

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KONYA İL MERKEZİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK  
ÇALIŞANLARINDA KRONİK YORGUNLUK SENDROMU  
SIKLIĞININ BAZI OLASI FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ**

DR. ÇİĞDEM SAVAŞ DUMAN

UZMANLIK TEZİ

**KONYA, 2014**

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**KONYA İL MERKEZİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK  
ÇALIŞANLARINDA KRONİK YORGUNLUK SENDROMU  
SIKLIĞININ BAZI OLASI FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ**

DR. ÇİĞDEM SAVAŞ DUMAN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mehmet UYAR

**KONYA, 2014**

## ÖNSÖZ

Tüm eğitimim boyunca maddi ve manevi olarak beni her zaman destekleyen ve ilgisini esirgemeyen canım aileme, özellikle annem Dursun SAVAŞ ve babam Mehmet SAVAŞ'a, tezimin her aşamasında öneri, katkı ve her türlü bilimsel desteğini aldığım ve birlikte çalışmış olmaktan onur duyduğum hocam Prof. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN'e, çalışmama katkıda bulunan Yrd. Doç. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR ve Yrd. Doç. Dr. Yasemin AKKURT DURDURAN'a, araştırmama destek veren tüm asistan arkadaşlarıma, saymadığım emeği geçen herkese ve araştırmaya katılan tüm arkadaşlara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mayıs/2014

Çiğdem SAVAŞ DUMAN

## ÖZET

# KONYA İL MERKEZİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KRONİK YORGUNLUK SENDROMU SIKLIĞININ BAZI OLASI FAKTÖRLERLE İLİŞKİSİ

DR. ÇİĞDEM SAVAŞ DUMAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2014

**Amaç:** Bu çalışmadaki amaç; Konya il merkezi birinci basamak sağlık çalışanlarının, kronik yorgunluk sendromu açısından ne durumda olduklarını incelemek, ve bu sendromun oluşumunda rol alan etmenleri değerlendirmek ve elde edilen verilere dayanarak kronik yorgunluk sendromunun üstesinden gelmek için alınacak önlemlere ışık tutmaktır.

**Yöntem:** Çalışmaya 263'ü hekim, 505'i hekim dışı sağlık çalışanı toplam 778 kişi katılmıştır. Gözetim altında uygulanan anket formu açık uçlu sorulardan oluşup, iki veya daha fazla seçmeli soruların yer aldığı yarı yapılandırılmıştır. Demografik özellikler, çalışma koşulları, alışkanlıklar ve çalışma yaşamlarından memnuniyetleri ile ilgili 45 sorudan oluşturulmuştur. Ankete 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği eklenmiştir. Veriler SPSS 17.0 paket programına girilerek analizi yapılmıştır.  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcılardan 96 olguda (%18,9) KYS' nin tanı kriterleri mevcut bulunmuştur. KYS' li olguların çoğunu kadınlar ve hekim dışı sağlık personelleri oluşturmaktadır ( $p < 0,05$ ). Katılımcıların öğrenim, medeni durum, sigara ve alkol kullanımlarının KYS düzeyine etkisi olmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ). KYS olgularının anlamlı olarak diğer gruplara göre daha fazla oranda şiddete maruz kaldıkları ve şiddet kaygısı duydukları saptanmıştır. Beck Depresyon puanı kesim değerinin üzerinde olanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Birinci basamak sağlık çalışanlarında KYS yüksek oranda görülmektedir. Çalışanların yaşam ve hizmet kalitelerinin artırılması adına gerekli önlemler alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Yorgunluk, Kronik Yorgunluk Sendromu, Sağlık Çalışanı

## ABSTRACT

### PRIMARY HEALTH CARE WORKERS WITH CHRONIC FATIGUE SYNDROME FREQUENCY AND RELATIONSHIP WITH SOME POSSIBLE FACTORS IN THE CENTER OF KONYA

DR. ÇİĞDEM SAVAŞ DUMAN

SPECIALIZATION THESIS

KONYA, 2014

**Objective:** The purpose of this study; is to examine primary health care staff in Konya province to find out how they are in terms of chronic fatigue syndrome, to evaluate the factors involved in the development of this syndrome and to shed light on measures to be taken to overcome the Chronic Fatigue Syndrome (CFS) based on the obtained data.

**Method:** In this study, 264 physicians, 505 non-physician health workers, in a total 778 people participated in the survey. The questionnaire form which was administered under the supervision consists of open-ended questions and it is semi-structured which includes two or more choice questions. It consists of 45 questions in respect to demographic attributes, working conditions, habits and satisfaction of working life. The 21-item Beck Depression Inventory added to the questionnaire form. Data was analyzed by the SPSS 17.0 package program.  $p < 0,05$  was considered statistically significant.

**Results:** 96 cases from the participants have the diagnostic criteria of CFS. The majority of CFS cases are women and non-physician health staff ( $p < 0,05$ ). It was seen that participants' education and marital status and smoking and alcohol consumption among the participants have no effects on the level of the CFS ( $p > 0,05$ ). It was found that CFS cases are exposed to violence and have anxiety about violence significantly more than the other groups. Also it was found that CFS cases' average scores of Beck Depression Inventory is higher than the other groups ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** CFS is seen in high rates in the primary health care staff. Then necessary measures should be taken to increase the employees' quality of life and work productivity.

**Keywords:** Fatigue, Chronic Fatigue Syndrome, Health Staff

# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Kronik Yorgunluk Sendromu.....	3
2.2. Tarihçe.....	4
2.3. Epidemiyoloji.....	5
2.4. Patofizyoloji.....	6
2.4.1. Merkezî Sinir Sistemi Anormallikleri.....	6
2.4.2. Enfeksiyöz Ajanlar.....	6
2.4.3 Uyku Çalışmaları.....	7
2.4.4. Egzersiz Çalışmaları.....	7
2.5. Klinik Özellikler.....	8
2.6. Hayat Kalitesi.....	8
2.7. Ayırıcı Tanı.....	8
2.7.1. Tükenmişlik Sendromu.....	9
2.7.2. Fibromiyalji Sendromu.....	9
2.7.3. Miyofasyal Ağrı Sendromu (MAS).....	10
2.7.4. Psikojenik Ağrı.....	10
2.7.5. Psikiyatrik Bozukluklar.....	11
2.8. Komorbid Durumlar.....	13
2.9. Tedavi.....	14
2.9.1. İmmunolojik Tedavi.....	14

2.9.2. Kortikosteroidler.....	15
2.9.3. Antideprasanlar.....	15
2.9.4. Hiperbarik Oksijen Tedavisi.....	15
2.9.5. Uyku Tedavisi.....	15
2.9.6. Alternatif Tedaviler ve Suplement Tedavileri.....	16
2.9.7. Davranışçı Tedavi Yaklaşımları.....	16
2.9.8. Diğer Farmakolojik Tedaviler.....	16
2.10. Seyir ve Prognoz.....	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>19</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	19
3.3. Araştırma Evreni.....	19
3.4. Araştırmanın Örnekleme.....	19
3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri.....	20
3.6. Araştırmaya Kabul Edilmeme Kriterleri.....	20
3.7. Veri Toplama Araçları.....	20
3.8. Veri Toplama Tekniği.....	21
3.9. Ön Deneme.....	21
3.10. Etik Durum.....	21
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	21
3.12. Varsayımlar.....	22
3.13. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	22
3.14. Verilerin Analizi.....	22
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>23</b>
4.1. Katılımcılara Ait Bulgular.....	23
4.1.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri.....	23
4.1.2. Katılımcıların mesleki yaşamlarına ilişkin bulgular.....	24
4.1.3. Katılımcıların yorgunluk durumları.....	26

