



T.C.

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON RİSKİ İLE YAŞAM DOYUMUNUN İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. MELTEM DİNÇ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN-2019

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON RİSKİ İLE YAŞAM DOYUMUNUN İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. MELTEM DİNÇ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL

AYDIN-2019

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan danışman hocam Prof. Dr. Güzel DİŞCİGİL' e,

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan başta Prof. Dr. Serpil DEMİRAG, Prof. Dr. Okay BAŞAK, Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ olmak üzere tüm hocalarıma,

Asistanlık eğitimimi birlikte geçirdiğim ve bana bu yolda destek olan tüm arkadaşlarıma, tüm personelimize,

Bugünlere gelmemde büyük emekleri olan, desteklerini hep üzerimde hissettiğim başta değerli annem Şirin TÜRKMEN ve babam Hayreddin TÜRKMEN olmak üzere tüm aileme,

Her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen canım kardeşim Buse Sultan TÜRKMEN ve Merve TÜRKMEN' e, sevgili eşim Giray DİNÇ' e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Meltem DİNÇ

Aydın, 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
EKLER DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Depresyon.....	3
2.1.1. Sağlık Çalışanlarında Depresyon	3
2.1.2. Depresyon Tarihçe.....	4
2.1.3. Depresyon Epidemiyolojisi	5
2.1.4. Depresyonda Risk Faktörleri	6
2.2. Yaşam Doyumu	7
2.2.1. Yaşam Doyumu Tanım.....	7
2.2.2. Yaşam Doyumu Kuramları.....	8
2.2.3. Yaşam Doyumu ve Öznel İyi Olma İlişkisi.....	10
2.2.4. Meslek Gruplarında Yaşam Doyumu ile İlgili Yapılan Çalışmalar	12
2.2.5. Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Değişkenler	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Çalışma Tasarımı	16
3.2. Veri Toplama Araçları.....	16
3.3. Araştırma Etiği	17
3.4. İstatistiksel ve Analitik Yöntemler	17
4. BULGULAR	18

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	18
4.2. Katılımcıların Mesleki Özellikleri.....	19
5. TARTIŞMA.....	28
5.1. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Depresyon Riskinin İlişkisi	28
5.1.1. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Cinsiyet İlişkisi.....	29
5.1.2. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Yaş, Hizmet Yılı, Unvan İlişkisi	29
5.1.3. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Yalnızlık İlişkisi	30
5.1.4 Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Gelirin Yeterliliği İlişkisi	31
5.1.5. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Mesai saati, Nöbet Tutma İlişkisi.....	31
5.1.6. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve İş Yaşamından Memnuniyet, Mesleğini İsteyerek Seçme İlişkisi.....	33
5.1.7. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Sigara İlişkisi	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	35
ÖZET	36
SUMMARY	38
KAYNAKLAR.....	40
EKLER	55

TABLO DİZİNİ

Tablo I. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri.....	19
Tablo II. Sağlık Çalışanlarının Sigara Kullanma Durumları.....	19
Tablo III. Sağlık Çalışanlarının Meslekle İlgili Özellikleri	20
Tablo IV. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Süreleri, Hizmet Yılı ile İlgili Özellikleri	21
Tablo V. Sağlık Çalışanlarının Mesleğine Yönelik Değerlendirilmesi	21
Tablo VI. Sağlık Çalışanlarının İş Yaşamından Memnuniyetsizlik Nedenleri	22
Tablo VII. YDÖ, BDÖ Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi	23
Tablo VIII. YDÖ, BDÖ Puanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi	24
Tablo IX. YDÖ, BDÖ Puanlarının Çalıştıkları Yere Göre Değerlendirilmesi.....	25
Tablo X. YDÖ, BDÖ Puanlarının Mesleki Özelliklere Göre Değerlendirilmesi	26
Tablo XI. YDÖ, BDÖ Puanlarının Sigara, Alkol Kullanma Durumuna Göre Değerlendirilmesi	26
Tablo XII. Sağlık Çalışanlarının YDÖ/BDÖ Puan Gruplandırması ve Ortalaması.....	27
Tablo XIII. Sağlık Çalışanlarının BDÖ Puan Gruplarına Göre YDÖ Ortalamasının Değerlendirilmesi	27
Tablo XIV. Sağlık Çalışanlarının YDÖ Puanları ile BDÖ Puanlarının Korelasyon Analizi	27

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Yaşam doyumu ile öznel iyi olma ilişkisi 11



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
NIOSH : National Institute for Occupational Safety and Health
VKI : Vücut Kütle İndeksi
YDÖ : Yaşam Doyumu Ölçeği



EKLER DİZİNİ

Ek 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri	55
Ek 2. Sağlık Çalışanlarının Meslekle İlişkili Özellikleri	58
Ek 3. BECK Depresyon Ölçeği.....	61
Ek 4. Yaşam Doyumu Ölçeği.....	65
Ek 5. Etik Kurul Kararı	66



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam, kişinin işte ve iş dışında geçirdiği zamanı tanımlar. İlk kez 1961 yılında Neugarten tarafından ortaya atılan yaşam doyumu kavramı ise bir insanın ne istediğiyle, neye sahip olduğunun karşılaştırılmasıyla elde edilen durum ya da sonuçtur (1). Bu durum, bireyin iyi bir yaşamın ne olduğu ile ilgili kendi oluşturduğu ölçütlerle, yaşamının aile, iş, arkadaş gibi alanlarındaki niteliğini bir bütün olarak değerlendirmesiyle ortaya çıkar (2). Yaşam doyumu, mutluluk, moral ve iyi olma haliyle yakından ilişkilidir (3). Aynı zamanda yaşamda mutlu olmanın önemli bir ögesi (4). Hatta bir bütün olarak yaşamın tüm kalitesinin, pozitif olarak gelişimini etkileyebilecek bir güce sahiptir (5).

Yaşam doyumu üç bölümden oluşmaktadır. Birincisi, bireyin yaşamını dış ölçütlerle karşılaştırarak iyi oluş hali olarak tanımlanır. İkincisi, kendi yaşamını yargılamasının oluşturduğu duygu halidir. Üçüncüsü ise günlük ilişkilerin oluşturduğu memnuniyet halidir. (6). Diener (1984), yaşam doyumunun kişinin mevcut yaşam şartları ve kişisel standartlarına göre değişebilecek dinamik bir yapısı olduğunu belirtmektedir (7). Bunlar gösteriyor ki, bireylerin yaşam doyumu birçok şeyden etkilenebilir. Bunlardan bazıları, günlük yaşamdan alınan mutluluk, yaşama yüklenen anlam, amaçlara ulaşma konusunda uyum, pozitif bireysel kimlik, fiziksel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi, ekonomik güvenlik ve sosyal ilişkilerdir (8).

Çalışanlar, iş yaşamında karşı karşıya kaldıkları güzel ve kötü durumları aileyle, arkadaşlarla paylaşabilmektedir. Benzer biçimde aile ve arkadaşlarla yaşanan hoş ve hoş olmayan durumlarda iş yerine taşınabilmektedir (9). Daha spesifik anlamıyla yaşam doyumu çalışanların işlerinden duydukları memnuniyeti de içeren daha kapsamlı bir doyum anlamına gelmektedir. İş memnuniyeti yaşam memnuniyetini arttırabilir ama onun yerine geçmez. Yaşam memnuniyetinin objesi yaşamın bütün alanlarıdır (5). Bireyin yaşamına ilişkin pozitif değerlendirmelerinin negatif değerlendirmelere göre yüksek olması yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu göstermektedir (10).

Sosyal etkileşimden, aile yaşantısından, yaptığı işten memnun olma duygusu, bireyin yaşam doyumunda ve üretkenliğinde önemli bir yere sahiptir (7,11). Mutluluk, moral motivasyon gibi değişik açılardan iyi olma halini ifade eden yaşam doyumu aile,

sosyalleşme, sağlık, para, iş, çevreyle olan ilişkiler gibi yaşam olaylarının tümüne yönelik de bir değerlendirmedir.

Sağlık çalışanlarının meslekî etkililiği, kaynakları en iyi şekilde değerlendirerek mümkün olan en iyi sonucu almaları çok sayıda unsurdan etkilendiği gibi, yaşam doyumundan da etkilenmektedir. İnsan yaşamı, iş ve iş dışı yaşantının bütününden oluşur. Bireyin iş veya iş dışı yaşantısından herhangi birinde kendini mutsuz hissetmesi, yaşamının diğer parçasını da olumsuz yönde etkileyebileceği görülmüştür.

Depresyon, bilişsel, duygusal alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamakta olup, yaygın olması, kronikleşmesi ayrıca iş gücü kaybını ve intihar riskini artırması nedeniyle bireysel ve toplumsal açıdan önemli bir sağlık sorunudur. Sağlık çalışanlarında da psikolojik durum, özellikle de depresyon, yapılan işe olumsuz olarak yansıtılabilmektedir.

Bu nedenle sağlık çalışanlarının depresyon ve yaşam doyumunu açısından değerlendirilmesi, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemlidir. Türkiye’de ve yurtdışında sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini ve doyumunu etkileyebilecek değişkenlerin incelendiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (12).

Sağlık çalışanlarının depresyon ve yaşam doyumunu düzeylerinin incelenmesi, hem çalışanların yaşam kalitesi hem de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemlidir. Çalışmamızda, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi sağlık çalışanlarında depresyon riski ve yaşam doyumunu ilişkisi ile bunları etkileyen sosyodemografik ve mesleki özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Depresyon

2.1.1. Sağlık Çalışanlarında Depresyon

Depresyon, uyarılara karşı mental duyarlılığın azalması, motor aktivitenin ve kendine güvenin azalarak umutsuzluğun, üzgün duygudurumun, bazen de hem üzgün, hem bunaltılı durumların güçlenmesi biçiminde beliren genetik, biyolojik ve demografik özelliklerin etkili olduğu toplumda sıkça görülen psikolojik bir sorundur (13). Depresyon bireylerde içe kapanıklık, kendini dış dünyadan soyutlama ve değersizlik, suçluluk hissi gibi olumsuz duygu ve düşünceler oluşmasına neden olur (14). Bu hem fiziksel hem de ruhsal yönden bireyi etkilemektedir. Bireylerde bu gibi olumsuz durumlar iş performansında düşüş, günlük aktivitelerde azalma gibi sorunların yanında yaşam kalitesinde düşüşü de beraberinde getirmektedir (15).

Günümüzde psikiyatrik sorunlar arasında en sık görülenlerden biri olan depresyon endüstrileşmiş batı toplumları başta olmak üzere tüm dünyada giderek artmakta ve önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) majör depresyonu bütün hastalıklar arasında en sık dördüncü ve iş görmezlikle geçirilen yılların önde gelen nedeni olarak tanımlamıştır (16). İş hayatı zorluklarla mücadeleyi gerektirmekte, sağlık çalışanları için de işinin özü gereği mücadele daha yoğun olabilmektedir. Yoğun iş yükü, düzensiz ve belirsiz çalışma şartları, nöbetler, nöbet tutmaya bağlı olarak uyku düzeninin bozulması, iş yerinde görev paylaşımı sorunlarının yaşanması, ekonomik sorunlar gibi nedenler sağlık çalışanlarında işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır (17). Sağlık çalışanları, görevini yerine getirirken karşılaştıkları bu stres faktörlerinin olması ve çalışanlara duyulan saygının azalması sonucu depresyon açısından daha riskli bir topluluk halini almaktadır (18). Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarında depresyon riskinin topluma göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir (19,20).

Sağlık ile yapılan iş arasında dinamik bir ilişki bulunmaktadır. Meslek bireylerde fiziksel ve ruhsal bütünlüğü korumakta, gelişimine katkı sağlamaktadır. Sağlık sektörü değişik meslek dallarını barındıran ve sağlık hizmetlerinin farklı boyutlarda sunulduğu bir sektördür. Bu sektör iş yükünün ağır olması ve hizmet boyutunda meydana gelebilecek

olumsuzluklar nedeniyle yorucu bir çalışma alanıdır (21). Bu sebeple çalışma hayatında oluşacak olumsuz durumlar bireyi fiziksel ve ruhsal boyutta etkileyecektir (22).

Amerikan Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü (NIOSH) tarafından iş sağlığı “işin gereksinimi ile kapasite, kaynaklar ve işçinin ihtiyaçlarının eşleşmemesi durumunda ortaya çıkan zararlı fiziksel ve duygusal cevap” olarak tanımlanmıştır. Duygusal sorunların başında depresyon gelmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarında diğer meslek alanlarında çalışanlara göre madde kötüye kullanımı ve intihar oranı da daha yüksektir (23). Ruhsal anlamda bu olumsuz etkiler, ayrıca iş veriminde de düşüşe neden olabilmektedir (24). Sağlık çalışanlarının psikolojik anlamda etkilenmesi ise yaşam doyumlarına olumsuz yansıtılabilmektedir. Sağlık çalışanlarının depresyon düzeylerinin incelenmesi, hem çalışanların yaşam doyumunu hem de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemlidir.

2.1.2. Depresyon Tarihçe

1855’ de Jarvis’ in dolaylı olarak deliliğin ve aptallığın yaygınlığını araştırarak tarihteki ilk epidemiyolojik araştırmayı yaptığı aktarılmaktadır (25). Yaygınlıkla ilgili ilk çalışma 19. yüzyılın ortalarında Massachusetts ‘te yapılmıştır. Yüzyılın başında yapılan epidemiyolojik araştırmalar hastane ve tedavi kayıtlarına dayanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki araştırmaları II. Dünya Savaşı’nda ruhsal bozukluk nedeniyle orduya alınmayan ya da çıkarılanlar üzerinde yapılan çalışmalar izlemiş, savaş sırasında ve sonrasında geniş ölçekli epidemiyolojik çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (26). “Birinci Kuşak Araştırmalar” olarak adlandırılan bu çalışmalarda temel eksiklik, ruhsal bozukluk ya da belirtilerin sadece bireysel görüşmelere dayandırılması, standart tanı ölçütlerinin kullanılmamış olmasıdır (27).

1950’li yıllar ruh sağlığı ile ilgili epidemiyolojik çalışmaların dönüm noktasıdır. Bu yıllardan günümüze kadar geniş ölçeklerin kullanıldığı, etyolojik risk etkenlerini daha iyi saptamaya olanak sağlayan toplum taramaları yapılmıştır. 1980’li yıllarda ABD’de Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü 20’nin üzerinde ruhsal bozukluğun toplumdaki sıklığını ve bazı sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisini araştıran geniş kapsamlı çalışmalar (ECA-Epidemiologic Catchment Area) gerçekleştirmiştir (26).

1990 yılından 2006 yılına kadar yapılan araştırmalara bakıldığında depresyon araştırmalarında tarama araçlarının kullanıldığı görölmektedir. Bu ölçeklerin zamanla daha kapsamlı, yapılandırılmış ve eşlik eden durumları ayırt etmeye yarayacak hale gelmesiyle birlikte bu ölçekleri kullanmanın aynı oranda zor ve karmaşıklaştığı görölmektedir.

Türkiye’de ruh sağlığı ile ilgili ilk alan çalışması 1963 yılında Türkiye Hıfzısıhhası Cemiyeti’nin yaptığı 10 bin kişinin tarandığı çalışmadır (25). Bu araştırmanın istatistiksel analizi yapılmamış, sonuçları bilim dñyasıyla paylaşılmamıştır. Ülkemizde ruhsal bozuklukların toplum içindeki dağılımının incelendiği ilk araştırmalar 1960’larda yapılmıştır. 1970-80’li yıllarda ise geçerlilik güvenilirliği kanıtlanmış, yapılandırılmış ölçeklerin kullanıldığı araştırmalar gerçekleştirilmiştir (26).

2.1.3. Depresyon Epidemiyolojisi

Depresyon tüm dñyada en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluk olmasının yanı sıra sebep olduğu yeti kaybı nedeni ile önemli bir sağlık sorunudur (28,29,30). Depresyon çeşitli yaş gruplarında farklılık gösterse de depresyonun bir senelik prevalansı ortalama %7 civarındadır (31).

