Danışmanlığı Eğitimi
2016	İstanbul Aydın Üniversitesi Oyun Terapisi Eğitimi
2017	Trans Eğitim ve Danışmanlık Merkezi Hipnoterapi Eğitimi