4.2. Katılımcıların yorgunluk durumlarının bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılması.....	26
4.2.1. Cinsiyete göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	26
4.2.2. Yaş gruplarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	27
4.2.3. Mesleklerine ve öğrenim durumlarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	27
4.2.4. Katılımcıların BMI sınıflamasına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	28
4.2.5. Medeni durum, eşlerinin çalışma durumu ve çocuk sahibi olma durumlarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	28
4.2.6. Katılımcıların mesleki yaşam özelliklerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	29
4.2.7. Katılımcıların düzenli egzersiz ve madde kullanım alışkanlıklarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	29
4.2.8. Katılımcıların uyku süreleri ve sağlık durumları hakkındaki düşüncelerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	30
4.2.9. Katılımcıların iş kazası geçirmeleri ve kaygılarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	30
4.2.10. Katılımcıların şiddete maruz kalmalarına ve kaygılarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	30
4.2.11. Katılımcıların mesleklerinden memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	32
4.2.12. Katılımcıların kendilerini mesleki anlamda yeterli bulmaları ve çalışma arkadaşlarından memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	32
4.2.13. Katılımcıların mobbinge maruz kaldıklarını düşünmelerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	32
4.2.14. Katılımcıların çalıştıkları ortamın fiziki şartlarından memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	33
4.2.15. Katılımcıların personel sayılarını yeterli bulmaları ve maaşlarından memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	34
4.2.16. Katılımcıların sosyal hayatlarını ve sosyal çevrelerindeki arkadaş ilişkilerini nasıl değerlendirdiklerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	34
4.2.17. Katılımcıların yorgunluk durumlarının Beck depresyon puan gruplarına göre karşılaştırılması.....	35
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>36</b>



<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	<b>41</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	<b>43</b>
<b>8. EKLER</b> .....	<b>52</b>
EK-1 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KYS VE DEPRESYON FORMU	
EK-2 N.E.Ü.M.T.F ETİK KURUL KARARI	
EK-3 KONYA VALİLİĞİ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ	
EK-4 KONYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ	

## TABLULAR

<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, Konya- 2014.....	23
<b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların çalışma durumları, birimleri ve çalıştıkları ilçeler.....	25
<b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların yorgunluk durumlarının dağılımları.....	26
<b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların cinsiyete göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	26
<b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların yorgunluk durumlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	27
<b>Tablo 4.6.</b> Katılımcıların mesleklerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	27
<b>Tablo 4.7.</b> Katılımcıların çocuk sayısı sınıflarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	28
<b>Tablo 4.8.</b> Katılımcıların düzenli egzersiz yapmalarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	29
<b>Tablo 4.9.</b> Katılımcıların sağlık durumları hakkındaki düşüncelerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	30
<b>Tablo 4.10.</b> Katılımcıların şiddete maruz kalmalarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	31
<b>Tablo 4.11.</b> Katılımcıların şiddete maruz kalma kaygılarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	31
<b>Tablo 4.12.</b> Katılımcıların mesleklerinden memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	32
<b>Tablo 4.13.</b> Katılımcıların mobbinge maruz kaldıklarını düşünmelerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 4.14.</b> Katılımcıların çalıştıkları ortamın fiziki şartlarından memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	33
<b>Tablo 4.15.</b> Katılımcıların personel sayılarını yeterli bulmaları ve maaşlarından memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	34
<b>Tablo 4.16.</b> Katılımcıların sosyal hayatlarını nasıl değerlendirdiklerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması.....	35
<b>Tablo 4.17.</b> Katılımcıların yorgunluk durumlarının Beck depresyon puan gruplarına göre karşılaştırılması.....	35

## KISALTMALAR

<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>CFIDS</b>	Chronic Fatigue Immune Dysfunction Syndrome
<b>CFS</b>	Chronic Fatigue Syndrome
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EBV</b>	Epstein-Barr Virüs
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration
<b>FMS</b>	Fibromiyalji Sendromu
<b>HPA</b>	Hipotalamo-hipofizer Aks
<b>IBS</b>	İrritabil Barsak Sendromu
<b>ILO</b>	Uluslararası Çalışma Örgütü
<b>IKY</b>	İdiopatik Kronik Yorgunluk
<b>KYS</b>	Kronik Yorgunluk Sendromu
<b>MAS</b>	Miyofasyal Ağrı Sendromu
<b>MCS</b>	Multipl Kimyasal Sensitivite
<b>ME</b>	Myaljik Ansefalomyelit
<b>MSS</b>	Merkezi Sinir Sistemi
<b>TMJS</b>	Temporomandibuler Eklem Sendromu
<b>UY</b>	Uzamış Yorgunluk
<b>YD</b>	Yorgun Değil

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yorgunluk genel popülasyonda sık rastlanan bir semptomdur. Tipik olarak geçici ve duruma bağlı niteliktedir. Fakat bu nitelikte değilse ve başka bir tıbbî veya psikiyatrik bozukluk ile açıklanamıyorsa, Kronik Yorgunluk Sendromunu (KYS) düşündürmelidir. KYS ağır, multisistemik, sakatlayıcı ve doğumsal olmayan kompleks bir durumdur. Erişkin popülasyonda yaygınlığı % 0,02 ile % 2,8 oranlarında bildirilmekle birlikte gerçek yaygınlığın onlarca kat daha fazla olduğu düşünülmektedir. KYS 6 aydan uzun süreli bitkinlik yanında başlıca merkezi sinir sistemi (MSS) disfonksiyonunu gösteren birçok nöropsikiyatrik, immünolojik ve romatolojik semptomlarla karakterizedir. Henüz özgül bir patogenetik mekanizma gösterilemediği gibi özgül bir tedavisi de yoktur. Önemli oranda sakatlayıcı ve henüz özgül bir tanı testi bulunmayan KYS, semptomu dayalı veya klinik temele dayalı olarak teşhis edilen muhtemelen heterojen bir sendromdur. İlk kez 1988’de ABD’de “Kronik Yorgunluk Sendromu (Chronic Fatigue Syndrome)” olarak isimlendirmiştir. Çok sayıda tanımlama çıkması üzerine 1994’de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından uluslararası katılımlı bir çalışma grubu oluşturulmuş, günümüzde halen kullanımında olan tanımlayıcı kriterler geliştirilmiştir. Daha çok stresli mesleklerde görülmektedir; bunların başında sağlık personeli (hekim, hemşire) gelmektedir.

Sağlık personeli normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak zorunda kalan, yaşamsal tehdidi bulunan görev ve sorumluluklara sahip, zamanla yarışan, farklı teknolojilerin kullanıldığı, yoğun stres ve baskı altında çalışan bir gruptur. Bazen bu yoğun stresten oluşan savunma mekanizması patolojik boyutlara ulaşarak anksiyete, depresyon veya Kronik Yorgunluk Sendromuna yol açabilir.

Bir iş ortamında, sağlık hizmeti verenin sağlıklı olmasının, sağlık hizmeti alanın sağlığını ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (Ceylan 2009).

Sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerini etkin ve sürekli şekilde sunabilmeleri kendilerinin sağlıklı olabilmeleriyle olanaklıdır (Taşcıoğlu 2007, Kılıç ve ark. 2011).