Türkiye’de depresyonun yaygınlığı ile ilgili önemli veriler sağlayan araştırmalardan biri Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, 7479 kişiyi kapsayan, Uluslararası Bileřik Tanı Görüřmesi’ nin kullanıldığı “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasıdır. Bu araştırmada depresif nöbet yaygınlığı %4 olarak bulunmuştur. Yaygınlık oranları kadınlarda %5.4 , erkeklerde ise %2.3 ‘tür. En sık rastlanan ruhsal bozukluğun majör depresyon olduğu belirtilmiştir. Kentsel alanda depresyon görölme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (34). Bu eğilim kapitalist dñyada kentleşme sürecinin yarattığı olumsuz sonuçlar, kent yaşamının içerdiği stres ve yaşamı tehdit edici riskler ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca depresyonun okur-yazar olmayan insanlarda, düşük gelir düzeyine sahip toplumlarda ve işsizlerde arttığı saptanmıştır (29).

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise farklı hormon profili, psikososyal etmenler, kız ve erkek çocukların yetiştirilme farklılığı gibi birçok etmen nedeniyle kadınlarda depresyon riskinin daha fazla olduğu görölmüştür (28,29,30). Depresyon sıklıkla kadınlarda 35-45 yaşlarda tanı alırken, erkeklerde 40-50 yaşlarında tanı almakla

birlikte (28,29) son zamanlarda 20 yaş altındaki bireylerde artan alkol ve madde kullanımıyla eş zamanlı olarak depresyonun sıklığı belirtilmektedir (29).

Depresyon yaygınlığını etkileyen bir diğer etmen ise kişilerin medeni halidir. Depresyon boşanmış veya dul kişilerde evli olan kişilere göre daha sık rastlanmaktadır (28,32).

Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaların sonuçlarına göre: Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır. Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20 prevalans hızına sahiptir. Kronik hastalığa sekonder depresyon dikkat çekici düzeydedir (%4-8,8). Hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir (33).

2.1.4. Depresyonda Risk Faktörleri

Stresli yaşamın depresyonun ilk dönemlerinde etkin rol oynadığı sonraki dönemlerde ise bir stresör bulunmadan da depresyona girilebileceği düşünülmüştür. Kişinin yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik gibi olumsuz durumların kişide genetik, biyolojik ya da psikiyatrik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olabileceği düşünülmektedir. Eşlik eden anksiyete bozukluklarında, nörolojik hastalıklarda, birincil uyku bozukluklarında, alkol ve madde kötüye kullanımında depresyon sıklığı artmaktadır. Depresyonun kapsamlı olarak anlaşılabilmesi için, kişinin depresyon epizodu öncesindeki kişilik yapısı da incelenmelidir. Depresyonun en önemli risk faktörlerinden birisi biyolojik yatkınlık olup akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde %11, kadınlarda %18 düzeyindedir (34).

Depresyon daha çok orta yaşlarda görülen bir hastalıktır. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtiler artmasına karşın, majör depresyon sıklığı artmamaktadır. Majör depresyon orta ve genç yaş grubu kadınlarda, erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmektedir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark git gide azalmaktadır (34).

Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda görülmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olan annelere oranla depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır. Bekar kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski

yaşarken, bunun aksine bekar erkekler, evli erkeklere göre daha fazla risk taşımaktadır. Sosyodemografik açıdan bakıldığında ise Bruce ve Takeuchi 1991' de yoksul kişilerde depresyon oranının 2 kat daha fazla olduğunu, Rothschild ise 1999 yılındaki çalışmasında depresyonun kentlerde, işsiz bireylerde 3 kat, yoksul bireylerde ise 2 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (34).

2.2. Yaşam Doyumu

2.2.1. Yaşam Doyumu Tanım

Çok boyutlu ve geniş bir kavram olmasından dolayı yaşam kalitesi, bireysel ve toplumsal refahın önemli sosyal göstergelerinden birisi haline gelmiştir (35). Yaşam kalitesi bireylerin sübjektif doyumlarına katkı sağlayan ve objektif olarak ölçülebilir yaşam koşulları alanının bir özetidir (36). Bu anlamda yaşam kalitesi, insanların nasıl yaşadıklarına ve hayatın insanlar açısından iyi sonuçlar getirip getirmediğine odaklanmaktadır (37). Bu kavram sosyal ilişkiler kurma, fiziksel sağlık, psikolojik durum, günlük faaliyet ve işlerde aktif rol alma, ekonomik statü, bireysel ihtiyaçlar ve değerler, beklentiler, genel bir iyi olma hissi gibi unsurları bünyesinde barındırmaktadır (38). Bunun yanında Vaez ve ark. (39) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmada, yaşam kalitesi ile sağlık arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Diener ve Suh (40) tarafından yapılan çalışmada ise; yaşam kalitesi, objektif ve sübjektif çerçevede ele alınmaktadır. Objektif yaşam kalitesi kavramı; gelir düzeyi, arkadaşlık ilişkileri, tehlikelerden uzak bir ortam, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve eğitim gibi yaşam kalitesine katkıda bulunan dış faktörleri incelerken, sübjektif yaşam kalitesi kavramı ise; bireylerin yaşamlarının kalitesine dair algılarına odaklanmaktadır (41). Söz konusu sübjektif yargılar ise yaşam doyumu ile ilişkilendirilmektedir (42).

Yaşam doyumu, bir bireyin tercih ettiği kriterler doğrultusunda yaşam kalitesini genel olarak değerlendirdiği bir süreçtir (7). Bu anlamda yaşam doyumu, her bir bireyin kendisi için koyduğu standartlarla içerisinde bulunduğu koşulları kıyaslayarak ulaştığı bir yargıdır. Dolayısıyla yaşam doyumu, yaşam kalitesinin genel kabul görmüş kriterlerini değil, bireylerin kendileri için tercih ettiği ölçütlerin dikkate alınması sonucunda ortaya çıkmaktadır (43). Böylece yaşam doyumu, yaşam kalitesinin bir bütün olarak

değerlendirildiği sübjektif bir yargı olarak göze çarpmaktadır (44). Ancak belirli durumlarda bireyler, aile, iş, kariyer, evlilik, arkadaşlık, eğitim düzeyi, gelir ve fiziksel görünüm gibi yaşamlarının belirli alanlarında elde ettikleri doyum hissini genel yaşam doyumunu ile birleştirmektedirler (45). Farklı hedefler, farklı deneyim ve amaçlarla ilişkili olduğu için hedefe yönelik yapılan bir doyum değerlendirmesi, genel yaşam doyumunu yargısını da etkilemektedir (46). Diğer bir ifade ile yaşam doyumunu, bireylerin beklentileri doğrultusunda elde ettikleri çıktılara dair bir değerlendirmeyi ifade etmektedir. Yaşam doyumunu, hayatın içinde yer alan olay ve nesnelere nasıl olduğu ve nasıl olması gerektiğine dair bir algıdır. Bu iki unsur arasındaki mesafe ne kadar az olursa, bireyler o ölçüde yaşamlarından doyum sağlayabilirler (47).

Seligman' a (48) göre yaşam doyumunun belirleyici alanları; belirlenmiş mutluluk alanı, yaşam koşulları ve istemli denetimdir. Benzer bir şekilde, yaşam doyumunu üzerinde kalıtımsal olarak belirlenmiş mutluluk alanının %50, çevresel faktörlerin %10 ve mutlulukla ilgili etkinliklerin %40 etkisi olduğu bulunmuştur (49).

Yaşam doyumunu pozitif psikoloji paradigmasının en önemli yapıtaşlarından biridir. Yaşam doyumuna ilişkin çalışmaların hedefi, bireyin zayıf yönleri yerine güçlü yönlerini tanımlamak ve geliştirmektir (50). Ayrıca yaşam doyumunun sağlık, başarı, çalışma yaşamında yüksek performans ve kazanç, örgütsel uyum sağlama gibi iş ve iş dışı olumlu sonuçlar doğurması, bu kavram üzerinde bilimsel anlamda yapılan araştırmaların artmasını sağlamıştır (49,51,52).

2.2.2. Yaşam Doyumu Kuramları

Yaşam doyumunun bireysel ve örgütsel açıdan ortaya çıkardığı olumlu sonuçlar sebebiyle, son yıllarda araştırmacıların yaşam doyumunun ölçülmesi üzerinde çalıştığı ve bazı yaklaşımlar ileri sürdüğü görülmektedir. Bu yaklaşımlar amaçsal yaklaşım, etkinlik yaklaşımı, bağ kuramları yaklaşımı, aşağıdan yukarı ve yukarıdan aşağı yaklaşım, yargı kuramları yaklaşımı olarak ele alınmaktadır.

Amaçsal yaklaşım; bireylerin tatmin edilen ihtiyaçlarının yaşam doyumunun artmasına, karşılanmayan beklenti ve ihtiyaçlarının ise yaşam doyumunun azalmasına yol açacağını ileri sürmektedir (53).

Etkinlik yaklaşımı; bireylerin yaşam doyumu elde etmesinin hayatındaki aktivitelere, zamanını değerlendirme biçimine ve sosyal etkileşimlere bağlı olduğunu ileri sürmektedir (7).

Bağ Kuramları Yaklaşımı; insanın mutlu olmaya yönelik eğilimini açıklayan pek çok kuram bellek, bilişsel ilkeler ve koşullanma üzerinde durmaktadır. Bu kuramlar genel olarak bağ kuramları altında toplanmaktadır. Bilişsel görüşlerden biri, bireyin kendisine ilişkin durumları üzerinde durmaktadır. Kişi için iyi olaylar onun içsel öğelerine dayanmaktaysa mutluluk oluşturacaktır. Bilişsel psikologlar bellekte mutluluğa dair bir ağın bulunduğunu kabul etmektedir. Bower (54), bireylerin geçmiş yaşantılarının etkisiyle şu anki duygu durumlarını yorumladıklarını tespit etmiştir. Bellek hakkında yapılan araştırma bulgularına göre, mutlu kişiler olumlu ilişkilerle bağlı zengin bir ağa sahipken mutsuz kişiler olumsuz ilişkilerle bağlı, yalıtılmış ağlara sahiptir (55). Bağ kuramlarıyla ilişkili başka bir kuram klasik koşullanmaya değinmektedir. Yapılan çalışmalar duygu yüklü olan koşullanmaların sönmeye daha dirençli olduğunu göstermiştir. Birey duygu yüklü koşullanmalarıyla günlük uyaranlar arasında pek çok bağ kurabilmektedir (55).

Yukarıdan aşağıya doğru yaklaşım; bireyin genel yaşamından nitelik ve nicelik olarak mutlu olmasının hayatın diğer kesitlerinden de doyum elde etmesine yol açacağını savunmaktadır. Yaşam doyumunun anlaşılabilmesi için kişilik özelliklerinin incelenmesi gerektiğini ileri sürmektedir (56). Bu yaklaşıma göre öznel iyi olma varyansının %80'ini genetik faktörler oluşturmaktadır. Bu durumda bireylerin yaşam doyumları arasında farklılıkların, önemli ölçüde biyolojik farklılıklarından kaynaklandığı ifade edilebilir. (57).

Aşağıdan yukarı doğru yaklaşım; bireyin iş, aile, meslek, gelir durumu, sağlık durumu gibi hayatın birçok kesitinden tatmin olmasının, yaşamın bütününe yansıtacağı ve böylece yaşam doyumunun elde edileceğini ileri sürmektedir. Bu açıdan bakıldığında her iki yaklaşımın ortak özelliğinin bireylerin hayatında önemli yer teşkil eden bileşenleri vurgulaması olduğu görülmektedir. Dolayısıyla mesleğinden ve gelir düzeyinden memnuniyet duyan; iyi bir aile yaşamına, sosyal bir ortama ve kaliteli iş çevresine sahip olan, aynı zamanda sağlıklı olan bireylerin genel olarak yaşam doyumu elde edebilecekleri ve mutlu olabilecekleri ifade edilebilir. Peterson ve ark. (58) tarafından yapılan çalışmada, hayat boyunca tecrübe edilen mutlu anların yaşam doyumunun önemli bir belirleyicisi olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan hayat boyunca karşılaşılan negatif olaylar

karşısında edinilen olumsuz tecrübeler, yaşam doyumunu azaltan temel faktörlerdir (59). Durak ve ark. (60) tarafından Türkiye’de yapılan bir araştırmada, yaşam doyumunun negatif duygusallık, depresyon, iş stresi ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.

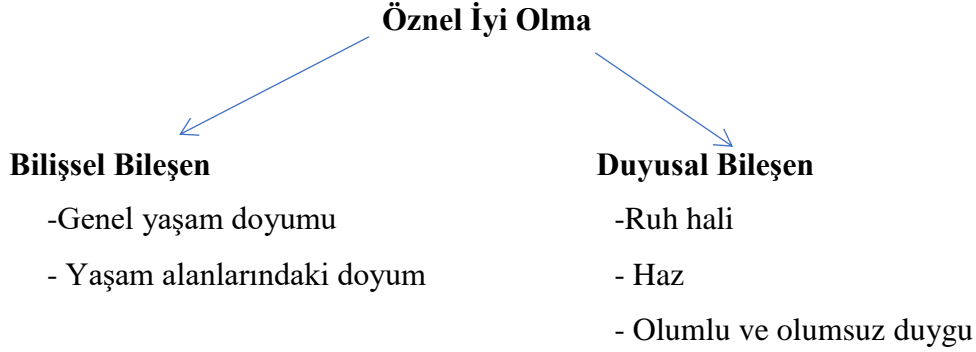
Yargı kuramları yaklaşımı; mutluluğun birtakım standartlar ile gerçek yaşam koşulları arasında yapılan karşılaştırma sonucunda oluştuğunu ifade eden pek çok kuram mevcuttur. Gerçek olan durum, standartları aşmayı başarırca mutluluk ortaya çıkacaktır. Bu tarz karşılaştırmalar bilinçli olarak yapılabileceği gibi duygu boyutunda bilinçdışı da yapılabilmektedir. Yargı kuramları, hangi yaşamsal olayın olumlu veya olumsuz olabileceğini saptamakla birlikte olayın yaratacağı duygunun şiddetini de öngörebilmektedir. Yargı kuramları arasında en bilinen yaklaşım “emel düzeyi” kuramıdır. Buna göre, yüksek emellerin olması, kötü yaşam koşullarının olması kadar mutluluk önündeki bir engeldir. Bireyin emel düzeyi ise amaçlarından ve deneyimlerinden meydana gelmektedir (61).

Yaşam doyumunu sadece bir alana ya da bir kurama bağlı olmayıp, multi-disipliner niteliktedir. Yaşam doyumunu bireysel açıdan açıklayan kuramlardan bazıları şunlardır (62). Aşağıdan yukarıya ve yukarıdan aşağı kuramları, duygusal, bilişsel ve birleşik kuramlar, sonuç ve süreç kuramları, amaç ve gereksinim kuramlarıdır. Abraham Maslow’ un Gereksinim Kuramı, M. Joseph Sirgy ve Jiyun Wu’ nun Dengeli Yaşam Modeli ve Martha C. Nussbaum’ un Nesnel Liste Kuramı amaç ve gereksinim kuramlarına örneklerdir (63).

2.2.3. Yaşam Doyumu ve Öznel İyi Olma İlişkisi

Diener’ e (64) göre yaşam doyumunu, öznel iyi oluşun bilişsel bir bileşenini ve bireyin yaşamıyla ilgili bilişsel yargılarını içermektedir. Öznel iyi oluş, insanların neden ve niçin kendi yaşamlarını pozitif yollardan değerlendirdikleri üzerinde durmaktadır (65). Bu çalışmaların kapsadığı kavramlar, mutluluk, doyum, moral ve olumlu duygu gibi kavramlardır (66). Diener (67), Proctor ve arkadaşlarına (68) göre öznel iyi olma, bireyin yaşamına ilişkin bilişsel ve duygusal değerlendirmelerdir. Literatürde yaşam doyumunu kavramının çoğunlukla öznel iyi olma yapısının altında bulunan bilişsel bileşen olarak incelendiği görülmektedir (62). Diener' e (67) göre doyum; bilişsel karara ilişkin bir deneyim olmasının yanı sıra mutluluk, duygu ve hislere de gönderme yapmaktadır.