İş sağlığı ve güvenliği; iş yerinde çalışanın sağlıklı yaşam hakkının güvence altına alınması, sosyal, ruhsal ve bedensel zararlardan korunması için gerekli ortamın sağlanması ve önlemlerin alınmasını ifade eder. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında karma bir komisyon kurarak, iş sağlığının amaçlarını saptamışlar ve bunları ILO’ nun 112 sayılı tavsiye kararı ile üye ülkelere duyurmuşlardır.

Bu amaçlar;

1-Çalışanların sağlık kapasitelerini en st düzeye çıkarmak,

2-Çalışmanın olumsuz koşulları nedeni ile sağlığın bozulmasını önlemek,

3-Her alışanı fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırmak,

4-Yapılan iş ile çalışan arasında uyum sağlayarak, asgari yorgunlukla yüksek randa-  
dımın elde etmektir (Vargı 2003).

Sağlık alışanları özellikle, son yirmi yıldır daha zor, olumsuz, güvensiz ve güven-  
cesiz iş ortamında çalışmaktadır. Buna karşın, ne bu zaman diliminde, ne de daha ncesin-  
de sağlık çalışanlarının ne kadar, hangi sıklıkla, hangi meslek hastalıklarına, iş kazaları ve  
riskli uygulamalara maruz kaldığı, maruz kalanların, hangi koşullarda ve nasıl yaşamını  
sürdürdüğü, yine kaç kişinin iş görmez hale geldiği ya da sakatlık geçirdiği ve yaşamını  
kaybettiğine ilişkin temel veriler bulunmamaktadır (Vargı 2003).

Bu çalışmadaki amaç; Konya merkezde görev yapan birinci basamak sağlık çalışan-  
larının, kronik yorgunluk sendromu açısından ne durumda olduklarını incelemek, bu send-  
romun oluşumunda rol alan etmenleri değerlendirmek ve elde edilen verilere dayanarak  
kronik yorgunluk sendromunun için alınacak önlemlere işık tutmaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Yorgunluk Sendromu

Kronik Yorgunluk Sendromu, açıklanamayan ve en az 6 ay süren yorgunlukla beraber, uyku bozukluğu ve psikiyatrik bozuklukların da eşlik ettiği, kronik, sakatlayıcı ve tedavisi zor bir kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Temel semptom; tıbbi nedenlerle izah edilemeyen ve en az 6 aydır devam eden, hastanın bireysel, sosyal, mesleki, eğitimsel ve ruhsal fonksiyonlarını kısıtlayan yorgunluk olup; beraberinde uyku bozukluğu, konsantrasyon ve hafıza zayıflığı, psikolojik distres ve çeşitli semptomların çakıştığı kronik bir hastalıktır. Buchwald (1994)'a göre KYS; çok sayıda bilinmeyen bulgu ve semptomları içeren, tanı konulan hastalardaki bir veya daha fazla semptomu başka fiziki hastalıklarda görebileceğimiz bir hastalıktır. Bu duruma kronik Epstein-Barr virüs sendromu, kronik mononükleozis veya kronik mononükleozis benzeri sendrom gibi isimler verilmesi, fakat tutarlı bulgular gösterilememesi üzerine ABD'de CDC hastalığı "Kronik Yorgunluk Sendromu (Chronic Fatigue Syndrome)" olarak isimlendirmiş ve bu hasta popülasyonunda standardize araştırmalar yapılabilmesi için 1988'de spesifik teşhis kriterleri geliştirmiştir (Holmes 1988). "Kronik Yorgunluk Sendromu" ismi ilk kez bu kriterlerle birlikte kullanılmıştır. Daha sonra İngiltere (Sharpe 1991) ve Avustralya (Lloyd 1990) hastalıkla ilgili kendi kriterlerini yayınlamıştır. Ortaya çok sayıda tanımlama çıkması üzerine 1994'de CDC tarafından uluslararası katılımlı bir çalışma grubu oluşturulmuş, günümüzde halen kullanımda olan tanımlayıcı kriterler geliştirilmiştir (Fukuda 1994).

KYS'li hastalar sıklıkla hastalığın başlangıcından önceki kapasitelerinden daha düşük düzeyde aktivite gösterirler. Bazı olgularda KYS yıllarca sürebilir. KYS'nin sebep veya sebepleri henüz açıklanamamıştır, hastalığa uygun spesifik tanısal bir test ve belirli bir tedavi yöntemi bulunamamıştır (Holmes 1989, Sharpe 1991, Wilson 1994). Daha da ötesi, çoğu hastalıkta kapasiteyi azaltan "yorgunluk" semptom olarak bulunabileceğinden, diğer bilinen nedenler ve tedavi edilebilir durumlar KYS tanısı konmadan önce ekarte edilmelidir.

#### **KYS İÇİN CDC TANI KRİTERLERİ – 1994**

##### **A – Ciddi açıklanamayan yorgunluk (En Az 6 Ay)**

###### *1. Yeni başlamamış ve belirlenmemiş*

2. *Devamlı bir egzersizin sonucu oluşmamış*

3. *Dinlenmeyle geçmeyen*

4. *Fonksiyonel bozukluğa yol açan*

## **B – Kronik yorgunlukla birlikte en az dört semptomun varlığı**

1. *Haftıza ve konsantrasyon kaybı*

2. *Boğaz ağrısı*

3. *Hassas lenf nodları*

4. *Ağrılı-katı kaslar*

5. *Bir çok eklemdede ağrı*

6. *Yeni baş ağrısı*

7. *Rahatlatmayan uyku*

8. *Egzersiz sonrası ağrı*

**1-Uzamış yorgunluk** (bir ay veya daha uzun süre uzamış veya tekrarlayan yorgunluk),

**2-İdiopatik kronik yorgunluk** (6 ay veya daha uzun süren ancak, yorgunluk şiddeti ve kriter sayısını tam karşılamayan),

**3-Kronik yorgunluk sendromu** (başka tıbbi bir açıklaması bulunmayan ve diğer semptomlardan en az dördünü bulandıran, 6 ay veya daha uzun süre uzamış veya tekrarlayan yorgunluk) (Fukuda 1994).

## **2.2. Tarihçe**

Şiddetli kronik yorgunlukla karakterize edilen hastalıklar, literatürde 18. Yüzyılın başlarından beri yer almıştır (Manu 1988). 1750’de Manningham düşük derecede ateş, vücudun her yerini kaplayan yorgunluk ve ağrı semptomlarının eşlik ettiği şiddetli yorgunluk sendromunu tanımlamıştır (Manu 1991). New York’lu hekim George Beard (1869) KYS’yi tanımlamak için “Neuroastenia” terimini kullanmıştır. Neuroastenia tanısı hastalarda yorgunlukla birlikte sinirlilik, histeri veya minor depresyon olanlara konmuştur. 1900’

lerin başlarında influenza veya tifo gibi enfeksiyonları takip eden kronik yorgunluk kavramı yerleşmiş ve yaygın olarak benimsenmiştir (Lloyd 1988). Birçok ülkeden brusellozis, sarı humma, *Epstein-Barr virüs* (EBV) enfeksiyonu ve malarya gibi bakteriyel, viral veya protozoal enfeksiyonlarla bağlantılı olarak benzer vaka bildirileri bulunmaktadır. “Akut dissemine ansefalomyelit, epidemik myaljik ansefalomyelit (ME), epidemik nöromyastenia, postviral bitkinlik sendromu, kronik mononukleozis” KYS ile aynı patogenezi paylaşan sendromlardır (Sofuoğlu 2006).

İmmünolojik disfonksiyon bulgularına dayanarak bu sendroma “Chronic Fatigue Immune Dysfunction Syndrome” (CFIDS) ve daha yeni olarak patogenezi tanımlayan “Chronic Neuroendocrine Immune Dysfunction Syndrome” isimleri de verilmiştir (Cleare 2004). Bu sendrom İngiltere ve Kanada’da “Myalgic Encephalomyelitis” ABD’de ise “Chronic Fatigue Syndrome” (CFS) isimleri ile anılmaktadır (Bell 1995). 2003 yılında ise “US Government Department of Health and Human Services” “Chronic Neuroendocrine Immune Dysfunction Syndrome-CNDS” ismini teklif etmiştir (Cleare 2004). Ancak kesin bir etyolojik ajan ya da patogenetik bir bozukluk tespit edilmediği için CFS ismi yaygın olarak kullanılmaktadır (Prins 2006).

### 2.3. Epidemiyoloji

Vakaların çoğu sporadiktir, KYS’nin bulaşıcı (yakın ve cinsel temas veya kan transfüzyonu ile) olduğuna ve KYS’li hastanın izole edilmesi gerektiğine dair bulgu yoktur (Sofuoğlu 2006). Incline, Nevada, Punta Gorda vd. yerlerde görülen salgınlar, KYS’nin bulaşıcı bir hastalık olduğunu düşündürmüştü de; kişiden kişiye bulaşma tespit edilememiş ve bu çalışmalar içinde değerlendirilen hastalar KYS kriterlerini taşımamışlardır (Fukuda 1994). Bu sendrom her iki cinsiyetten, her sosyo-ekonomik sınıftan ve her ırktan insanları tutabilmektedir (Taylor 2003). Prevalans çalışmalarının sonuçları kullanılan kriterlere göre değişmektedir. Vakaların % 80’i teşhis edilememesine rağmen ABD’de en azından 1 milyon KYS hastası olduğu, bu sayının akciğer kanseri ve multipl sklerozisli hastaların sayısından fazla olduğu bildirilmektedir. (Maquet 2006, Griffith 2008). KYS prevalansının erişkin popülasyonda % 0,001-2,8 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Jason 1999). Birinci basamak sağlık hizmetleri ve pratisyen hekimlikte %0.006-3 arasında değişmektedir (Bates 1993). KYS daha az oranda olmak üzere çocuk ve adölesanlarda da görülmektedir (Jordan 1998). KYS özellikle genç, beyaz ve başarılı kadınları etkilemektedir (Farmer



1999). Kadınları erkeklerden daha fazla etkilediği rapor edilmiştir. Bununla birlikte bu sendrom Latinleri, Afrika kökenli Amerikalıları ve yerli Amerikalıları beyazlardan daha fazla etkilemektedir (Jason 1999).

## **2.4. Patofizyoloji**

Nedeni bilinmemektedir. Sıklıkla enfeksiyon benzeri bir hastalıktan sonra başlar. Kronik yorgunluk sendromunun organik mi yoksa psikiyatrik bir hastalık mı olduğu hala tartışılmaktadır. Kronik ağrıda görülen organik ve psikiyatrik faktörlerin birbiri ile bağlantılı olma olasılığı yüksektir. Her ikisinde de semptomlar ve fonksiyonel defisitler patolojik bulgularla örtüşmez. Kronik yorgunluk sendromunda aşırı yanıt veren bağışıklık sistemi hastalığın organik kısmını oluşturur. Belirli enfeksiyonlara yanıt olarak uygunsuz sitokin salınımı semptomları oluşturur. Psikiyatrik bozukluk (depresyon) bozuk immün yanıtı artırır (Bozdemir 2010). Son zamanlarda ise KYS gelişiminde genetik faktörlerin ilişkisini anlamaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar aileler, evlat edinilen çocuklar ve ikizler üzerinde yapılmıştır. Özellikle ikizler üzerinde yapılan bir çalışmada, monozigotik ikizlerdeki korelasyonun dizigotik ikizlerden 2,5 kat fazla olduğu gösterilmiştir (Farmer 1999). Etyopatogenetik çalışmalarda kullanılan değerlendirme yöntemleri ve vaka tanımlarındaki farklılıklar, hastalarda yüksek oranda psikiyatrik komorbidite bulunması ve nöroimmünoendokrin sistemin sayısız faktörden etkilenmesi nedeniyle tutarlı sonuçlar vermemiştir (Cleare 2003).

### **2.4.1. Merkezî Sinir Sistemi Anormallikleri**

Konsantrasyon, dikkat, hafızadaki bozukluklar ve baş ağrısının olması, KYS patogenezinde SSS anormallikleri olabileceğini düşündürmüştür. Bunu kanıtlamak için beyin görüntüleme, bilişsel testler, nöropeptid ölçümleri, nörotransmitterler ve otonomik sistem değerlendirmesi gibi çalışmalar yapılmıştır.

### **2.4.2. Enfeksiyöz Ajanlar**

Ebstein-Barr virus, human herpes virus 6, grup B coxackie virus, human T-cell lymphotropic virus II, hepatitis C, enterovirusler, retrovirusler CFS'de etyolojik ajan olarak düşünülmüşlerdir (Ablashi 1994).

Ancak şimdiye kadar KYS'nin spesifik bir infeksiyon ajanından kaynaklandığını gösteren tutarlı bir kanıt yoktur. Gerçekten de, birçok hastada viral infeksiyonun klinik ya da laboratuvar kanıtı olmadığı gibi KYS'li hastalar asiklovir ve IFN-a gibi tedavi uygulamalarından da fayda görmemiştir (Farrar 1995).

#### **2.4.3 Uyku Çalışmaları**

KYS'li hastalarda sağlıklı ya da kronik hastalığı olan kişilerle kıyaslandığında uykuya dalmada güçlük, daha fazla uyku kesilmesi ve gün içinde daha fazla uyuklama bildirilmiştir (Krupp 1993). Polisomnografik çalışmalar çelişkili sonuçlar vermiştir ama karakteristik olan non-REM uykusu esnasında “alfa dalgası karışması” ve “delta dalgası” (evre 4) uykusunun azalmasıdır (Krupp 1993, Decker 2009). Uyku bozuklukları klinik tablonun ağırlığı ile korelasyon göstermemektedir (Krupp 1993). Bazı hastalarda da uyku apnesi tesbit edilmiştir (Buchwald 1994). CFS'de görülen uyku anormalliklerinin hastaların psikolojik algılarından bağımsız şekilde hastalığın fiziksel tabiatını gösterdiği düşünülmektedir (Neu 2009).