Bahsedilen bu sınıflandırmaya göre yaşam doyumu ile öznel iyi olma ilişkisi Şekil 1’de açıklanmaktadır.



Kaynak: Şimşek (62)

Şekil 1. Yaşam doyumu ile öznel iyi olma ilişkisi

Yaşam doyumunda bilişsel ve duysal değerlendirmeler yanında öznel-nesnel değerlendirme sınıflaması da yapılmaktadır. Öznel değerlendirmeler, bireyin beklenti, arzu, değer yargısı gibi etmenlerin etkileşimi ile yapılırken nesnel değerlendirmeler, görece sayılara ve ölçmeye bağlı değerlendirmeleri içermektedir (69). Bireyin içinde bulunduğu koşullardan bağımsız olarak yaşamını olumlu değerlendirmesi öznel bir değerlendirmedir. Sosyoekonomik düzey, suç oranı, hava temizliği gibi göstergeler bağlamında yapılan yaşam doyum değerlendirmeleri ise nesnel değerlendirmedir. Nesnel göstergeler ile öznel iyi olma arasındaki ilişkinin oldukça düşük olması dikkat çekici bir bulgudur (70).

Soyut nitelikte bir kavram olan yaşam doyumu, öznel iyi olma ve mutluluk kavramları ile yakından ilişkilidir (71). Yaşam doyumunun tanımlanmasında iki temel yaklaşımın etkisi görülmektedir. Bilişsel yaklaşıma göre yaşam doyumu, bireyin kendi yaşamının standartlara uygunluğuna ilişkin değerlendirmesine bağlı olan bilişsel yargısı şeklinde tanımlanmaktadır (72). Başka bir ifadeyle, bireyin kendi belirlediği kriterlere göre tüm yaşamını pozitif olarak değerlendirmesidir. Bireyin arzu ve elde ettikleri arasındaki uyumsuzluk ne kadar az ise yaşam doyumunun yüksek olacağı kabul edilmektedir (73). Bir diğer yaklaşım olan duysal yaklaşıma göre ise yaşam doyumu, bireyin olumlu duyguları olumsuz duygulara kıyasla ne kadar tecrübe ettiğiyle ilişkilidir (74). Olumlu duyguların olumsuz duygulardan daha fazla deneyimlenmesi, yaşamdaki doyumun daha fazla olduğunu ifade etmektedir.

Lance ve ark. (75), genel yaşam doyumu ve yaşam alanlarındaki doyum arasındaki ilişkinin yönünü ve nedenselliğini üç modeli karşılaştırarak test etmiştir. Birinci model, yaşam alanlarındaki doyumun genel yaşam doyumuna katkıda bulunduğunu, ikinci model ise yaşam alanlarındaki doyumun genel yaşam doyumunun sonucu olduğunu savunmaktadır. Üçüncü model ise genel yaşam doyumu ile yaşam alanlarındaki doyum arasında iki yönlü ve karşılıklı nedensel ilişki olduğunu öngörmekte ve ilişkiyi en iyi tanımlayan model olarak kabul edilmektedir.

2.2.4. Meslek Gruplarında Yaşam Doyumu ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Dikmen (76) tarafından kamu çalışanları üzerinde yapılan bir araştırma, öğretmenlerin iş doyumu ve yaşam doyumu düzeylerinin, başka mesleklerde çalışan memurlara oranla anlamlı bir biçimde yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırma sonucunda iş doyumu ve yaşam doyumu düzeyleri arasında cinsiyete bağlı olarak bir farklılaşmanın söz konusu olduğu da gözlenmiştir. Kadınların iş doyumu ve yaşam doyumu düzeyleri erkeklerinkinden yüksek bulunmaktadır.

Vara (77)' da hemşireler üzerine yaptığı bir araştırmada hemşirelerin yaş dağılımına göre yaşam doyum düzeylerinde farklılık saptamamıştır. Ancak en yüksek yaşam doyumu olan grup 26-30 yaş arası, daha sonra 31 yaş ve üstü, en düşük doyumlu grup ise 20-25 yaş arası olan hemşirelerdir. Medeni durum ile yaşam doyumunun ilişkisi incelendiğinde yaşam doyum düzeyinde evli ve bekar hemşireler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak evli ve çocuk sahibi olan hemşirelerin yaşam doyum düzeyleri, bekar olan hemşirelerden daha yüksektir. Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri ile genel yaşam doyumlarına bakıldığında; hizmet yılı 6 ay- 2 yıl arasında olan grubun yaşam doyumunu en düşüktü, 3-4 yıl çalışmış olanların yaşam doyumunu artmış, 5 yıl üstü çalışanların ise genel yaşam doyumunun tekrar düştüğü görülmüş.

Gürel ve Gürel (78) muhasebe meslek mensuplarının mesleki tükenmişlik düzeylerinin saptanması ve tükenmişlik düzeyi ile yaşam doyumları arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla Aydın ilindeki serbest muhasebeci mali müşavirler üzerinde araştırma yapmıştır. Çalışmada, mesleki tükenmişliğin en önemli alt boyutlarından biri olan duygusal tükenmişliğin yaşam doyumunu azalttığı sonucuna varılmış, ancak diğer alt

boyutlar olan duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık ile yaşam doyumu arasında ise istatistikî olarak anlamlı bir ilişki bulamamışlardır.

Güner, Çiçek ve Can (79) banka çalışanlarının meslekî stres ve tükenmişlik düzeylerinin iş doyumu ve yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisini araştırmış; meslekî stres ile iş doyumu ve meslekî stres ile yaşam doyumu arasında negatif yönlü orta düzeyde ilişkinin olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca, tükenmişlik ile iş doyumu ve tükenmişlik ile yaşam doyumu arasında da negatif yönlü ilişkinin varlığını, son olarak da iş doyumu ile yaşam doyumu arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişkinin olduğunu saptamışlardır. Şimşek ve Aktaş (80) örgütsel sessizlik, kişilik ve yaşam doyumu arasındaki etkileşimi araştırmış ve analiz sonuçlarına göre kabullenici ve savunmacı sessizlik arttıkça yaşam doyumunun azaldığı sonucuna varmışlardır.

Telef (81) öğretmenlerin öz-yeterlikleri, iş doyumları, yaşam doyumları ve tükenmişliklerini incelemiş; öz-yeterliğin alt boyutlarından öğrenci katılımını sağlama, öğretim stratejileri ve sınıf yönetimi yeterliklerinin, öğretmenlerin iş doyumları ve yaşam doyumları ile pozitif ilişkili olduğunu ve tükenmişlikleri ile negatif ilişkili olduğunu görmüştür. Ayrıca demografik değişkenlerin, öğretmenlerin öz-yeterlikleri, iş doyumları, yaşam doyumları ve tükenmişlikleri üzerinde farklılıklara yol açtığını saptamıştır.

Yılmaz ve Altınok (82) ise okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerini incelemiş; gelir düzeyi değişkenine göre, okul yöneticilerinin yalnızlık puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulamazken, yaşam doyumlarının puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulmuştur. Ayrıca, okul yöneticilerinin yalnızlık ile yaşam doyum düzeyleri arasında negatif yönlü bir ilişki saptamıştır.

Recepoğlu (83), öğretmen adaylarının yaşam doyumları ile öğretmenlik mesleğine ilişkin tutumları arasındaki ilişkiyi incelemiş; yaşam doyumu ile öğretmenlik mesleğine ilişkin tutum arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuştur. Yine araştırma sonuçlarına göre, öğretmen adaylarının yaşam doyumları cinsiyete ve üniversiteye yerleşme sırasına göre anlamlı şekilde değişmektedir.

Ülker Tümlü ve Recepoğlu (84), üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılığı ile yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi araştırmışlar; personelin yaşam doyumu

ile psikolojik dayanıklılığı arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuş, psikolojik dayanıklılığın yaşam doyumunu anlamlı bir şekilde yordayıp, psikolojik dayanıklılığa ilişkin toplam varyansın %7'sini açıkladığını ifade etmişlerdir. Ayrıca, üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin cinsiyete, yaşa, medeni duruma, unvana, hizmet yılına ve buldukları üniversitedeki hizmet yılına göre anlamlı şekilde farklılık göstermediğini bulmuşlardır.

Çeşitli araştırmacılar yaşam doyumunu ile farklı unsurlar arasındaki ilişkileri incelemiştir. Örneğin, üniversite öğretim elemanları üzerinde yapılan bir uygulamayla yaşam doyumunu ile duygusal zekâ ve mizah tarzı arasındaki ilişki araştırılmıştır (85). Doğan ve ark. (86) rehabilitasyon merkezinde çalışan sağlık personelinde iş ve yaşam doyumunu araştırmıştır. Tekir ve ark. (87) sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumunu düzeyleri ve yaşam doyumunu incelemiştir. Bunun dışında yaşam doyumunu konusunun herhangi bir başka unsurla birlikte araştırılmadığı çalışmalar da bulunmaktadır, ancak bunlar çoğunlukla herhangi bir meslek grubunu kapsamamakta, çoğunlukla lise ve/veya üniversite öğrencileri üzerine uygulanmaktadır. Yine araştırmalarda çoğunlukla yaşam doyumunu değil, iş doyumunu üzerine çalışılmıştır.

2.2.5. Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Değişkenler

Gelir ve Yaşam Doyumu: Diener ve Oishi (88) ulusların geliri ile öznel iyi olma arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca gelir eşitsizliğinin kaçınılmaz olarak olumsuz duygu oluşturduğunu saptamışlardır. Benzer şekilde, Oishi ve diğerlerine (89) göre yoksul uluslarda yaşam doyumunu finansal doyum ile ilişkili iken, zengin uluslarda yaşam doyumunu ev yaşamındaki doyum ile ilişkilidir. Glatzer (90), insanların sosyoekonomik statülerinin öznel iyi olmada gerekli bir koşul olduğunu, ancak bir ön koşul olmadığı gibi tek başına da yeterli olmadığını ifade etmektedir.

Yaş ve Yaşam Doyumu: İlk olarak Wilson (91) çalışmasında yaşın mutluluk için önemli bir kriter olduğunu ve genç insanların yaşlı insanlardan daha mutlu olduklarını belirtmiştir. Ancak daha sonra Lucas ve Gohm (92), yaşam doyumunu açısından yaş grupları arasında küçük farklılıklar bulunduğunu belirtmişlerdir. Diener ve Suh (93) 40 farklı ulus üzerinde yaptığı çalışmasında, olumlu duyguların yaşla birlikte azaldığını, yaşam doyumunu ve olumsuz duygularda yaşa bağlı çok az değişim olduğunu belirlemişlerdir. Benzer

şekilde Lucas ve Gohm (92) yaptıkları çalışmada yaşın yaşam doyumu üzerinde bir etkisi olmadığını, diğer yandan hoş duyguların yaşam boyunca azalma gösterdiğini ve hoş olmayan duyguların ise önce azalan sonra yaşlılıkta artan bir çizgi izlediğini belirlemişlerdir.

Cinsiyet: Yapılan araştırmalara göre, yaşam doyumu ile cinsiyetler arasındaki farklılaşma oldukça azdır. Kadınlar erkeklere oranla daha fazla olumsuz duygu ifade etmelerinin yanı sıra kendi yaşamlarından daha çok haz duymaktadırlar (61).

İş Yaşamı: Campbell ve arkadaşlarının (94) kişilerin gelir düzeyinde farklılıkların yaşam doyumları üzerindeki etkisini inceledikleri bir çalışmada, gelir farklılıkları kontrol altında tutulsa bile işsiz olan grubun en mutsuz grup olduğu tespit edilmiştir. Böylece bölgesel işsizlik oranının, kişinin duygu durumunu öngörmek için belirleyici bir değişken olduğu ortaya konmuştur (61).

Aile ve Evlilik: Yapılan çeşitli araştırmalar doğrultusunda evli olmanın bireyin yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır (61).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Tasarımı

Araştırmamız; tek merkezli, prospektif, tanımlayıcı analitik bir çalışma olarak tasarlandı. Çalışma evrenini Aydın Adnan Menderes Eğitim ve Uygulama Hastanesi'nde görev yapmakta olan toplam 749 sağlık çalışanı oluşturdu. Çalışanların 506'sı katılımcı olmayı kabul etti. Bu kişiler ile yüz yüze görüşüldü. Nisan-Ağustos 2018 tarihleri arasında görüşmeler tamamlandı. Görüşme yapılan 506 sağlık çalışanından 27'si çalışmanın yapıldığı zamanda antidepresan tedavisi kullanmaktaydı. Yedi kişinin önceden konmuş kronik ruhsal hastalık tanısı vardı. Altı kişi ise kronik ruhsal hastalık tanısı var ve antidepresan tedavisi kullanmaktaydı. Çalışmamızda, kronik ruhsal hastalık tanısı olan ve/veya aktif antidepresan tedavi kullanımı olan sağlık çalışanları çalışma dışı bırakıldığında toplam 466 sağlık çalışanı yer aldı.

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarından sosyodemografik veri formu (EK-1) ve mesleki özelliklerle ilişkili veri formu (EK-2) doldurmaları istendi. Beck depresyon ölçeği (EK-3) ve Yaşam doyumu ölçeği (EK-4) uygulandı.

3.2. Veri Toplama Araçları

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ:

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kişinin depresyon yönünden riskini belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ölçmek amacıyla yapılan ve toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içeren dörtlü Likert tipi bir ölçektir (95). Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile ifade edilir. Toplam 0-63 puan arasında değişir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Kesme puanının ise 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (96).

YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ:

Bireylerin yaşam doyumu düzeylerini belirlemek amacıyla Diener ve arkadaşları (64) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe' ye uyarlaması Köker (72) ve daha sonra Dağlı ve arkadaşları (97) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.80 ile 0.89 arasında değişmektedir. Köker (97) ölçeğin 3 hafta arayla uygulanan test-tekrar test tutarlılık katsayısını 0.85 olarak belirlemiştir. Ölçek; “ yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın, yaşam koşullarım çok iyi, yaşamımdan hoşnutum, şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim ve yeniden dünyaya gelseydim yaşamımdan hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim” ifadelerini içeren 5 maddeden oluşmaktadır. Her madde için “hiç uygun değil” ile “çok uygun” arasında değişmek üzere 1'den 7'ye kadar seçenekler sunulmuştur.

Yaşam doyumu ölçeğinin Karataş (98) tarafından yapılan güvenirlik ve geçerlik çalışmasında test-tekrar test güvenirliği $r = .93$, birlikte geçerlik katsayısı ise $r = .82$ saptanmıştır. Karataş ölçekten alınan 7 puan ve altının düşük, 13 puan ve üstünün yüksek yaşam doyumu, 8-12 arasında kalan puanların ise orta düzeyde bir yaşam doyumu gösterdiğini bildirmektedir.

3.3. Araştırma Etiği

Araştırmamızın etik kurul izni Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.03.2018 tarih ve 7 nolu kararı ile alındı.

3.4. İstatistiksel ve Analitik Yöntemler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve t testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HDS testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamızda yer alan 466 sağlık çalışanının 179' u (%38,4) erkeklerden, 287' si (%61,6) kadınlardan oluşmaktaydı. Yaş aralığı ise 21-65 yaş olup ortalama $31,85 \pm 8,57$ idi.

Sağlık çalışanlarının 252'si (%54,1) evlilerden, 214'ü (%45,9) bekarlardan oluşmaktadır. 179 (%38,4) kişi çocuk sahibiyken, 287 (%66,6) kişi çocuk sahibi değildi. Çocuk sahibi olanlar minimum 1, maksimum 3 çocuk sahibiydi. Bunların 94'ü (%52,5) 1 çocuk sahibi, 85'i (%47,5) 2 ve daha fazla çocuk sahibiydi. Sağlık çalışanlarının yarısından fazlası eş ve/veya çocuklarla birlikte yaşamaktaydı.

Aylık gelir düzeyine göre bakıldığında ise sağlık çalışanlarının 355 (%76,2)'inin aylık geliri 3 000 tl ve üzerinde olmakla birlikte aylık gelirim tamamen veya kısmen yetiyor diyen toplam 369 (%79,2) kişi vardı.