#### **2.4.4. Egzersiz Çalışmaları**

KYS'li hastalar sıklıkla egzersiz intoleransından bahsederler. Bazı hastalar çok hafif egzersizle birlikte yorgunluklarında ve diğer semptomlarında artma olduğundan yakınırırlar (Vercoulen 1998). KYS hastalarında egzersize laktik asit cevaplarının artmış olduğu (Lane 1998), oksijen transport kapasitelerinin azalmış olduğu (McCully 1999), kas hücrelerinde mitokondri sayısının azalmış (Wagenmakers 1988) işlevinin bozuk olduğu, egzersiz kapasitesinin azalmış olduğu (Myhill 2009) gösterilmiştir. Aerobik kapasiteyi ise normal (Fulcher 2000) veya azalmış (Sisto 1996) olarak bulanlar vardır. Sonuç olarak KYS hastaları yaşa uygun maksimal kalp hızı gösterememektedirler (Riley 1990) ve ölçülebilir efor kapasiteleri sedanter yaşayan kişilerinkinden daha düşüktür (Montague 1989). Bütün bu sonuçlar fiziksel hareketsizlikten ziyade egzersiz kapasitesinin maksimumun altında kalması ile açıklanmaktadır (Yoshiuchi 2007).

## 2.5. Klinik Özellikler

Yorgunluk bu sendromun ana belirtisidir. Hastalar sıklıkla bu yorgunluk başlamadan önceki hikayelerinde mükemmel bir fiziksel zindelikte ve enerji dolu olduklarını, ancak sonradan ani bir yorgunluk başladığını ifade ederler. Enfeksiyonlar veya diğer prodromal olaylar nöroimmünoendokrin ayarlayıcı sistemleri zorlayarak sendromu tetikleyebilir. Bu prodromal olaylar enfeksiyonlardan başka, yaşanmış yüksek düzeyde stres veya uzun süreli psikolojik zorlanma, aşılama, anestetikler, çevresel toksinler, kimyasallar, ağır metaller, fiziksel travmalar ya da cerrahi müdahaleler olabilir (MacDonald 1996). KYS'li birçok hasta ayrıca iştahsızlık, bulantı, aşırı gece terlemesi, baş dönmesi gibi semptomların yanı sıra alkol ve MSS'ni etkileyen diğer ilaçlara karşı da intolerans gösterirler (Komaroff 1996). Hemen hemen tüm KYS'li hastalar sosyal ilişkilerinde azalma gösterirler. Buna ilaveten, hastaların 1/3'ü çalışamayacak durumdadır. Diğer 1/3'ü ise yarım gün çalışabilmektedir (Bombardier 1996). Birçok KYS olgusunda ilaveten fibromiyalji ve irritabl bağırsak sendromu gibi fonksiyonel bozukluklara da rastlanmaktadır (Jason 2000).

## 2.6. Hayat Kalitesi

KYS hastanın hayat kalitesi üzerinde dramatik etkilere sahiptir. KYS'li hastaların hayat kalitesi fiziksel ve eğlence aktiviteleri, kendine yetme, bağımsızlık hissi, kendine güven ve güvenlik hissi, pozitif düşünce, yeni bilgi ve beceriler edinme, hayattan tatmin değildir. Fakat dinî inanç sistemi ve benlik algısının sağlam kalabileceği gösterilmiştir (Carruthers 2003). Semptomlar sosyal izolasyona yol açar (Van 2002). KYS hastalarının hayat kalitesindeki bozulma diğer birçok kronik hastalıkta (depresyon, multipl skleroz, sarkoidoz, lupus eritematozus, psoriyazis, tip II diyabet, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, geçirilmiş akut myokard enfarktüsü gibi) olduğundan daha ağır olarak bulunmuştur (Komaroff 1996).

## 2.7. Ayırıcı Tanı

KYS tanısı konan olguların % 70'inde fibromyalji kriterleri de karşılanmaktadır. Fibromyaljili hastaların %30-70'i ise KYS tanısını karşılamaktadırlar. KYS'li hastalar da, fibromyaljili hastalar da ileri sürüldüğü gibi depresyona eğilimlidirler. Konuyla ilgili 26 çalışma, KYS'lilerin üçte ikisinde majör depresif bozukluk belirtileri bulunduğunu, yarısının ise geçmişte en az bir majör depresyon epizodu geçirmiş olduğunu göstermektedir.

KYS ile depresyon semptomları kısmen örtüşmesine rağmen, KYS'li hastalarda depresyon için tipik olmayan boğaz ağrısı, lenfadenopati ve aktivite sonrası halsizlik gibi semptomlar bulunur. Depresyonda görülen anhedoni, suçluluk, motivasyon azlığı gibi semptomlar yoktur (Bozdemir 2010).

### **2.7.1. Tükenmişlik Sendromu**

Çalışma ortamı kaynaklı bir psikosomatik sendrom olan tükenmişlik, kişilerin mesleğin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet götürdüğü insanlarla ilgilenemiyor oluşu ya da aşırı stres ve mesleki doyumsuzluğa tepki olarak kişinin kendini psikolojik olarak işinden geri çekmesi olarak tanımlanmaktadır. Ana belirtilerini enerji kaybı, motivasyon eksikliği, negativist (olumsuz) tutum ve hizmet verdiklerinden geri çekilme oluşturmaktadır. Daha çok, doğrudan insana hizmet veren, hizmetin yürütülmesinde insan ilişkilerinin önemli bir yere sahip olduğu alanlarda (sağlık, eğitim, bankacılık) görülmektedir (Jason 1993). İş yerindeki kronik stresin tükenmişlik sendromuna neden olduğu genel kabul görmektedir (Jason 1998). Stresle ilişkili diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi tükenmişlikte de hipotalamus-pituiter- adrenal bez eksenini (HPA) işlevlerinin değişiklikler göstereceği beklenmektedir. Stresle ilişkili bozukluklar (depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu) ve HPA-ekseni işlevleri arasındaki ilişki birçok çalışmada ele alınmıştır.

### **2.7.2. Fibromiyalji Sendromu**

Fibromiyalji sendromu (FMS); yaygın ağrı, spesifik anatomik bölgelerde belirgin hassasiyet, uyku bozukluğu, yorgunluk, spastik kolon gibi klinik belirtilerle karakterize, kronik kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Prevalansı genel dahiliye kliniklerinde %5-7 iken, romatoloji kliniklerinde %10-20 olarak bildirilmiştir. Romatoloji kliniklerinde en sık görülen ikinci romatizmal hastalıktır. Hastaların %73-88'i kadındır. Beyaz ırkta daha çok görülürken, siyah ırkta nadirdir. Travma, enfeksiyon, otoimmün, genetik, endokrin ve emosyonel faktörlerin üzerinde durulmakla birlikte kesin olarak nedeni bilinmemektedir. FMS'nin primer semptomu kronik, yaygın ağrıdır. Ağrıya çoğu kez uyku düzensizliği, sabah yorgunluğu, halsizlik, baş ağrısı ve paresteziler eşlik eder. Hastalar yakınmalarının psikolojik stres, hava değişimleri, soğuk veya nem ile arttığını ifade ederler. İyi bir anamnez, fizik muayene ve bazı yakınmalara özellikle dikkat edilirse ve hassas nokta mu-

ayenesi iyi yapılırsa doğru tanı genellikle konulabilir. Standart bir tedavi protokolü yoktur. Periferik ve santral analjezi sağlamak, uyku bozukluklarını düzeltmek, ruhsal sorunları düzeltmek, kas ve yüzeysel dokulara kan akımını artırmak tedavide kullanılabilir yöntemlerdir (Bozdemir 2010).