VKI 24,9 ve altında olanlar normal kilolu olarak değerlendirilmiş olup 299 (%64,2) kişiydi. VKI 25-29,9 arasında olanlar fazla kilolu olup 134 (%28,8) kişi, 30 ve üzerinde olanlarda obez grubuna dahil edilip 33 (%7) kişi olarak saptandı. Sağlık çalışanlarının VKI minimum 16, maksimum 46,3'tü ve ortalamaları $24,12 \pm 3,90$ idi (Tablo I).

Tablo I. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Sayı	(%)
Cinsiyet		
Erkek	179	38,4
Kadın	287	61,6
Yaş		
20-30 yaş	278	59,7
31-40 yaş	116	24,8
41 yaş ve üstü	72	15,5
Medeni durum		
Evli	252	54,1
Bekar	214	45,9
Kimle yaşıyor		
Yalnız	154	33
Eş/Çocuklar	247	53
Anne Baba ile	65	14
Çocuk sahibi		
Evet	179	38,4
Hayır	287	61,6
Gelir düzeyi		
3000tl ve altı	111	23,8
3000tl üstü	355	76,2
Gelir yetiyor mu?		
Yetmiyor	97	20,8
Kısmen yetiyor	255	54,7
Tamamen yetiyor	114	24,5
VKI		
Normal kilolu	299	64,2
Fazla kilolu	134	28,8
Obez	33	7

Tablo II’de ise sağlık çalışanlarında aktif sigara içme oranının %24,7 olduğu görülmektedir.

Tablo II. Sağlık Çalışanlarının Sigara Kullanma Durumları

Sigara Kullanma Durumu	Sayı	(%)
Sigara kullanıyor	115	24,7
Sigara kullanmıyor	310	66,5
Sigara bırakmış	41	8,8

4.2. Katılımcıların Mesleki Özellikleri

Katılımcıların yarısından fazlasını araştırma görevlileri ve hemşireler oluşturmaktaydı. Çalışılan yer olarak hastane servisi öne çıkmaktaydı. Hastane servisi ve yoğun bakım servisi de dahili bölümler, cerrahi bölümler olarak gruplandırılmıştır. Ayrıca **Tablo III**’te yer alan yardımcı sağlık personelinin att, laborant, eczacı, radyoloji teknikeri, diyetisyen, fizyoterapist oluşturmaktaydı.

Aynı anda birden fazla bölümde nöbet tutanlar mevcuttu. Hastane servisinde 177 (%38) kişi, yoğun bakım servisinde 112 (%24) kişi, acil serviste 30 (%6,4) kişi, diğer bölümlerde (eczane, diyaliz, radyoloji, laboratuvar) ise 7 (%1,5) kişi nöbet tutmaktaydı.

Tablo III. Sağlık Çalışanlarının Meslekle İlgili Özellikleri

Unvan	Sayı	%
Öğretim üyesi	73	15,7
Araştırma görevlisi	203	43,6
Hemşire	161	34,5
Yardımcı sağlık personeli	29	6,2
Çalıştığı yer*	Sayı	%
Acil servis	20	4,3
Hastane servisi	228	48,9
Günübirlik servis	6	1,3
Yoğun bakım servisi	150	32,2
Poliklinik	157	33,7
Laboratuvar	38	8,2
Diğer	22	4,7
Dahili serviste çalışan	141	61,8
Cerrahi serviste çalışan	87	38,2
Dahili YB çalışan	88	58,7
Cerrahi YB çalışan	62	41,3
Nöbet yeri *	Sayı	%
Acil servis	30	6,4
Hastane servisi	177	38
Yoğun bakım servisi	112	24
Diğer	7	1,5

*birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının 9 saat ve altında mesai yaptıkları görülmektedir. Mesai saati ortalaması ise $8,89 \pm 1,20$ olarak saptanmıştır.

Nöbet tutan sağlık çalışanı 282 (%60,5) kişi olup, 121 saat ve üstünde tutanlar 213 (%45,7) kişi idi. Ortalama nöbet saati ise $147,14 \pm 47,88$ olarak bulundu.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının 255'i (%54,7) 1- 5 yıldır, 88'i (%18,9) 6- 10 yıldır, 33'ü (%7,1) 11-20 yıldır, 34'ü (%7,3) 21 ve daha fazla yıldır meslek hayatında çalışmaktaydı (Tablo IV).

Tablo IV. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Süreleri, Hizmet Yılı ile İlgili Özellikleri

Mesai saati	Sayı	(%)	Ort. ±SDS
≤9 saat	256	54,9	
≥10 saat	95	20,4	
Nöbet usulü çalışan	115	24,7	8,89±1,20
Nöbet saati	Sayı	(%)	Ort. ±SDS
16-120 saat	69	14,8	
≥121 saat	213	45,7	
Nöbet tutmayan	184	39,5	147,14±47,88
Çalışma yılı	Sayı	(%)	Ort. ±SDS
1-5 yıl	255	54,7	
6-10 yıl	88	18,9	
11-20 yıl	33	7,1	
≥21 yıl	34	7,3	8,4±8,405

Sağlık çalışanlarından yarısından fazlasının mesleğini isteyerek seçtiği ve şu anda mesleğini kendine uygun bulduğu görülmektedir. Buna rağmen imkanı olsa şuan ki mesleğini bırakıp farklı meslek seçecek olan 259 (%55,6) kişi olduğu saptanmıştır. Şu anki iş yaşamından memnun olmayan 103 (%22,1), memnun olan ise 80 (%17,1) sağlık çalışanı bulunmaktadır (Tablo V).

Tablo V. Sağlık Çalışanlarının Mesleğine Yönelik Değerlendirilmesi

Mesleği seçmedeki isteklilik durumu	Sayı	%
İsteyerek	300	64,3
İstemeyerek	86	18,5
Kararsız	80	17,2
İmkan olsa farklı meslek seçme isteği	Sayı	%
Evet	259	55,6
Hayır	122	26,2
Kararsız	85	18,2
Mesleğini kendine uygun bulma	Sayı	%
Uygun	270	57,9
Uygun değil	63	13,5
Kararsız	133	28,6
İş yaşamından memnun olma durumu	Sayı	%
Memnun	80	17,1
Kısmen memnun	265	56,9
Memnun değil	103	22,1
Kararsız	18	3,9

Sağlık çalışanlarının iş yaşamından memnun olmama nedenleri sırasıyla; çalışma sistemindeki uygunsuzluk (%59,9), ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu (%35,2), sosyal imkan yetersizliği ve ekonomik yetersizlik (%29,6) olarak saptandı (Tablo VI).

Tablo VI. Sağlık Çalışanlarının İş Yaşamından Memnuniyetsizlik Nedenleri

İş yaşamından memnuniyetsizlik nedenleri *	Sayı	%
Ortamdaki iletişim sorunu	126	27
Ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu	164	35,2
Çalışma sistemindeki uygunsuzluklar	279	59,9
Ekonomik yetersizlikler	138	29,6
Sosyal imkan yetersizliği	138	29,6
Mesleki doyumsuzluk	111	23,8
Diğer	43	9,2

*birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Meslekle İlgili Özelliklerinin Yaşam Doymu ve Depresyon ile İlişkisi

Kadınlarda BDÖ ortalama puanı daha yüksekti ancak yaşam doymu açısından cinsiyetler arası bir fark saptanmadı. Ayrıntılar **Tablo VII**'de gösterilmektedir.

Yaşam doymu 41 yaş ve üstünde anlamlı olarak daha yüksek olup ortalama puanı $25,71 \pm 4,86$ idi ($F=11,283$, $p=0,000$). Benzer olarak BDÖ ortalama puanı $6,04 \pm 5,07$ ile 41 yaş ve üstünde anlamlı olarak daha düşük saptandı ($F=4,805$, $p=0,009$).

Medeni durum değerlendirildiğinde yaşam doymu açısından bir fark saptanmadı. Ancak evli olanlarda ortalama BDÖ puanı daha düşüktü.

Çocuk sahibi olmayan sağlık çalışanlarının ortalama yaşam doymu puanı daha düşüktü. Çocuk sahibi olmayanların BDÖ puanı ortalaması da daha düşüktü. Yalnız yaşamayan sağlık çalışanlarında yaşam doymu anlamlı olarak daha yüksekti ve YDÖ puan ortalaması $23,20 \pm 6,15$ idi ($t=-2,970$, $p=0,003$). Ancak yalnız yaşamayan ve yalnız yaşayan sağlık çalışanlarının BDÖ ortalama puanları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Aylık geliri yetmeyen sağlık çalışanlarında ortalama yaşam doymu puanı $18,26 \pm 6,29$ idi ve anlamlı olarak daha düşüktü ($F= 41,127$ $p=0,000$). Benzer şekilde aylık geliri yetmeyenlerin BDÖ ortalama puanı $12,46 \pm 9,85$ ile en yüksek saptandı ($F=20,267$, $p=0,000$).

Tablo VII. YDÖ, BDÖ Puanlarının Sosyodemografik Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Cinsiyet	Sayı	YDÖ Ort.± SDS	BDÖ Ort.± SDS
Kadın	287	22,14±6,07	9,4±7,50
Erkek	179	23,32±6,61	7,09±7,16
		(t= 1,964, p=0,05)	(t= -3,286, p=0,001)
Yaş	Sayı	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort. ±SDS
20-30 yaş	278	21,84±6,27	8,91±7,93
31-40 yaş	116	22,47±6,60	9,12±7,25
≥41 yaş	72	25,71±4,86	6,04±5,07
		(F= 11,283, p= 0,000)	(F=4,805, p=0,009)
Medeni durum	Sayı	YDÖ Ort.± SDS	BDÖ Ort.± SDS
Evli	252	23,52±6,07	7,9± 6,89
Bekar	214	21,5±6,40	9,24±8,02
		(t=3,48, p=0,476)	(t=-1,942, p=0,037)
Kimle yaşıyor?	Sayı	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort. ±SDS
Yalnız	154	21,37±6,43	9,15±8
Yalnız değil	312	23,2±6,15	8,21±7,16
		(t=-2,970, p=0,003)	(t=1,287, p=0,199)
Çocuk sahibi	Sayı	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort. ±SDS
Var	179	23,72±5,79	9,17±7,99
Yok	287	21,89±6,51	7,46±6,38
		(t=3,073, p=0,002)	(t=-2,421, p=0,016)
Gelir yetiyor mu?	Sayı	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort.± SDS
Yetmiyor	97	18,26±6,29	12,46±9,85
Kısmen yetiyor	255	22,97±5,55	7,94±6,28
Tamamen yetiyor	114	25,45±5,98	6,46±6,25
		(F=41,127, p=0,000)	(F=20,267,p=0,000)

Yaşam doyumu ölçek puanı unvana göre değerlendirildiğinde öğretim üyelerinde ortalama puan 26,22±4,67 olup en yüksekti (F=12,750, p=0,000). Öğretim üyelerinde BDÖ ortalama puanı da diğer sağlık çalışanlarına göre daha düşüktü. Benzer olarak 21 yıl ve daha fazla hizmet verenlerin yaşam doyumu, 0-5 yıldır ve 6-10 yıldır çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti. BDÖ ortalama puanları incelendiğinde ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Yaşam doyumu ortalama puanı 9 saat ve altında mesai yapan sağlık çalışanlarında 23,86±5,53 ile en yüksek saptandı. Ayrıca mesaiye kalan sağlık çalışanlarının yaşam doyumu nöbet usulü çalışanlara göre daha yüksekti (F=14,512, p=0,000). Yine mesai yapan çalışanlarda BDÖ ortalama puanı, nöbet usulü çalışan sağlık çalışanlarına göre anlamlı olarak daha düşüktü.

Nöbet tutan sağlık çalışanları arasında yaşam doyumu ölçeği ortalama puanı 21,33± 6,64 ile ayda 121 saat ve üstünde nöbet tutanlarda en düşük olarak saptandı. Nöbet

tutmayanlarda ise tutanlara göre yaşam doyumu ölçeği ortalama puanı daha yüksekti (F=10,942, p=0,000). Ayrıca nöbet tutmayan sağlık çalışanlarının BDÖ ortalama puanı da daha düşük saptandı (Tablo VIII).

Tablo VIII. YDÖ, BDÖ Puanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Unvan	Sayı	YDÖ Ort. + SDS	BDÖ Ort. + SDS
Öğretim üyesi	73	26,22±4,67	5,01±4,21
Araştırma görevlisi	203	22,58±6,48	7,96±7,06
Hemşire	161	20,92±6,18	10,8±8,07
Yardımcı sağlık personeli	29	22,86±5,63	8,59±8,93
		(F=12,75, p= 0,000)	(F=11,527, p=0,000)
Hizmet yılı	Sayı	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort. ±SDS
1-5 yıl	255	22,07±6,24	8,6±7,91
6-10 yıl	88	21,92±6,68	9,8±7,36
11-20 yıl	33	23,04±6,53	7,52±5,90
≥21 yıl	34	25,5±4,83	7,34±6,90
		(F=5,135, p=0,002)	(F=1,743, p=0,157)
Mesai saati	Sayı	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort. ±SDS
≤9 saat	256	23,86±5,53	7,33±6,65
≥10 saat	95	22,09±7,36	8,41±7,41
Nöbet usulü	115	20,20±6,27	11,24±8,46
		(F=14,512, p=0,000)	(F=11,422, p=0,000)
Nöbet saati	Sayı	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort. ±SDS
16-120 saat	69	22,19±6,18	8,43±7,23
≥121 saat	213	21,33±6,64	9,67±8,01
Nöbet tutmayan	184	24,21±5,57	7,22±6,64
		(F=10,942, p=0,000)	(F=5,433, p=0,005)

Hastane servisinde çalışan sağlık çalışanları ile diğer yerlerde çalışanlar arasında Yaşam doyumu ölçek puan farkı ve BDÖ puan farkı yoktu. Dahili serviste ve Yoğun bakım servisinde çalışanlar arasında da yaşam doyumu puanı ve depresyon puanı farkı saptanmadı.

Hastanede yoğun bakım servisinde çalışanların YDÖ ortalama puanı, yoğun bakım servisi dışında çalışanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü. Yine benzer olarak yoğun bakım servisinde çalışanlarda BDÖ ortalama puanı daha yüksek saptandı. Dahili yoğun bakım servisinde ve Cerrahi yoğun bakım servisinde (ameliyathane dahil) çalışanların YDÖ puan ortalamaları arasında fark saptanmadı. BDÖ puan ortalamaları arasında da fark yoktu.

Poliklinikteki sağlık çalışanlarının yaşam doyumu puan ortalamaları yüksek, BDÖ puan ortalamaları ise düşük saptanmıştır (Tablo IX).

Tablo IX. YDÖ, BDÖ Puanlarının Çalıştıkları Yere Göre Değerlendirilmesi

Çalıştığı yer	Sayı	YDÖ Ort. + SDS	BDÖ Ort. + SDS
Hastane servisi			
Evet	228	22,58±6,5	8,71±7,62
Hayır	238	22,61±6,12	8,33±7,29
		(t= -0,052, p=0,959)	(t=0,560, p=0,576)
Dahili servis	141	22,18±6,76	9,44±7,88
Cerrahi servis	87	23,22±6,02	7,54±7,07
		(t=-1,168, p=0,168)	(t=1,836, p=0,266)
Yoğun bakım servisi			
Evet	150	21,33±6,85	9,92±7,69
Hayır	316	23,13±5,98	7,93±7,28
		(t=-2,838, p=0,005)	(t=2,652, p=0,008)
Dahili yoğun bakım servisi	88	21,06±7,03	10,3±7,84
Cerrahi yoğun bakım servisi	62	21,8±6,56	9,26±7,45
		(t=-0,611, p=0,469)	(t=0,759, p=0,892)
Poliklinik			
Evet	157	23,97±5,79	7,17±6,58
Hayır	309	21,89±6,44	9,2±7,78
		(t=3,407, p=0,001)	(t=-2,810, p=0,005)

Mesleğini isteyerek seçme, kendine uygun bulma, iş yaşamından memnun olma ve imkanı olsa farklı meslek seçme durumu ile YDÖ ve BDÖ ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir. Bu verilerin analizi **Tablo X'** da gösterilmiştir.

Mesleğini istemeyerek seçenlerin ve imkanı olsa şuan ki mesleğini bırakıp farklı meslek seçerim diyenlerin Yaşam doyumu ölçeği ortalaması daha düşük, BDÖ ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Mesleğini kendine uygun bulan ve iş yaşamından memnun olan sağlık çalışanlarının ise Yaşam doyumu ölçeği ortalaması daha yüksek, BDÖ ortalaması daha düşüktü.

Tablo X. YDÖ, BDÖ Puanlarının Mesleki Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Mesleki özellikler	Sayı	YDÖ Ort. + SDS	BDÖ Ort. + SDS
Mesleğini seçmede isteklilik			
İsteyerek	300	23,65±6,07	7,23 ±7,04
Kararsız	86	21,48±6,17	9,5±7,15
İstemeyerek	80	19,95±6,30	12,09±7,89
		(F=16,029, p=0,000)	(F=13,725, p=0,000)
Mesleğini kendine uygun bulma			
Uygun	270	24,15±5,82	6,76±6,83
Kararsız	63	21,02±6,09	10,26±6,94
Uygun değil	133	19,25±6,66	12,4±8,72
		(F=21,407, p=0,000)	(F=23,296, p=0,000)
İmkan olsa farklı meslek seçme			
Evet	259	20,15±6,23	10,51±8,06
Kararsız	122	24,41±5,03	7,06±6,28
Hayır	85	26,52 ±4,65	5,3±5,20
		(F=24,562, p=0,000)	(F=58,034, p=0,000)
İş yaşamından memnuniyet			
Memnun	80	27,06±4,62	4,47±5,18
Kısmen memnun	265	23,23±5,25	7,5±6,26
Kararsız	103	19,89±6,68	11,72±9,09
Memnun değil	18	17,96±6,78	13,71±8,37
		(F=32,82, p=0,000)	(F=43,181, p=0,000)

Sigara içenlerde YDÖ ortalama puanı düşük, BDÖ ortalama puanı ise anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Alkol kullananlar, kullanmayanlar ve bırakmışlarda YDÖ ve BDÖ puanı ortalamaları arası anlamlı fark saptanmamıştır. Normal kilolu, fazla kilolu ve obezler arasında da YDÖ ortalama puanları, BDÖ ortalama puanları farkı yoktu (Tablo XI).

Tablo XI. YDÖ, BDÖ Puanlarının Sigara, Alkol Kullanma Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Sigara kullanma durumu	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort. ±SDS
Sigara kullanıyor	21,43±6,46	10,63±8,01
Sigara kullanmıyor	22,83±6,11	7,92±7,20
Sigara bırakmış	24,10±6,87	7,12±6,67
	(F=3,353, p=0,036)	(F=6,514, p=0,002).
Alkol kullanma durumu	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort. ±SDS
Alkol kullanıyor	22,4±6,52	8,44±7,34
Alkol kullanmıyor	22,76±6,15	8,46±7,49
Alkol bırakmış	20,6±7,40	14,4±8,73
	(F=0,427, p=0,653)	(F=1,578, p= 0,208).
VKI	YDÖ Ort. ±SDS	BDÖ Ort. ±SDS
Normal	22,62±6,22	8,34±7,41
Fazla kilolu	22,65±6,54	8,69±7,64
Obez	22,12±6,17	9,39±7,17
	(F=0,101, p=0,904)	(F=0,342, p=0,711)

Yaşam doyumu ölçeğine göre 7 puan ve altı düşük, 13 puan ve üstü yüksek, 8-12 arasında kalan puanlar ise orta düzey yaşam doyumu olarak sınıflandırıldığına çalışmamızda yüksek düzeyde yaşam doyumu olan 427 kişi (%91,6) vardı ve YDÖ ortalama puanı $22,59 \pm 6,30$ olarak saptandı.

BDÖ 'ne göre 17 puan altı düşük düzey, 17 puan ve üstü yüksek düzey depresyon riski olarak sınıflandırıldığına ise düşük düzeyde depresyon riski olan sağlık çalışanı 406 kişi (%87,1), yüksek düzeyde depresyon riski olan sağlık çalışanı 60 kişi (%12,9) olarak bulundu ve ortalama BDÖ puanı $8,52 \pm 7,45$ idi (Tablo XII).

Tablo XII. Sağlık Çalışanlarının YDÖ/BDÖ Puan Gruplandırması ve Ortalaması

YDÖ puanı	Sayı	%	Ort. \pm SDS
≤ 7 puan	7	1,5	
8-12 puan	32	6,9	$22,59 \pm 6,30$
≥ 13 puan	427	91,6	
BDÖ puanı	Sayı	%	Ort. \pm SDS
0-16 puan	406	87,1	$8,52 \pm 7,45$
≥ 17 puan	60	12,9	

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarında düşük düzeyde BDÖ puanı olanlarda Yaşam doyum ölçeği puan ortalaması $23,53 \pm 5,76$, yüksek düzeyde BDÖ olanlarda ise Yaşam doyum ölçeği puan ortalaması $16,27 \pm 6,19$ olarak saptandı (Tablo XIII).

Tablo XIII. Sağlık Çalışanlarının BDÖ Puan Gruplarına Göre YDÖ Ortalamasının Değerlendirilmesi

BDÖ	YDÖ Ort. \pm SDS	
0-16 puan	$23,53 \pm 5,76$	$t=9,021$
≥ 17 puan	$16,27 \pm 6,19$	$p=0,000$

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşam doyumu ölçeği puanları ile BDÖ puanları arasındaki ilişkiyi saptamak için korelasyon analizi yapıldı. Korelasyon analizi sonucunda yaşam doyumu ile depresyon riski arasında negatif bir ilişki saptandı ve bu ilişki anlamlıydı. Buna göre depresyon riski arttıkça yaşam doyumunun azaldığı söylenebilir ($r=-0,548$, $p=0,000$) (Tablo XIV).

Tablo XIV. Sağlık Çalışanlarının YDÖ Puanları ile BDÖ Puanlarının Korelasyon Analizi

YDÖ-BDÖ	n	r	p
	466	-0,548	$\leq 0,001$

5. TARTIŞMA

Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi'ndeki sağlık çalışanlarında depresyon riski ile yaşam doyumu ilişkisini saptamak ve bu durumla ilişkili faktörleri araştırmayı amaçladığımız çalışmamızda öne çıkan bulgularımız; ileri yaş, uzun hizmet yılı, unvanın artması, aylık gelirin yeterli olması, nöbet tutmama, yalnız yaşamama, sigara içmeme, işinden memnun olma, mesleğini isteyerek seçme ve kendine uygun bulma faktörlerinin yaşam doyumu ile olumlu ilişkisi olduğu ayrıca depresyon riski ile yaşam doyumu arasında ters bir ilişki olduğu görülmektedir.

5.1. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Depresyon Riskinin İlişkisi

Günümüz mesleklerinden özellikle insanlarla yüz yüze iletişimde bulunan, sağlık çalışanlarında depresyon riskinin artması ile yaşam doyumunun azalmasının hastalar ile kurulan iletişimi, hasta memnuniyetini olumsuz etkilemesi mümkündür. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının yaşam doyumları yüksek olup, yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması, sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışmada da benzer olarak saptanmıştır. Bu çalışmadaki depresyon riski ile çalışmamızdaki depresyon riski de benzer bulunmuştur (99). Bu sonuçlar çalışanların düşük düzeyde depresyon yaşadığını göstermiş olup depresyon puanları bazı çalışma sonuçlarına göre daha düşük, bazılarına göre ise benzer düzeyde bulunmuştur (100,101,102,103). Sağlık çalışanlarında genel olarak depresyon riskinin düşük ve yaşam doyumlarının yüksek olmasında, çalışanların büyük çoğunluğunun gelirini yeterli bulması, mesleğini isteyerek seçmesi ve kendine uygun bulması, yine büyük çoğunluğunun kısmen de olsa iş yaşamından memnun olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sorunlarla etkili başa çıkma, psikolojik dayanıklılığın en önemli göstergesi olarak kabul edilir (104). Ayrıca artan yaşla birlikte tecrübelerin artmasıyla da depresyon riskinin azalıp, yaşam doyumunun artması beklenen bir durum olabilir. Yaşam doyumu psikolojik sağlık durumu ile ilişkilidir. Sağlıklı bireylerin yaşam doyumunun, sağlıklı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (105). Stein ve Heimberg (106), yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluğu olanlarda, genel popülasyona göre yaşam doyumunun daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Sağlık çalışanları, sektörün gerektirdiği yükümlülükler ve insanlarla yüz yüze ilişki kurulması gibi nedenlerle stres ve baskı altında kalmaktadırlar (107). Bu stres ve baskı beraberinde depresyon ve tükenmişliği de getirmektedir (108). Yapılan çalışmalarda da depresyon ve tükenmişliğin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu gösterilmiştir (109). İş yerinde depresyonun tükenmişliği beraberinde getirebileceğini göstermektedir. Bunun sonucunda bireylerde uyku ve iştah sorunları, karın ağrıları gibi fiziksel sorunların yanında özgüven eksikliği, benlik saygısında azalma ve olumsuz inançlar gibi ruhsal sorunlar yaşandığı bildirilmiştir (110,111). Bu durumların sağlık çalışanlarında yaşam doyumunun azalmasına neden olabileceği düşünülebilir. Yapılan bazı çalışmalarda yaşam doyumunu ve depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir. (99,112). Ayrıca üniversite akademik personelinde yapılan psikolojik dayanıklılık ile yaşam doyumunu arasındaki ilişki çalışmada orta düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (113). Buna göre psikolojik dayanıklılık arttıkça yaşam doyumunun da arttığı söylenebilir. Bizim çalışmamızda da yaşam doyumunu yüksek olan sağlık çalışanlarında, depresyon riskinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

5.1.1. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Cinsiyet İlişkisi

Yapılan pek çok çalışmada yaşam doyumunu ile cinsiyet arasında ilişkinin olmadığı görülmüştür (114,115,116). Yavuzer ve arkadaşlarının yapmış olduğu sağlık çalışanlarında işyerinde mobbing ve yaşam doyumunu arasındaki ilişkide depresyonun rolü çalışmada da cinsiyetle yaşam doyumunu arasında fark bulunmamıştır (117). Ülkemizde hekimlerle yapılan iki ayrı çalışma benzer sonuçlar içermekte olup sonucumuzu destekler mahiyettedir (118,119). Bizim çalışmamızda cinsiyetin yaşam doyumunu etkilemediği ancak kadınların depresyona daha eğilimli olduğu saptanmıştır. Kadınların hem iş yerinde hem de evde çalışmasının, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatını kısıtlamaktadır. Bu durumun depresyon riski ile ilişkisi ayrı bir çalışma konusu olabilir.

5.1.2. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Yaş, Hizmet Yılı, Unvan İlişkisi

Yapılan çalışmalarda ileri yaşlarda yaşam doyumunun arttığı görülmüştür (120,121). Bizim çalışmamızda da sağlık çalışanlarında 41 yaş ve üstünde depresyon riski azalmakta, yaşam doyumunu artmaktaydı. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan yaşam kalitesini etkileyen etmenler çalışmasında da meslekte çalışma yılı arttıkça ruhsal

hastalıkların azalmakta olduğu gösterilmiştir (99). Ülker Tümlü ve arkadaşlarının (84) 2011-2012 eğitim öğretim yılında Kastamonu Üniversitesi akademik personeline yaptıkları bir çalışmada, hizmet yılı arttıkça psikolojik dayanıklılığın artmakta olduğu görülmüştür. Ayrıca psikolojik dayanıklılığın koruyucu ve içsel bir ögesi olarak öz yeterlik ile ilgili bir çalışmada, hizmet yılı arttıkça kişilerarası özyeterliliğin arttığı gözlenmiştir (122). Bu sonuçlar doğrultusunda artan yaşla birlikte yaşam doyumunun da artması, psikolojik dayanıklılık ve özyeterlilik artışına bağlı olabilir.

İletişim, etkili başa çıkma ve yönetme becerileri konusunda yeterli olma psikolojik sağlık durumu üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (123). Bu nedenle yaş, hizmet yılı arttıkça kazanılan deneyimler ve başa çıkma becerileri sonucunda, depresyon riskinin azalması ve dolaylı olarak da yaşam doyumunun artması beklenen bir durum olabilir. Çalışmamızda da artan hizmet yılı ile birlikte sağlık çalışanlarının yaşam doyumlarının arttığı görülmektedir.

Unvan ile yaşam doymu arası ilişkinin değerlendirildiği çalışmalarda, unvanın yaşam doyumunu etkilemediği saptanmıştır (116). Bizim çalışmamızda sağlık çalışanları meslek gruplarına göre değerlendirildiğinde öğretim üyelerinde yaşam doymu en fazla, depresyon riski en düşük olarak görülmüştür. Çalışmamızda yapılan diğer çalışmalarla benzer olarak depresyon riski en fazla olan grup hemşireler olup ardından yardımcı sağlık personelleri gelmekteydi (109). Yapılan çalışmalarda sağlık sektöründe hemşirelerde depresyon ve tükenmişliğin en fazla olduğunu göstermiştir (124).

5.1.3. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Yalnızlık İlişkisi

Yalnızlık duygusu, bireyin çevresiyle olan bütünlüğünü etkileyebilir. Bir kişinin dünyayı anlaşılabilir, yönetilebilir ve anlamlı olarak görmesi, onun yaşam doymunu anlamlı bir şekilde açıklamaktadır (125). Dolayısıyla yalnızlık duygusu ile yaşam doymu arasında ters yönlü bir ilişkinin olması beklenebilir. Bireyin yalnız olmayıp kaliteli sosyal ilişkilere, arkadaşlıklara iletişim deneyimlerine sahip olmasının yaşam doymunu arttırdığına ilişkin pek çok çalışma bulunmaktadır (126,127). Bugay (128) tarafından yapılan bir çalışmada, yalnızlığın yaşam doymu ile negatif ilişkisi olduğu saptanmıştır. Diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (129). Sağlık çalışanlarındaki

çalışmamızda da yalnız yaşayanlarda ailesi, eşi ya da arkadaşları ile birlikte yaşayanlardan daha düşük yaşam doyumu saptanmıştır.

5.1.4 Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Gelirin Yeterliliği İlişkisi

Bireylerin yaşama ilişkin beklentilerinin karşılanması ile ilişkili olan yaşam doyumu, bireylerin sahip olduğu ekonomik güçle ilişkilendirilebilir. Ekonomik güç insanların beklentilerini karşılamada önemli bir etkidir (130). Ayrıca ekonomik durumun, sağlıklı yaşam biçimini etkileyen bir faktör olduğu bildirilmektedir (131,132). Yapılan çalışmalarda gelir düzeyinin yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirlenmiştir (133,134). Başka bir çalışmada da aylık gelirini yeterli bulanlarda yaşam doyumunun arttığı saptanmıştır (135).

Psikiyatriklere yapılan bir çalışmada maddi gelirinden memnun olmayanların iş doyumu düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (136). Maddi gelirinden memnun olmama durumunun iş yaşamından memnuniyeti ve dolayısıyla yaşam doyumunu olumsuz etkilediği söylenebilir. Aynı şekilde bizim çalışmamızda da aylık gelirini yeterli bulan sağlık çalışanlarında yaşam doyumunun daha yüksek olduğu görülmüştür. Bireylerin yaşama ilişkin beklentilerinin karşılanması ile ilişkili olan yaşam doyumu, sahip olunan ekonomik güç ve buna bağlı olarak sağlıklı yaşam biçiminin, iş yaşamından memnuniyetin artması ile ilişkilendirilebilir.