### **2.7.3. Miyofasyal Ağrı Sendromu ( MAS)**

Bu sendromdaki ağrı, lokalize ve hassasiyetle karakterizedir. Aynı zamanda palpasyonla yansıyan ağrı yaratan odaklar (tetik nokta) vardır. Etkilenmiş kaslar palpasyonla şerit halinde ele gelir. MAS'da tetik noktada görülen ağrı lokal tedavilere cevap verir ve MAS'da uyku bozukluğu yoktur (Yunus 1993). MAS oldukça yaygındır ve özellikle hassas nokta-tetik nokta ayırımının iyi yapılamayışı karışıklığa neden olmaktadır. Yansıyan ağrı bölgelerinde lokal vazokonstriksiyon, terleme, lakrimasyon, salivasyon ve pilomotor aktivite gibi otonom bulgular, dengesizlik, baş dönmesi, tinnitus ve motor koordinasyon bozukluğu gibi proprioseptif bozukluklar MAS'da görülmektedirler (Kayhan 1995). Aktif bir tetik noktaya parmakla bastırıldığında hastanın zıplamasına zıplama belirtisi (Jump sign) denir (Berker 1997). Ayrıca lokal seğirme yanıtı ve dermografizm bulguları da görülebilir (Goldenberg 1994, Kayhan 1995).

### **2.7.4. Psikojenik Ağrı**

FMS'nin fizik muayene bulguları arasında hassas noktalar dışında bulgu olmaması ve hastaların tüm laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinin normal oluşu bu sendromu yeteri kadar iyi tanımayan doktorları psikolojik bozukluk düşüncesine yöneltir. Psikojenik ağrıdaki ağrı sinir ve kas sistemlerinin anatomisi ile uyumlu değildir. Psikojenik kökenli ağrısı olan hastalar depresyon, nöroz ve sosyal uyum bozuklukları gibi ilave ruhsal problemlere sahiptirler. Ağrının yeri belirsiz ve gezicidir, zaman içinde değişir. Hastalar her türlü dokunmaya ani ve egzajere geri çekmelerle cevap verirler ve belirtileri analjezik ve antiinflamatuvar ilaçlardan etkilenmez. FMS ağrıları psikojenik ağrıyla da karışabilir, ancak psikojenik ağrıda semptomlar değişkendir, belirgin hassas nokta yoktur. FMS'de ise ağrı lokalizasyonları bellidir. Belirtiler iklim şartlarına göre değişim gösterir. Hafif palpasyona dayanıklıdır (Kayhan 1995).

### **2.7.5. Psikiyatrik Bozukluklar**

Üzerinde fikir birliği oluşmuş bir kimyasal işaretleyici bulunmadığı için KYS hastaları bazı araştırmacılar tarafından “psikiyatrik bozukluğu olanlar” olarak sınıflandırılmışlardır. Bunların bir kısmı da KYS’i somatizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, genelleşmiş anksiyete bozukluğu, major depresyon veya atipik depresyon olarak teşhis etmişlerdir ya da hastaların temaruz yaptıklarını dūřünmüřlerdir (Afari 2003). Birçok bildiri KYS’nin olduğundan daha az teşhis edildiğini ve bu hastaların yanlış olarak çeşitli psikiyatrik tanılar aldıklarını işaret etmektedir (Taylor 2003). KYS hastalarında depresyon oranı %25–76 arasında bildirilmiştir fakat psikiyatrik komorbiditesi olmayan saf KYS vakaları da vardır. Açıklanamayan semptomların psikiyatrik bozukluğa atfedilmiş olması ihtimali, bu hastalarda psikiyatrik bozukluk tanısının fazlaca konulmuş oluşunu açıklayabilir (Afari 2003). Yapılandırılmış görüşme teknikleri kullanan diğer alışmalar KYS hastalarının psikiyatrik morbiditesini dūřük bulmuşlardır (Hickie 1990, Taylor 1998). KYS’ nin primer psikiyatrik hastalıklarla ayırıcı tanısının yapılması hastaların iyatrojenik travmalara maruz kalmasının önlenmesi açısından önemlidir.

#### **2.7.5.1. Somatizasyon bozukluğu**

Somatizasyonun toplumda %0.03 gibi görölme sıklığına kıyasla KYS’li hastalarda bu oran %28’e kadar çıkmaktadır (Fischler 1997). KYS hastasının şikayetleri psikiyatrik değil fiziksel sebebe bağlı olarak değerlendirildiğinde bildirilen somatizasyon oranı dramatik şekilde dūřmektedir (Johnson 1996).

#### **2.7.5.2. Anksiyete bozuklukları**

Genel popölasyonda sağlıklı kişilerin hayatları boyunca anksiyete bozukluğu oranları sırasıyla panik bozukluk için %3,5, yaygın anksiyete bozukluğu olarak %5,1’ dir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda KYS ile anksiyete birlikteliği de bildirilmiştir. KYS’li hastalarda hayatları boyunca panik bozukluk görölme oranı %17-25 iken yaygın anksiyete bozukluğu oranı %2-30 arasındadır (Lane 1991, Fischler 1997).

### **2.7.5.3. Depresyon ve Major Depresyon**

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla bir arada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (Çevik 1993).

#### **2.7.5.3.1. Depresyon Ağrı Birlikteliği**

Depresyon yıllardır hem emosyonel hem de fiziksel belirtilerin birlikte bulunduğu bir tablo olarak bilinir. Buna rağmen fiziksel belirtilerin depresyon tablosu içindeki önemi ve bu belirtilerin nasıl başarılı şekilde tedavi edilebileceği konusundaki araştırmalar ancak son zamanlarda yoğunlaşmıştır. Depresif kişilerin tedavi aramalarının başlıca nedeni fiziksel belirtilerdir ve bu konuda emosyonel belirtilerden çok daha belirleyicidirler. Örneğin uluslararası araştırmalar birinci basamak sağlık hizmetlerine baş vuran depresif kişilerin %69'unun yakınma olarak fiziksel belirtiler getirdiklerini ortaya çıkarmıştır (Silverstein 1999). En sık karşılaşılan fiziksel belirti ise ağrıdır. Depresyon yaşayan kişilerin yaklaşık %50'sinde komorbid somatik ağrı belirtileri ve bunlara bağlı sıkıntılar bulunur (Silverstein 2002). Depresif kişilerde kronik ağrılı fiziksel problemler yaşama oranı depresif olmayanlara kıyasla 4 kat fazladır. Depresyon ve ağrı arasındaki ilişki kronik ağrı hastalarının %17'sinde depresyon bulunması ve bu oranın ağrı kliniklerinde %64'e kadar yükselmesi ile de bellidir (Simon 1999). Ağrı, depresyonda önemsenmesi gereken bir belirti komorbiditesi olarak kabul edilebilir. Depresyonda çeşitli ağrıların yüksek oranlarda görülmesi ve ağrılı yakınmaların tedavisi için farklı kimyasal iletici sistemlerinin etkilenmesinin gerekli olması, doğru tedavi stratejileri için bu birlikteliğin en baştan farkına varmanın önemini ortaya koyar.

Depresyon tanısı koyarken en azından bir takım objektif psikolojik testlerin rakamsal sonuçlarına ihtiyaç olduğunu kabul etmek gerekir. Depresyonda sendromal aktiviteyi

değerlendirmek için üzerinde geniş anlaşma olan Hamilton Depresyon Ölçeği veya Beck Depresyon Envanteri kullanılır.