5.1.5. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve Mesai saati, Nöbet Tutma İlişkisi

Erol ve arkadaşlarının (137) yaptığı çalışmaya göre ortalama çalışma süresi olan 8 saat ölçüt alınarak karşılaştırma yapıldığında, 8 saatin üzerinde çalışan asistan hekimlerde depersonalizasyon, duygusal tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğuna vurgu yapılmıştır. Tükenmişliğin ilk evresi olan duygusal tükenmişlik içsel bir süreç olmakla birlikte bireyin çevreden gelen duygusal talepler altında ezilmesi durumudur (138). Duyarsızlaşma boyutu tükenmişliğin ikinci boyutu olup işin kalitesini önemsemeyen, katı ve insanları küçümseyen özelliklerle tanımlanmaktadır. Bu iki boyutun birleşimi olarak görülen kişisel başarı eksikliği ise kişinin kendine dönmesi ve kendisini yetersiz, başarısız ve eksik hissetmesi sürecidir (139). Bu süreçlerin sonucunda bireyin psikolojik sağlığı, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu ciddi şekilde zarar görecektir. Kamu

çalışanlarında yürütülen bir çalışmada iş yerinde çalışma saati uzadıkça duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık hissini arttırdı; yaşam doyumunun azaldığı görülmüştür (140). Bizim çalışmamızda da fazla mesai yapanlarda yaşam doyumunun daha düşük, depresyon riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinde gece çalışması, nöbet gibi uygulamalar sağlık personelinde psikososyal sorunların meydana gelmesini kolaylaştırabilmektedir. Normal çalışma süresi dışında kalan nöbet uygulamaları “fazla çalışma” olarak nitelendirilmektedir. Bazı ülkelerde fazla çalışma dinlenme, bazı ülkelerde ise ücretlendirme hakkı ile karşılanmaktadır. Ancak belli süreyi aşan çalışma saatleri de sınırlandırılmaktadır. Örneğin; Fransa’da yataklı tedavi kurumlarında ayda en fazla 5 saat, yılda ise 60 saat fazla çalışma yaptırılmaktadır. Benzer olarak Avusturya’da bir sağlık personelinin günlük çalışma saatinin üst sınırı 10 saat olarak belirlenmiştir (141,142). Uzun çalışma saatleri ve nöbet sayısındaki fazlalığın depresyon ile yakından ilişkili olduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır (143,144).

Vardiyalı çalışma, bireylerde uykusuzluk, halsizlik gibi durumlar yaratacağı için bireyler stres ve benzeri olumsuzluklara karşı daha dirençsiz olurlar (145). Somatik yakınmalara ek olarak kişilerde düşük sosyalite ve vaktin verimli değerlendirilmemesi görülebilir (146). Ayrıca bireylerde sosyal ortamın azalması ve içe kapanma gibi durumların görüldüğü belirtilmektedir (147).

Çalışmalarda vardiyalı çalışan bireylerde depresyon yüksek bulunurken çevre ve sosyal ilişkilere dönük yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Ayrıca depresyonun vardiyalı çalışanlarda yüksek olduğu gösterilmiştir (148). Vardiya sistemi ayrıca bireylerin sirkadiyen ritimlerinde bozulmalara sebep olmakta ve hipertansiyon ve diyabet gibi hastalıkların vardiyalı çalışanlarda daha yüksek görüldüğü bilinmektedir (149). Vardiyalı çalışmanın sağlık çalışanlarının yaşam kalitesine ve psikolojik durumuna etkisini göstermektedir (109). Bütün bu durumların sağlık çalışanlarında depresyon riskinin artması, yaşam doyumunun azalmasına neden olabileceği söylenebilir. Bizim çalışmamızda nöbet tutmayanların yaşam doyumu puanları yüksek, depresyon riski puanları düşüktü. Ayrıca nöbet tutanların nöbet sayısı arttıkça yaşam doyumunun azaldığı depresyon riskinin arttığı görülmüştür.

5.1.6. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doyumu ve İş Yaşamından Memnuniyet, Mesleğini İsteyerek Seçme İlişkisi

Sağlık çalışanlarında depresyonun ortaya çıkması bireyin yaşam kalitesini ve doyumunu olumsuz değerlendirmesine yol açmaktadır. Bu durum hem birey hem de sağlık sektörü açısından değerlendirildiğinde; bireyin iş doyumunun azalmasına, performans düşüklüğüne, işe karşı bıkkınlık ve isteksizliğe yol açabileceği, sağlık kurumunun ise verimliliğini azaltabileceği düşünülmektedir. Bireyin çeşitli sebeplerle iş yaşamından memnun olmaması, mesleğini isteyerek seçmemesi mutsuzluk nedeni olabilir dolayısıyla yaşam doyumunu olumsuz etkileyebilir.

Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalara göre iş yaşamından memnuniyetsizliğin en sık nedenleri çalışma sistemindeki uygunsuzluklar ve ekonomik yetersizlik olarak belirtilmiştir (150,151,152,153). Yapılan bir çalışmada çalışma şartlarından ve maddi gelirinden memnun olmayan psikiyatristlerin iş doyumunu düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır (136). İş doyumunun iş yaşamından memnuniyetin azalmasına bağlı olarak yaşam doyumunun da azaldığı söylenebilir. Yapılan benzer çalışmalarda; personel eksikliği nedeniyle iş yükünün çok olması, düzensizlik, sistemsizlik, yönetim problemleri ve çalışanların düşüncelerinin önemsenmiyor olması, adaletsizlikler, eğitim eksikliği ve etik değerlerin olmaması olarak belirlenmiştir (154).

Bizim çalışmamızda sağlık çalışanlarında iş yaşamından memnuniyetsizliğin ilk 3 nedeni; çalışma sistemindeki uygunsuzluklar, ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu, sosyal imkan ve ekonomik yetersizlikler olarak değerlendirilmiştir. Hasta memnuniyetinin yanı sıra sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının ve sağlık sistemlerinin geliştirilmesi, çalışan memnuniyeti açısından gereklidir (155,156,157).

Serbest meslek çalışanlarında mesleğini isteyerek seçmenin yaşam doyumunu arttırdığı görülmüştür (115). Bizim çalışmamızda da benzer bir sonuç saptanmıştır. Mesleğini isteyerek seçenlerde depresyon riskinin düşük yaşam doyumunun yüksek olması, bireyin kendi hayatının kontrolünü elinde bulundurduğunu hissetmesi yani özgürlüğü nedeniyle anlaşılır bir durum olabilir

5.1.7. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Doymu ve Sigara İlişkisi

Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doymu düzeyleri ve yaşam doymunun incelenmesi çalışmasında sigara içmeyenlerde yaşam doymunun daha fazla olduğu saptanmıştır (116). Bizim sağlık çalışanlarında yaptığımız çalışmada ise sigara kullananlarda yaşam doymu kullanmayanlara ve bırakmışlara göre daha düşüktü. Bağımlılığın yol açtığı hastalıklar, kişilik bozukluğu ve psikiyatrik bozukluklar, iş kaybı ve zayıf iş performansı ile ilişkili olarak azalan sosyoekonomik statü ve psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili ruhsal çöküntü, yaş ve cinsiyet; madde bağımlılarında yaşam kalitesi için birer risk faktörü olarak belirtilmiştir (158,159,160).

Asistanlarda depresyon sıklığı ve etkileyen faktörlerle ilgili bir çalışmada sigara içme ile depresyon arasında bir ilişki bulunmamıştır. Buğdaycı ve arkadaşlarının (161) yapmış olduğu çalışmada sigara kullananların depresyon riski düşük bulunurken, alkol kullananlarla kullanmayanlar arasında depresyon riski açısından fark bulunamamıştır. Daha önce yapılmış olan bazı çalışmalarda da sigara ve alkol kullanımı ile depresyon riski arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir (162,163). Bizim çalışmamızda ise sigara içenlerde depresyon riski bırakmışlara ve içmeyenlere göre daha yüksekti.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın sonucunda; yaşam doyumu üzerinde önemli etkileri olan değişkenlerin depresyon riski, katılımcıların yaşları, hizmet yılı, unvan, nöbet ve mesai saati, maddi imkanlar, iş memnuniyeti, mesleğini isteyerek seçme ve kendine uygun bulma, yalnız yaşamama ve sigara kullanma durumu olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda;

1) Çalışanların yaş ve hizmet yılı arttıkça yaşam doyumunun artıp depresyon riskinin azaldığı görülmekte olup bu durumun uzun yıllar boyunca kazanılan mesleki tecrübe ve stresle baş etme mekanizmalarının oluşmasıyla ilişkili olduğu öngörülebilmektedir. Dolayısıyla tecrübelerin artmasıyla psikolojik dayanıklılığın yükselmesi ve yaşam doyumunun artması beklenen bir durum olarak gözlenebilir.

2) Ayrıca “fazla çalışma” nedeniyle yaşam doyumu azalan sağlık çalışanlarının çalışma şekillerini düzenlemek ve çalışanlar üzerindeki olumsuz etkisini en aza indirmek için planlama ve düzenlemeler yapılması bu durumdaki sağlık çalışanlarının sağlığını korumak açısından önem taşımaktadır.

3) Çalışmamızda iş yaşamından memnuniyetsizliğin ilk üç nedeni; çalışma sistemindeki uygunsuzluklar, ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu, sosyal imkan ve ekonomik yetersizlikler olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle çalışan memnuniyetinin çalışma koşulları, çalışma ortamı göz önünde tutularak ele alınmasının yaşam doyumunu açısından önemli olduğu vurgulanmalıdır.

Bütün bu düzenlemeler sonucunda, çalışanların psikolojik sağlık durumundaki olumlu gelişmelerin dolaylı olarak yaşam doyumunu artıracak ve hastalara sunulan sağlık hizmetinin de daha kaliteli hale gelmesini sağlayacağı düşünülebilir. Ayrıca hastalarla olumlu iletişimin kurulabilmesi nedeniyle güven ortamının, hasta merkezli yaklaşımın ve hasta memnuniyetinin de artacağı aşikardır.

ÖZET

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON RİSKİ İLE YAŞAM DOYUMUNUN İLİŞKİSİ

Amaç: Kendini iyi hissetme hali sağlığın önemli belirleyicilerinden biridir. Duygusal ve bilişsel yönleri olan bu öznel durumun bilişsel bölümünü yaşam doyumu oluşturur. Kişisel amaçlar ve ulaşılan hedefler arasındaki uygunluğun yargısal değerlendirmesi olarak tanımlanan yaşam doyumunun depresyonla ilişkisi olabileceği öngörülmektedir. Biz bu çalışmada, bir üniversite hastanesindeki sağlık çalışanlarının depresyon riski ve yaşam doyumu ilişkisi ile bunları etkileyen sosyodemografik ve mesleki özelliklerin araştırılmasını amaçladık.

Yöntem: Çalışmanın evrenini, Nisan-Ağustos 2018 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi'nde mevcut olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Gönüllü sağlık çalışanlarına sosyodemografik ve mesleki özellikler ile ilgili anket, Beck Depresyon Ölçeği, Yaşam Doyum Ölçeği uygulanmıştır. Veriler toplandıktan sonra istatistiksel analizi SPSS paket program aracılığıyla yapılmıştır. Çalışmanın gerekli etik kurul izinleri ise Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul'undan alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza alınan 466 sağlık çalışanınının 179' u (%38,4) erkeklerden, 287' si (%61,6) kadınlardan oluşmaktadır. Buna göre kadınlarda depresyon riski daha yüksekti. Yaşam doyumu ise cinsiyete göre değişmemekteydi. Çalışmamızda YDÖ ortalama puanı en yüksek bulunan sağlık çalışanlarını; 41 yaş ve üstündekiler, öğretim üyeleri, benzer olarak 21 yıl ve daha fazla hizmet verenler, aylık gelirin yeterli olduğunu düşünenler, nöbet tutmayanlar, yalnız yaşamayanlar ve aralarında negatif korelasyon saptanması nedeniyle BDÖ ortalama puanı en düşük olanlar oluşturmaktaydı.

Mesleğini seçmedeki isteklilik durumu, mesleğini kendine uygun bulma, iş yaşamından memnun olma ve imkan olsa farklı meslek seçmeyi düşünme ile YDÖ ve BDÖ ortalama puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştu. Ayrıca sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının mesleğini isteyerek seçtiği ve şu anda mesleğini kendine uygun bulduğu görülmekteydi. Buna rağmen imkanı olsa şuan ki

mesleğini bırakıp farklı meslek seçecek olan 259 (%55,6) kişi olduğu saptanmıştı. İş yaşamından memnuniyetsizlik nedenlerine bakıldığında ise %59,9 ile ilk sırada çalışma sistemindeki uygunsuzluklar gelmekteydi.

Sonuç: Çalışmada depresyon riski, yaş, unvan, çalışma yılı, maddi imkanlar, nöbet tutma, iş memnuniyeti yaşam doyumunun önemli etkenleri olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, sağlık çalışanlarının çalışma şekillerini düzenlemek ve çalışanların psikolojik sağlık durumundaki olumsuz etkileri en aza indirmek için planlama ve düzenlemeler yapılmasının dolaylı olarak yaşam doyumunu artıracak ve hastalara sunulan sağlık hizmetinin de daha kaliteli hale gelmesini sağlayacağı düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, Yaşam Doyumu, BDÖ

İletişim Adresi: meltem_trkmen91@yahoo.com

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN LIFE SATISFACTION AND RISK OF DEPRESSION IN HEALTHCARE WORKERS

Objective: Well-being is one of the important determinants of health. Life satisfaction is cognitive part of this subjective situation with emotional and cognitive aspects. It is predicted that life satisfaction, which is defined as a judicial evaluation of the appropriateness between personal goals and achieved goals, may be related to depression. In this study, we aimed to investigate the relationship between the risk of depression and life satisfaction, and the relationship between life satisfaction and occupational and sociodemographic characteristics of healthcare workers in a university hospital.

Method: The population of the study consists of health workers who were present in Adnan Menderes University Training and Practice Hospital in 2018. A questionnaire about sociodemographic and occupational characteristics, Beck Depression Scale and Life Satisfaction Scale were applied to volunteer health workers. After the data were collected, statistical analysis was performed through SPSS package program. The necessary ethics committee permissions of the study were obtained from Adnan Menderes University Ethics Committee.

Results: 179 (38.4%) of the 466 health workers included in our study were men and 287 (61.6%) were women. Accordingly, women had a higher risk of depression. Life satisfaction did not change according to gender. In our study, health workers with the highest mean scores of GDS; Negative correlation between 41 years and older, faculty members, those who serve 21 years or more, those who think their monthly income is sufficient, those who do not have seizures, who do not live alone and that they are negativemean score of BDI was the lowest.

It was found that there was a statistically significant difference between the willingness status in choosing the profession, finding the profession suitable for himself, being satisfied with the work life and choosing a different profession if possible and the mean scores of life satisfaction and BDI.

It was also seen that more than half of the health workers willingly chose their profession and now found the profession appropriate for themselves. However, it was found that there were 259 (55.6%) people who would leave their current job and choose a different occupation. When we look at the reasons for dissatisfaction with business life, the nonconformities in the working system came first with % 59.9.

Conclusion: In this study, risk of depression, age, title, working year, financial opportunities, night shift, job satisfaction were found to be important factors of life satisfaction. In line with these results, it is thought that planning and arrangements to regulate the way health workers work and to minimize the negative effects of psychological health of workers will indirectly increase life satisfaction and quality of health service provided to patients.

Key words: Health care workers, Life Satisfaction, BDI

Contact address: meltem_trkmen91@yahoo.com

KAYNAKLAR

- 1- Karabulut Ö. Ö., Özer M. Yaşlılarda yaşam doyumu. Geriatri, 2003; 6.2: 72-74.
- 2- Christopher, J. C. Situating psychological well-being: Exploring the cultural roots of its theory and research. Journal of Counseling and Development 1999; 77.2: 141-152.
- 3- Vara Ş. Yoğun bakım hemşirelerinde iş doyumu ve genel yaşam doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999.
- 4- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. The satisfaction with life scale. Journal of personality assessment, 1986; 49.1: 71-75.
- 5- Veenhoven R., Saris W. E., Scherpenzeel A. C., Bunting B. A comparative study of satisfaction with life in Europe. Eotvos University, 1996.
- 6- Serin N.G. ve Özbulak B. Okul idarecilerinin duygusal zeka beceri düzeyleri ile yaşam doyumunu yöneticilik deneyimleri ve cinsiyet açısından incelenmesi. Uluslararası duygusal zeka ve iletişim sempozyum bildiri kitabı, İzmir: Ege Üniversitesi, İletişim Fakültesi, 2006: 23-30.
- 7- Diener, Ed. Subjective well-being. Psychological Bulletin, 1984; 95.3: 542.
- 8- Schmitter A. C. Life satisfaction in centenarians residing in long-term care. <http://www.mmhc.com/articles/NHM9912/cutillo.html>. 21.02.2008.
- 9- Dikmen, A.A İş yaşamı ve yaşam doyumu ilişkisi. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi 1995; 3: 115-140.
- 10- Myers, D.G. and Diener, E. Who is happy? Psychological science, 1995; 6.1: 10-16.
- 11- Appleton, S. and Song, L. Life satisfaction in urban China: components and determinants. World Development, 2008, 36.11: 2325-2340.
- 12- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2: 61-68.
- 13- Önen C., Güneş G., Türeme A. ve Ağaç P. Bir mülteci kampında yaşayan Suriyelilerde depresyon ve anksiyete durumu. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2014; 2.6: 223-230.