KYS'li hastalar halihazırda ya da hayatları boyunca daha yüksek oranda majör depresyona yakalanır. Bu durum KYS'nin majör depresyonun atipik bir şekli olabileceğini düşündürmüştür. Ancak KYS ve majör depresyon ile ilişkili yapılan çalışmalar bu hastalıkların birçok açıdan farklı antiteler olduğunu düşündürmektedir; ilk olarak, KYS'de majör depresyonla ortak bazı semptomlar mevcuttur. Diğer taraftan boğaz ağrısı, adenopati, artralji ve egzersiz sonrası yorgunluk KYS'de görülmektedir. İkincisi, her iki hastalığın da semptom biçimi farklıdır. Üçüncüsü de majör depresyonda SSS'de hipofizer-pituiter aks up-regülasyonu olmakta ve hafif hiperkortizolizm oluşmaktayken, buna karşılık KYS'de SSS'de "down-regulation" olmaktadır. Dördüncüsü, terapötik dozlardaki antidepresanlarla KYS'li hastalarda cevap alınamamaktadır (Vercoulen 1996). Beşincisi Major depresyonun tipik uyku bulgusu REM latansının kısalması ve REM yoğunluğunun artmasıdır. Diğer taraftan, KYS'de bu görülmez ve onun yerine non-REM uykusuna alfa dalgası karışması ve delta dalgası azalması görülür (Decker 2009). Altıncı ise; KYS hastaları yüksek düzeyde aktive edilmiş T lenfosit seviyesi, dolaşımda yüksek sitokin seviyesi ile düşük natural killer sitotoksitesi ve antiviral defans yolunda 2-5A sentetaz/RNase L düzensizliği gösterirler (Suhadolnik 2004).

Sonuç olarak, KYS ile major depresyon komorbiditesi aralarında bir patogenetik ilişkiyi göstermez. Çünkü tıbbî hastalığa karşı en fazla görülen emosyonel cevaplar anksiyete ve depresyondur (Cassem 1990).

## **2.8. Komorbid Durumlar**

Birincil fibromyalji sendromu (FMS), myofasiyal ağrı sendromu (MPS), temporomandibuler eklem sendromu (TMJS), irritabl barsak sendromu (IBS), interstisyel sistit, irritabl mesane, mitral valv prolapsusu, Reynaud fenomeni, depresyon, migren, allerjiler, multipl kimyasal sensitivite (MCS), Hashimoto tiroiditi v.b. durumlardır (Carruthers 2003).



## 2.9. Tedavi

Belirsiz etyoloji, tanısının kesin konulamaması nedeniyle kesin tedavi edici bir ajan yoktur. Pratikte tedavi ister ilaçla ister ilaç dışı olsun, hastanın semptomlarını rahatlatmaya ve fonksiyon kaybını gidermeye yöneliktir. Yapılan tedavi şekilleri arasında immünolojik maddeler, farmakolojik ürünler, nütrisyonel destekler, fizik tedavi ve çok boyutlu tedavi bulunmaktadır. Fizik tedavi ve çok boyutlu tedavilerin dışındaki tedaviler genellikle başarısız sonuç vermiştir (Whiting 2001).

### 2.9.1. İmmunolojik Tedavi

İmmunolojik terapiler; immunoglobulin, ampligen, asiklovir, interferon ve transfer faktör gibi ajanları kapsamaktadır. İmmunglobulinin değerlendirildiği üç randomize plasebo kontrollü çalışma karışık ve farklı sonuçlar göstermiştir. Biri immunoglobulin ile genel düzelme, diğeri immunglobulinle kötü sosyal yaşam, üçüncüsü ise immunoglobulin ile plasebo arasında fark olmadığını göstermiştir. Bir randomize plasebo kontrollü çalışma iki haftalık intravenöz ampligen infüzyonunun (immunomodülatör ve antiviral etkili) fiziksel fonksiyonlar ve aktivite düzeyinde ve kognitif fonksiyonlarda gelişme olduğunu ancak depresyon veya anksiyeteyi etkilemediğini göstermiştir. Bu yüksek kaliteli çift kör çalışma KYS için 1988 CDC kriterlerini taşıyan oldukça debilize 92 kişiyi kapsamaktadır. Bu çalışma 6 aylık izlem periyodu ve %9 çalışmayı bırakma oranına sahiptir. Ampligen verilen hastalarda daha çok deri kuruluğu ve plasebo verilenlerde daha çok uykusuzluk yakınmalarını olmuştur. Asiklovir ile yapılan bir randomize çalışmada, plaseboya göre depresyon, anksiete ve konfüzyonun arttığı görülmüştür. Bir randomize 4-kollu çalışmada transfer faktörün davranışçı tedavi yaklaşımları ile kombine edildiğinde tek başına tedaviye göre kıyasla yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir. Diğer immünolojik tedavileri kapsayan plasebo kontrollü çalışmalar (interferon gibi) açık bir sonuca ulaşmamıştır. Sonuçta immünolojik çalışmaları içeren çalışmalardan elde edilen sonuçlar tatmin edici değildir ve bu tedavilerin etkili veya etkisiz olduğuna karar vermek için yetersizdir. İntravenöz Ampligen (klinik araştırma safhasında olan ve FDA -Food and Drug Administration tarafında onaylanmamış ilaç) hakkındaki sonuçlar şiddetli debilize hastalarda umut vericidir (Wood 1998, İzgi 2006).

### **2.9.2. Kortikosteroidler**

Mineralokortikoidlerin (fludrokortizone) genel ve/veya fonksiyonel seyri geliştirmede faydalı olmadığını gösterilmiştir. Düşük doz glukokortikoidlerin (hidrokortizon) bitkinlik ve fonksiyonu düzeltebileceğini göstermiştir. Ancak adrenal fonksiyonların aşırı baskılanma riski mevcuttur. Bu çalışmalarında, çalışmayı bırakma oranları %9 ile %20 arasındadır. Sonuçta; bu çalışmalardan elde edilen veriler kortikosteroidlerin KYS için etkili olup olmadığını anlamak için yeterli değildir (Demitrack 1991).

### **2.9.3. Antidepresanlar**

Uzun süreli remisyon sağlayacak bir ilaç řu ana kadar gösterilmemiştir. Subjektif enerji sağlamada (moklobemid), uyku bozukluğuna etkisi (amitriptilin, nefazodone), nöropatik ağrı, kas ve eklem ağrıları için (amitriptilin ve NSAİ, siklobenzapirin), depresyon için (sertralin, paroksetin, nefazodon), anksiyete için (alprazolam ve lorazepam) önerilmiştir (Jackson 2006, Schonfeldt 2006). Randomize çalışmaların biri 4-kollu bir çalışmadır ve derecelendirilmiş egzersiz terapisiyle birlikte olan ve olmayan antidepresan tedavinin etkileri karşılaştırılmıştır. Plasebo ile karşılaştırıldığında yalnız başına antidepresanlar ve egzersizle birlikte antidepresan kullanımı; fiziksel enerjinin artması ve anksietenin azalması gibi bazı semptomlarda arasıra düzelme gösterse bile sabit bir düzelme paterni göstermemiştir (Wessely 1997, MacHale 1998).

### **2.9.4. Hiperbarik Oksijen Tedavisi**

İmmün sistemin, yara iyileşmesinin ve vasküler tonusun oksijenden etkilendiği bilindiği için oksijen KYS hastalarında da denenmiştir ve basıncı normal atmosferik oksijen basıncından fazla olan hiperbarik oksijen odasına alınan KYS hastalarının genel fonksiyonel durumlarında düzelme gözlenmiştir. Ancak solunum sistemi problemleri klastrofobisi olan hastalara bu tedavi uygulanamaz (Van 2003).