- 14- Kayahan M. ve Sertbaş G. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8: 52-61.
- 15- Saygın M., Yaşar S., Çetinkaya G., Kayan M., Özgüner M. F. ve Korucu C. Ç. Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 2.3: 139-144.
- 16- Brundtland GH The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Genava: World Health Organization 2001, p. 30.
- 17- Yıldırım A., Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011; 2: 61-68.
- 18- Theorell T., Changing society: changing role of doctors, 2000; 320: 1417-1418
- 19- Martin F., Poyen D., Boudierlique E., Gouvernet J., et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. International Journal of Occupational Environmental Health, 1997; 3: 204-209.
- 20- Cihan YB. Onkoloji bölümünde çalışan sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. Yeni Tıp Dergisi, 2011; 28: 17-22.
- 21- Demiral Y., Akvardar Y., Ergör A., Ergör G. (2006). Üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde iş doyumunun anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi. On Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2006; 20.3: 157-164
- 22- Saygın M., Yaşar S., Çetinkaya G., Kayan M., Özgüner M. F. ve Korucu C. Ç. Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011; 2.3: 139-144 .
- 23- NIOSH Exposure To Stress Occupational Hazards in Hospitals , Department Of Health And Human Services Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health Publication No. 2008–136
- 24- Yeşil Y. ve Fidan F. Kadın akademisyenlerin çalışma yaşam kalitesinin incelenmesi: devlet ve vakıf üniversitelerinde akademisyenler üzerine bir araştırma. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2015; 3.14: 238-248

- 25- Ceylan ME, Oral ET. Duygudurum bozuklukları, Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Kitabı. 4. Cilt, Birinci Baskı, İstanbul, 2001, 72-135.
- 26- Kaya B., Kaya M. 1960'lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi, tarihsel bir bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2007; 10.6: 3-10.
- 27- Ozturk I. (2001).The role of education in economic development: A theoretical perspective. Journal of Rural Development and Administration, Volume XXXIII, No. 1, Winter 2001, pp. 39-47.
- 28- Öztürk MO., Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Yenilenmiş on dördüncü baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2016: 261-97.
- 29- Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. Bozkurt A., (çev.). Türkçe: Kaplan & Sadock's Psikiyatri, Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri.11. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 347-70
- 30- Tükel R., Çakır S. Psikiyatri İstanbul Tıp Fakültesi 185. Yıl Ders Kitapları Serisi Birinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2014: 43-54.
- 31- Suma P.Chand; Lior Givon. Depression. Erişim tarihi 15 Eylül 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847>.
- 32- Helvacı Çelik F., Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Journal of Contemporary Medicine, 2016; 1 :51-66.
- 33- Öztürk M., Uluşahin N. Duygudurum bozuklukları ruh sağlığı ve bozuklukları. 14. Baskı Ankara: Miki Matbacılık, 2016: 333-261.
- 34- Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık, 2003: 20 -32.
- 35- Wang W. C., Kao C. H., Huan T. C., Wu, C. C. Free time management contributes to better quality of life: A study of undergraduate students in Taiwan. Journal of Happiness Studies, 2011; 12: 561-573
- 36- Ng S. L. Subjective residential environment and its implications for quality of life among university students in Hong Kong. Social Indicators Research, 2005; 71: 467-489.

- 37- Veenhoven R. (1996). Developments in satisfaction research. *Social Indicators Research*, 1996; 37: 1-46.
- 38- Felce D., Perry J. Quality of life: its definition and measurement, *Research in Developmental Disabilities*, 1995; 16.1: 51-74.
- 39- Vaez M., Kristenson M., Laflamme L. Perceived quality of life and self-rated health among first year university students. A comparison with their working peers. *Social Indicators Research*, 2004; 68: 221-234.
- 40- Diener E., Suh M. E. Focus on emotion and adult development. K. Warner Schaie ve Powell Lawton (Edt.), *Subjective Well-Being and Age: An International Analysis*, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 1997; 17: 304-324.
- 41- Zullig K. J., Valois R. F., Huebner E. S., Drane J. W. Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research*, 2005; 14: 1573-1584.
- 42- Veenhoven R., Saris W. E., Scherpenzeel A. C., Bunting B. A comparative study of satisfaction with life in Europe. Eotvos University, 1996.
- 43- Pavot W., Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 1993; 5.2: 164-172.
- 44- Proctor C., Alex Linley P., Maltby J. Youth life satisfaction measures: a review. *The Journal of Positive Psychology*, 2009; 4.2: 128-144.
- 45- Vermunt R., Spaans E., Zorge F. Satisfaction, happiness and well-being of dutch students. *Social Indicators Research*, 1989; 21: 1-33.
- 46- Kim-Prieto C., Diener E., Tamir M., Scollon C., Diener M. Integrating the diverse definitions of happiness: a time-sequential framework of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 2005; 6.3 :261–300.
- 47- Cummins R. A., Nistico H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 2002; 3.1: 37-69.

- 48- Peterson C., Ruch W., Beermann U., Park N., Seligman M. E. Strengths of character, orientations to happiness and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2007; 2.3: 149-156.
- 49- Lyubomirsky S., King L., Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?, *Psychological Bulletin*, 2005; 131.6: 803-855.
- 50- Proctor C., Alex Linley P., Maltby J. Youth life satisfaction measures: a review. *The Journal of Positive Psychology*, 2009; 4.2: 128-144.
- 51-Diener E., Seligman M. E. Very happy people. *Psychological Science*, 2002; 13: 81-84.
- 52- Norrish J. M., Vella-Brodrick D. A. Is the study of happiness a worthy scientific pursuit? *Social Indicators Research*, 2008; 87.3: 393-407.
- 53- Çevik N. K., Korkmaz O. “Türkiye’de Yaşam Doyumu ve İş Doyumu Arasındaki İlişkinin İki Değişkenli Sıralı Probit Model Analizi”, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2014; 7.1: 126-145.
- 54- Bower G. H., Gilligan S.G., Monteiro K. P. Selective learning caused by affective states. *Journal of Experimental Psychology: General*, 1981; 110: 451-473.
- 55- Yetim Ü. Kişisel projelerin organizasyonu ve örüntüsü açısından yaşam doyumu. *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 2001.
- 56- Wilson K., Gullone E. The relationship between personality and affect over the lifespan. *Personality and Individual Differences*, 1999; 27.6: 1141-1156.
- 57- Onyishi I. K., Okongwu O. E. Personality and social support as predictors of life satisfaction of Nigerian prisons officers. *The social sciences*, 2013; 8: 5-12.
- 58- Peterson C., Park N., Seligman M.E. P. Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 2005; 6: 25-41.
- 59-. Adebayo S. O., Arogundade O. B. The predictive influence of extraversion and neuroticism on life satisfaction judgment of adults in Ado-Ekiti, Nigerya. *British Journal of Arts and Social Sciences*, 2011; 3.1: 38-49.

- 60- Durak M., Senol Durak E., Gencoz T. Psychometric properties of the satisfaction with life scale among Turkish university student, correctional officers, and elderly adult. *Social Indicators Research*, 2010; 99: 413-429.
- 61-Yetim Ü. Toplumdan bireye mutluluk resimleri. İstanbul: Bağlam, 2001.
- 62-Şimşek E. Örgütsel iletişim ve kişilik özelliklerinin yaşam doyumuna etkileri. Doktora Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2011.
- 63- Batan S. N. Yetişkinlerde psikolojik dayanıklılık ve dini başa çıkmanın yaşam doyumuna etkileri. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2016.
- 64- Dağlı A., Baysal N. (2016) “Yaşam doyumunu ölçeğinin Türkçe’ ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016; 15.59: 1250-1262.
- 65- Yetim Ü. Kişisel projelerin organizasyonu ve örüntüsü açısından yaşam doyumunu, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1991.
- 66- Vara Ş. Yoğun bakım hemşirelerinde iş doyumunu ve genel yaşam doyumunu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999.
- 67- Diener E. Assessing subjective well –being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 1994; 31: 103-157.
- 68- Proctor C. L., Linley P. A., Maltby J. Youthe life satisfaction: a review of the literatüre. *Journal of Happiness Studies*, DOI 10.1007/s10902-008-9110-9, 2008.
- 69- Brülde B. (2007). Happiness and the good life introduction and conceptual framework. *Journal of Happiness Studies*, 2007; 8: 1-14.
- 70- Diener E. Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 1994; 31: 103-157.
- 71- Vitterso J., Biswas-Diener R., Diener E. The divergent meanings of life satisfaction: Item response modeling of the satisfaction with life scale in Greenland and Norway, *Social Indicators Research*, 2005; 74: 327-348.

- 72- Diener E., Emmons R., Larsen R. J., Griffin S. The satisfaction with life scale, *Journal of Personality Assessment*, 1985; 49: 71-75.
- 73- Diener E., Oishi S., Lucas R.E. Personality, culture and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review Psychology*, 2003; 54: 403-25.
- 74- Frish M. B. Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology, 2006; 9.2: 103-110.
- 75- Lance C. E., Mallard A. G., Michalos A. C. (1995). Test of the casual directions of global-life facet satisfaction relationships. *Social Indicators Research*, 1995; 34.1: 69-92
- 76- Dikmen A. Kamu çalışanlarında iş doyum ve yaşam doyum. Yüksek Lisans Tezi, 1995.
- 77- Vara Ş. Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1999.
- 78- Bulgurcu Gürel E. B., Gürel E. Muhasebe meslek mensuplarının mesleki tükenmişlik düzeyinin yaşam doyum üzerine etkisi: Aydın ili örneği. *Muhasebe ve Denetime Bakış*, 2015; 14.44: 37-48, 13.05.2018
- 79- Güner F., Çiçek H., Can A. Banka çalışanlarının mesleki stres ve tükenmişlik düzeylerinin iş doyum ve yaşam doyum düzeyleri ile ilişkisi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 2014; 6.3: 59-76.
- 80- Şimşek E. ve Aktaş H. Örgütsel sessizlik ile kişilik ve yaşam doyum etkileşimi: kamu sektöründe bir araştırma. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2014; 14.2: 121-136.
- 81- Telef B. B. Öğretmenlerin öz-yeterlikleri, iş doyumları, yaşam doyumları ve tükenmişliklerinin incelenmesi. *İlköğretim Online*, 2011; 10.1: 91-108.
- 82- Yılmaz E. ve Altınok V. Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 2009; 15.59: 451-469.

- 83- Recepoğlu E. Öğretmen adaylarının yaşam doyumları ile öğretmenlik mesleğine ilişkin tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Özel Sayı 2013; 1: 311–326.
- 84- Ülker Tümlü G. ve Recepoğlu E. Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumunu arasındaki ilişki. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 2013; 3.3: 205– 213.
- 85- Tümkaya S., Hamarta E., Deniz M. E., Çelik M. ve Aybek B. Duygusal zekâ mizah tarzı ve yaşam doyumunu: üniversite öğretim elemanları üzerine bir araştırma. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2008; 3.30: 1-18
- 86- Doğan A., Deniz M. E., Odabaş H., Özyeşil Z. ve Özgirgin N. Rehabilitasyon merkezinde çalışan sağlık personelinde iş ve yaşam doyumunu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 2012; 58: 16–21.
- 87- Tekir Ö., Çevik C., Arık S. ve Ceylan G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumunu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2016; 18.2: 51-63.
- 88- Diener E., Oishi S. Money and happiness: income and subjective well-being across nations. Culture and subjective well-being, 2000: 185-218.
- 89-Oishi S., Diener E., Lucas R. E., Suh E. M. Cross-cultural variations in predictors of life satisfactions: perspectives from needs and values. Personality and Social Bulletin, 1999; 25.8: 980-990.
- 90- Glatzer, W. (1984). Lebensqualität in der Bundesrepublik: objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Campus Verlag, 1984.
- 91- Wilson W. Correlates of avowed happiness. Psychological Bulletin, 1967; 67: 294-306.
- 92- Lucas, R. E., & Gohm, C. L. Age and sex differences in subjective well-being across cultures. Culture and subjective well-being, 2000; 3.2: 91-317.
- 93- Diener E. D., Eunkook Suh M. Subjective well-being and age: an international analysis. Annual review of gerontology and geriatrics, 1997; 17: 304-324.

- 94-Campbell A. Subjective measures of well-being, american psychologist, 1976; 31: 117-124.
- 95- Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of general psychiatry, 1961; 4.6: 561-571.
- 96-Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji dergisi, 1989; 7: 3-13.
- 97-Köker S. Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyumu düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1991.
- 98-Karataş S. Yaşlılarda yaşam doyumu etkileyen etmenler. Hacettepe Üniversitesi S.B.E, Doktora Tezi Ankara, 1980.
- 99- Yıldırım A., Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011; 2.2: 61-68.
- 100-Kavlu İ., Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal Medicine Science 2009; 29: 1543-55.
- 101-Martin F., Poyen D., Boudierlique E., Gouvernet J., et al. Depression and burnout in hospital health care professionals. International Journal of Occupational Environmental Health, 1997; 3: 204-209.
- 102- Armutçuk A.K., Sevinç Ö., Bozkurt A.İ., Bostancı M. ve ark. Denizli Devlet Hastanesi'nde çalışan hekim dışı sağlık personelinde tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. Pamukkale Tıp Dergisi, 2011; 4: 15-20.
- 103- Erol A., Sarıççek A., Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: iş doyumu ve depresyonla ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry, 2007; 8: 241-7.
- 104- Folkman S., Lazarus R. S. If it charges it must be a process study of emotion and coping during three stage of collage examination. Journal of Personality and Social Psychology, 1987; 48.8: 150-170.
- 105- Diener E., Ryan K. Subjective well-being: a general overview. South African journal of psychology, 2009; 39.4: 391-406.

- 106- Stein M. B., Heimberg R. G. Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of affective disorders*, 2004; 79.1-3: 161-166.
- 107- Tepas D. I., Carvalhais A. B. Sleep patterns of shiftworkers. *Occupational Medicine (Philadelphia, Pa.)* 1989; 5.2: 199-208.
- 108- Ruggiero J. S. Health, work variables and job satisfaction among nurses. *Journal Of Nursing Administration*, 2005; 35.5: 254-263.
- 109- Bahadır E., Kalender B. Sağlık çalışanlarında depresyon tükenmişlik ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi. *The Journal of Academic Social Science*, Yıl:5, Sayı: 40, 2017: 454-465.
- 110- Emiroğlu N. Çalışma ortamı ve ruh sağlığı. *Çınar Dergisi*, 1999; 2.2: 31-33.
- 111- Görgülü S. Hemşirelik ve iş ortamı stresörleri. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1990; 39.1: 23-27.
- 112- Karakuş M., Çankaya İ.H. Öğretmenlerin maruz kaldıkları psikolojik şiddete ilişkin bir modelin sınanması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2012; 42:225-237.
- 113- Ülker Tümlü G., Recepoğlu E. Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Journal of Higher Education and Science /Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 2013; 3.3.
- 114- Avşaroğlu S., Deniz M. E., Kahraman A. Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2005; 14: 115-129.
- 115- Kesimli İ., Yalçın B. D., Kılıç B. Serbest çalışan muhasebe meslek mensuplarının yaşam doyum düzeyleri. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 845-856.
- 116- Tekir Ö., Çevik C., Selma A. R. I. K., Çetin G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016; 18.2: 51-63.

- 117- Yavuzer Y., Çivilidağ A. Sağlık çalışanlarında iş yerinde mobbing ile yaşam doyumu arasındaki ilişkide depresyonun aracı rolü. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2014, 27.
- 118- Musal B., Elçi Ö.Ç., Ergin S. Uzman hekimlerde mesleki doyum. *Toplum ve Hekim* 1995; 10: 2-7.
- 119- Demir F., Ay P., Erbaş M., Özdiş M., Yaşar E. İstanbul'da bir eğitim hastanesinde çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinde depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007; 18.1: 31-7.
- 120- Ünal S., Karlıdağ R., Yoloğlu S. Hekimlerde tükenmişlik ve iş doyumu düzeylerinin yaşam doyumu düzeyleri ile ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2001; 4.2: 113-118.
- 121- Linn L.S., Yager J., Cope D. ve ark. (1985) Health status, job satisfaction, job stress and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA*, 1985; 254.19: 2775-2782.
- 122- Çapri B., Kan A. Öğretmen kişilerarası öz-yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006; 2.1: 48-61.
- 123- Penson R.T., Dignan F.L., Canellos G.P. ve ark. Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist*, 2000; 5.5: 425-434.
- 124- Altay B., Gönener D., Demirkıran C. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2010; 15.1: 10-6.
- 125- Çeçen A. R. Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumunu yordamada bireysel bütünlük duygusu, aile bütünlük duygusu ve benlik saygısı. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 2008; 4.1: 19-30.
- 126- Demir M., Özdemir M. (2010). Friendship, need satisfaction and happiness. *Journal of Happiness Study*, 2010; 11: 243-259.
- 127- Tome G., Matos M. G., Camacho I., Simoes C. and Diniz J. A. Friendship quality and classmates support: how to influence the well-being of adolescents. *Higher Education of Social Science*, 2014; 7.2: 149-160.

- 128- Bugay A. Loneliness and life satisfaction of Turkish university students. Paper presented at 4th Education in a Changing Environment Conference, September, The University of Salford, UK 2007.
- 129- Goodwin R., Cook O. and Yung Y. Loneliness and life satisfaction among three cultural groups. *Personal Relationships*, 2001; 8: 225–230.
- 130- Maslow A.H. *Motivation and personality*. New York: Harper and Row, 1954.
- 131- Acheson D., Alleyne G.A., Casas J.A., Castillo-Salgado C., et al. Round table discussion. Health inequalities and the health of the poor. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 75-85.
- 132- Milio N. Minority populations and health: an introduction to health disparities in The United States. *JAMA* 2005; 294: 1280.
- 133- Musaoğlu Z. Trakya üniversitesi öğretim elemanlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD; 2008.
- 134- Chou Y.C., Lin L.C., Chang A.L., Schalock R.L. The quality of life of family caregivers of adults with intellectual disabilities in Taiwan. *JARID* 2007; 20: 200-10.
- 135- Yılmaz E. and Altınok V. Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 2009; 15.3: 451-470.
- 136- Havle N., İlnem M.C., Yener F., İster S. Farklı ülkelerde çalışan psikiyatlarda tükenmişlik ve iş doyumunu. *New Symposium* 2009; 47: 211-7.
- 137- Erol A., Sarıçiçek A., Gülseren Ş. Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6.4 :213-20.
- 138- Akçalı D. T., Dayanır H., İlhan M. N. ve Babacan A. İç Anadolu bölgesinde anesteziyoloji ve algoloji çalışanlarında tükenmişlik durumu. *Ağrı*, 2010; 22.2: 79-85.
- 139- Uğurluoğlu Ö., Şantaş F. ve Demirgil B. Lider-üye etkileşimi ve tükenmişlik ilişkisi: hastanelerde bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2013; 16.1: 14-35.

- 140- Avcı S. Farklı mesleklerde çalışan kadınların yaşam doyumu, iş doyumu, tükenmişlik ve algılanan cinsiyet ayrımcılığı düzeylerinin depresyon ile ilişkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi. Maltepe Üniversitesi, İstanbul, 2013.
- 141- Sayın S., Kara İ.H., Baltacı D., Yılmaz A. Tıp fakültesinde görev yapan araştırma görevlilerinde kronik yorgunluk ve depresyon sıklığının incelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2013; 5.1: 11-7.
- 142-Wagner-Raphael L.I., Jason L.A., Ferrari J.R. Chronic fatigue syndrome, chronic fatigue, and psychiatric disorders: predictors of functional status in a national nursing sample. Journal Occupational Health Psychology 1999; 4.1: 63-71.
- 143- Özyurt A., Hayran O., Sur H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. QJM 2006; 99.3: 161-9.
- 144- Rosenberg T., Pace M. Burnout among mental health professionals: special considerations for the marriage and family therapist. Journal of Marital and Family Therapy 2006; 32.1: 87-99.
- 145- Saijo Y., Ueno T., Hashimoto Y. Twenty-four-hour shift work, depressive symptoms, and job dissatisfaction among Japanese firefighters. American journal of industrial medicine, 2008; 51.5: 380-391.
- 146- Puca F.M., Perrucci S., Prudenzeno M.P., Savarese M., Misceo S., Perili S., Palumbo M., Libro G., Genco S. Quality of life in shift work syndrome. Functional Neurology, 1995; 11: 261-268.
- 147- Schwartz J.R. Recognition of shift-work disorder in primary care. The Journal of Family Practice, 2010; 59.1: 18-23.
- 148- Akerstedt T., Wright K.P. Sleep loss and fatigue in shift work and shift work disorder. Sleep Medicine Clinics, 2009; 4: 257-271.
- 149- Dochi M., Sakata K. Relationship between shift-work and hypercholesterolemia in Japan. Scandinavian Journal of Work Environment and Health, 2008; 34: 33-39.
- 150- Kavlu İ., Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Medicine Science 2009; 29: 1543-55.

- 151- Yeşil A., Ergün Ü., Amasyalı C., Er F. ve ark. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 111-7.
- 152- Cimete G., Gencalp N. S., Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of nursing care quality*, 2003; 18.2:151-158.
- 153- Selvi Y., Özdemir P.G., Özdemir O., Aydın A. ve ark. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2010; 23: 238-43.
- 154- Çeler A. Tıp fakültesindeki araştırma görevlilerinde depresyon düzeyinin iş doyumu ile ilişkisinin incelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2015; 7.3: 125-134.
- 155- Wada K., Arimatsu M., Higashi T., Yoshikawa T., Oda S., Taniguchi H., et al. Physician job satisfaction and working conditions in Japan. *Journal of Occupational Health*, 2009; 51.3: 261-6.
- 156- Kumar R., Ahmed J., Shaikh B.T., Hafeez R., Hafeez A. Job satisfaction among public health professionals working in public sector: a cross sectional study from Pakistan. *Human resources for health*. 2013; 11(1): 2. 21
- 157- Jansson von Vultée P., Axelsson R., Arnetz B. The impact of organisational settings on physician wellbeing. *International journal of health care quality assurance*. 2007; 20.6: 506-15.
- 158- Saengcharnchai P., Likhitsathian S., Yingwiwattanapong J., Wittayanookulluk A., Uttawichai K., Boonchareon H., Srisurapanont M. Correlates of health-related quality of life in Thai patients with alcohol dependence. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 2016; 15.2: 210-220.
- 159- Foster J.H., Marshall E.J., Peters T.J. Predictors of relapse to heavy drinking in alcohol dependent subjects following alcohol detoxification. The role of quality of life measures, ethnicity, social class, cigaretteand drug use. *Addiction Biology*, 1998; 3: 333-43.
- 160- Foster J. H., Peters T. J., Marshall E. J. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women. *Alcohol*, 2000; 22.1: 45-52.

- 161- Buğdaycı R., Kurt A.Ö., Şaşmaz T., Öner S. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26.1 :32-36.
- 162- Gül Ş.K., Gül H.L., Oruç A.F., Gedik D., Mayadağlı A., Aksu A., et al. Radyasyon onkolojisi kliniği çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisinin değerlendirilmesi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 2012; 23.1: 11–17
- 163- Özkan C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde araştırma görevlisi olarak çalışan doktorlarda tükenmişlik sendromunu etkileyen faktörler. Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Mersin, 2012.

EKLER

Ek 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özellikleri

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON RİSKİ İLE YAŞAM DOYUMUNUN İLİŞKİSİ

“Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten (Meltem Dinç’e, lancet_windwitch@hotmail.com e-posta adresinden ya da (0507) 6603857 telefon numarasından) uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz.”

Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 20-30 dakika olabilir.

1.Kaç yaşındasınız? (yazınız)

2. Cinsiyetiniz nedir?

1-Erkek

2-Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

1-Evli

2-Bekar

3-Boşanmış

4-Eşinden ayrı yaşıyor

5-Dul

4. Kiminle yaşamaktasınız?

1-Evde yalnız

2-Evde eş ve/veya çocuklarla

3-Evde anne ve baba

4-Yakınları ile

5. Çocuk sahibi misiniz?

1-Evet

2-Hayır

6. Kaç çocuk sahibisiniz? (yazınız)

7. Aylık gelir düzeyiniz nedir?

1-500tl ile 1000tl arasında

2-1000tl ile 2000tl arasında

3-2000tl ile 3000tl arasında

4-3000tl ve üzerinde

8. Aylık gelir yetiyor mu?

1-Yetmiyor

2-Kısmen yetiyor

3-Tamamen yetiyor

9. Boyunuz ve kilonuz nedir? (yazınız)

10. Sigara kullanımınız var mı?

1-Evet

2-Hayır

3-Bıraktım

11. Alkol kullanımınız var mı?

1-Evet

2-Hayır

3-Bıraktım

12. Antidepresan vb. ilaç kullanımınız var mı?

1-Var

2-Yok

3-Daha önce kullanmaktaydım

13. Kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

1-Var

2-Yok

3-Daha önce tedavi görmüştüm

Ek 2. Sağlık Çalışanlarının Meslekle İlişkili Özellikleri

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MESLEKLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİ

1. Akademik ünvanınız nedir?

- 1-Öğretim üyesi
- 2-Araştırma görevlisi
- 3-Hemşire
- 4-Att
- 5-Sağlık memuru
- 6-Laborant
- 7-Diğer (.....)

2. Çalıştığınız bölüm neresidir?

- 1-Acil servis
- 2-Hastane servisi
- 3-Günübirlik servis
- 4-Yoğun bakım ünitesi
- 5-Poliklinik
- 6-Laboratuvar
- 7-Temel tıp
- 8-Diğer (.....)

3. Çalıştığınız yoğun bakım ünitesi hangisidir?

- 1-Dahili yb
- 2-Genel yb
- 3-Acil servis yb
- 4-Nöroloji yb
- 5-Nöroşirurji yb

6-Kardiyoloji yb

7-Kalp damar cerrahisi yb

8-Genel cerrahi yb

9-Göğüs hast. yb

10-Diğer (.....)

4. Çalıştığınız hastane servisi hangisidir? (yazınız)

5. Meslekteki çalışma süreniz nedir? (yazınız)

6. Günlük çalışma süreniz kaç saattir? (yazınız)

7. Nöbet tutuyorsanız sayısı nedir? (yazınız)

8. Nöbet tutuyorsanız 1 ay içinde toplam saati nedir? (yazınız)

9. Nöbet tuttuğunuz yer neresidir? (Bu ay içerisinde nöbet tutulan bölüm)

1-Acil servis

2-Hastane servisi

3-Yoğun bakım ünitesi

4-Laboratuvar

5-Diğer (.....)

10. İmkanınız olsa farklı bir meslek seçer miydiniz?

1-Evet

2-Hayır

3-Kararsızım

11. Mesleğinizi seçmedeki isteklilik durumunuz nedir?

1-İsteyerek seçtim

2-İsteyerek seçmedim

3-Kararsızım

12. Mesleğinizi kendinize uygun bulma durumunuz nedir?

1-Uygun

2-Uygun değil

3-Kararsızım

13. İş yaşamınızdan memnuniyet durumunuz nedir?

1-Memnunum

2-Kısmen memnunum

3-Memnun değilim

4-Kararsızım

14. İş yaşamınızdan memnun değilseniz nedenleri nedir?

1-Ortamdaki iletişim sorunu

2-Ortamdaki fiziksel koşulların uygunsuzluğu

3-Çalışma sistemindeki uygunsuzluklar

4-Ekonomik yetersizlikler

5-Sosyal imkan yetersizliği

6-Mesleki doyumsuzluk

7-Diğer (.....)

Ek 3. BECK Depresyon Ölçeği

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTA İÇİNDE kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle var ise her birini daire içine alınız

1. 0: Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1: Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.

2: Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum

3: O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum

2. 0: Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim

1: Gelecek hakkında karamsarım

2: Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3: Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. 0: Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1: Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2: Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3: Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4. 0: Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum

1: Eskiden olduğu gibi herşeyden hoşlanmıyorum.

2: Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.

3: Herşeyden sıkılıyorum.

5. 0: Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1: Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.

2: Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.

3: Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6. 0: Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
- 1: Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
 - 2: Cezalandırılmayı bekliyorum.
 - 3: Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. 0: Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- 1: Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 - 2: Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi eleştiririm.
 - 3: Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. 0: Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- 1: Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
 - 2: Kendimi öldürmek isterim.
 - 3: Fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
9. 0: Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
- 1: Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - 2: Çoğu zaman ağlıyorum.
 - 3: Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. 0: Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
- 1: Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ve sinirleniyorum.
 - 2: Şimdi hep sinirliyim.
 - 3: Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor
11. 0: Başkaları ile görüşme ve konuşma isteğimi kaybetmedim.
- 1: Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
 - 2: Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 - 3: Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.

12. 0: Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

1: Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2: Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3: Artık hiç karar veremiyorum.

13. 0: Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

1: Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2: Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

3: Kendimi çok çirkin buluyorum.

14. 0: Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1: Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2: Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.

3: Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

15. 0: Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1: Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.

2: Herhangi bir şey yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3: Hiçbir şey yapamıyorum.

16. 0: Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.

1: Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.

2: Her zamankinden 1-2 saat erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

3: Herzamankinden çok daha erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

17. 0: İştahım her zamanki gibi.

1: İştahım eskisi kadar iyi değil.

2: İştahım çok azaldı.

3: Artık hiç iştahım yok.

18. 0: Son zamanlarda kilo vermedim.

1: İki kilodan fazla kilo verdim.

2: Dört kilodan fazla kilo verdim.

3: Altı kilodan fazla kilo verdim.

19. 0: Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1: Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

2: Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3: Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

20. 0: Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1: Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2: Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3: Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

21. 0: Kendimden memnunum.

1: Kendi kendimden pek memnun değilim.

2: Kendime çok kızıyorum.

3: Kendimden nefret ediyorum.

Ek 4. Yaşam Doyumu Ölçeği

YAŞAM DOYUMU ÖLÇEĞİ

Aşağıda 5 ifade vardır. Bu ifadelerin size uygunluk derecesini belirlemek amacı ile 1'den 7'ye kadar seçenekler sunulmuştur. Bu derecelendirilmiş seçeneklerden sizin için uygun olan derecelendirme numarasını ifadelerin karşısında yer alan çizginin üzerine yerleştiriniz.

Cevaplandırımlarda lütfen açık ve dürüst olunuz.

TEŞEKKÜRLER

1-Hiç uygun değil

2-Uygun değil

3-Biraz uygun değil

4-Ne uygun, ne uygun değil

5-Biraz uygun

6-Uygun

7- Çok uygun

.....Yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın

.....Yaşam koşullarım çok iyi

.....Yaşamımdan hoşnutum

.....Şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim

.....Yeniden dünyaya gelseydim yaşamımda hemen hemen

hiçbirşeyi değiştirmezdim

Ek 5. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/03/2018-E.15132



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Güzel DİŞÇİGİL
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.03.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 7 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Kurul Başkanı

KARAR 7

Protokol No : 2018/1352
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr.Güzel DİŞÇİGİL
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Güzel DİŞÇİGİL'in "**Sağlık çalışanlarında depresyon riski ile yaşam doyumunun ilişkisi**" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [**Sonuç Raporu** (web'te), **BGOF** (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve **ORF** (*Olgu Rapor Formu/Anket*)] gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Evrak Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/6L3TVZC>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:

Bilgi İçin: Necla Yıldız

Unvan: Memur