### **2.9.5. Uyku Tedavisi**

Uyku tedavisinin amacı uykuyu düzenli hale getirme, uykunun kesilmesini engelleme ve uyku kalitesini geliştirmedir. Tedavide; her gece belli saatte düzenli olarak yatma, sedatif ve hipnotik ilaç kullanımı, muskuloskeletal ağrı için NSAİ kullanımı, kestirme ya da 30

dakikanın altındaki uykudan kaçınma, hafif derecede günlük egzersiz yaptırma ve uyku hijyeni stratejileri önerilir (Clapp 1999).

### **2.9.6. Alternatif Tedaviler ve Suplement Tedavileri**

Bu tedaviler megavitamin uygulamaları, enerji ile iyileştirme (energy healing) tedavileri, bitkisel ilaç uygulamaları ve özel diyetleri içine alır. Bu tedavi yöntemlerinin etkinliği gösterilmemiştir, fakat içlerinde sadece randomize, çift-kör, plasebo kontrollü bir çalışma ile magnezyum sülfatın etkinliği gösterilmiştir (Cox 1991). Bununla beraber açık çalışmalar KYS hastalarında magnezyum eksikliği olduğunu teyid etmemiştir (Reid 2000).

### **2.9.7. Davranışçı Tedavi Yaklaşımları**

Hastaların kendi hastalığıyla ilgili inanç ve düşüncelerinin yanı sıra, bununla nasıl başa çıkacağına ayrıntılı analizine dayanır. Burada hedef hangi düşünce ve davranışların, hastalarda semptomlar ile dizabilyiteyi artırdığının saptanmasıdır (Sharpe 1998). Bu kişilerin ayrıca aileleri ve çocuklarıyla da konuşup değerlendirilmeli, bu konuda onlara da destek verilmelidir. Özellikle adölesan dönemde ve çocuklarda 6 ayın üzerinde bir yorgunluk mevcutsa bu vakanın tanımı yapılmalıdır. Bu kişilerin aile ve öğretmenleri ile konuşmanın ve bu bilgiler doğrultusunda çocuğa psikolojik ve sosyal destek yapmanın tedavide çok önemli olduğu belirtilmiştir. Bu genç vakaların tedaviye iyi yanıt verip 2-4 yıl içinde iyileştikleri ve erişkinlerden daha iyi prognoz gösterdikleri belirtilmiştir (Loblay 2002). Yakın zamanda yapılan kontrollü çalışmalarda 13-16 seans arasında kognitif davranış tedavisi ile normal tedavi alanlara göre fiziksel ve diğer fonksiyonlara göre %70'ten fazla oranda iyileşme sağlanmıştır. Ayrıca yapılan bir çalışmada kademeli egzersiz tedavisi, uyku bozukluğu veya psikiyatrik bozukluğu olmayan KYS'li hastalarda relaksasyon ve fleksibilite egzersizlerine göre daha etkili bulunmuş ve egzersiz tedavisinin faydaları bir yıl sonrasında da gösterilmiştir (Sharpe 1996).

### **2.9.8. Diğer Farmakolojik Tedaviler**

Sulbutiamin, büyüme hormonu, galantamin, fludrokortizonla ilgili yapılan randomize kontrollü bir çalışmada faydalı olduklarına dair bir kanıt tespit edilmemiştir (Schonfeldt 2006). 600 mg/gün sulbutiaminle ilgili yapılan başka bir çalışmada yorgunluğu azalttığı tespit

edilmiştir (Tiev 1999). S-adenozil metionin, Koenzim Q10' un yapılan çalışmalarda KYS belirtilerini azaltmada belirgin etkili olmadıkları söylenmiştir (Loblay 2002).

## **2.10. Seyir ve Prognoz**

KYS' nin klinik seyri hastalar arasında çok değişken olmakta, iyileşen hastaların gerçek oranı bilinmemektedir. Bazı hastalar iyileşmeyi; kendi iş ve aktivitelerine yeniden başlayabilmek olarak tanımlarlar, fakat periyodik olarak veya çeşitli KYS semptomlarını göstermeye devam ettiklerini belirtmektedirler. Bazı hastalar zamanla tamamen düzelirler ve bazıları da aşamalı olarak kötüleşmeye devam ederler. KYS, sıklıkla hastalık hali ile relatif iyilik hali arasında değişen siklik bir seyir gösterir. CDC'nin çalışmalarda, iyileşme hasta tarafından belirlenmekte ve tüm semptomlardan tamamen kurtulduklarını ifade edememektedirler. Hastaların yaklaşık yarısı iyileştiklerini ifade etmekte ve çoğunlukla hastalığın başlangıcından itibaren ilk beş yıl içinde düzelmektedirler. Hastalığın başlangıcında en fazla ifade edilen KYS semptomları; kızamık boğaz, ateş, kas ağrısı ve kas zayıflığıdır. Hastalık ilerledikçe kas ağrısı ve unutkanlık artmaktadır (National Center for Infectious Diseases: Surveillance-Chronic Fatigue Syndrome Program, Program Update, 2002-2003).

Bir çalışma iyileşme oranını %17-64 olarak gösteriyorsa da tam iyileşme %10'dan azdır ve hastaların %10-20'si progressif olarak kötüleşmektedir (Vercoulen 1996, Ray 1997). Bununla beraber bu sonuçlar tıbbî araştırmalara katılan genellikle hafif-orta kategoride yer alan hastalara ilişkindir, daha hafif ve daha ağır vakalar klinik çalışmalara katılamamaktadır. Yaşlı olma, hastalık süresinin uzaması, bitkinliğin şiddetinin fazla olması, psikiyatrik komorbidite daha kötü prognoz için risk faktörleridir (Joyce 1997). Çocuk ve adolesanlarda ise prognoz daha iyidir (Krilov 1998).

Stres cevap sistemini uyaran bir olayı takiben ortaya çıkan semptomlarda şiddetlenme mutad dışı şekilde bitkinleşmeden, tamamen yatalak olmaya kadar bir spektrum içinde gerçekleşir. Semptomları yavaş gelişenlerin hastalıkları yıllarca, genellikle ömür boyu sürmektedir (Bell 1995).

KYS mortalite oranlarını yükseltmez gibi görünse de nadiren bu hastalarda mevcut ortostatik kardiyak düzensizlik ve hiperkoagulabilite ölüm riskini artırabilir. Hastalığın kronik, tedavi edilemez oluşu, iyi anlaşılamayan tabiatı tıbbî ve sosyal desteği de azaltır ve intihar riskini artırır (Montague 1989).

Bilinmezlerinin çok fazla olduğu bir hastalık olan KYS'den sağlık çalışanlarının ne düzeyde etkilenmiş olduklarını bilmek son derece önemlidir.

Bir iş ortamında, sağlık hizmeti verenin sağlıklı olmasının, sağlık hizmeti alanın sağlığını ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmektedir (Ceylan 2009).

Sağlık alışanlarının sağlık hizmetlerini etkin ve sürekli şekilde sunabilmeleri kendilerinin sağlıklı olabilmeleriyle olanaklıdır (Taşcıoğlu 2007, Kılıç ve ark. 2011).

iş sağlığı ve güvenliği; iş yerinde çalışanın sağlıklı yaşam hakkının güvence altına alınması, sosyal, ruhsal ve bedensel zararlardan korunması için gerekli ortamın sağlanması ve önlemlerin alınmasını ifade eder. Uluslararası alışma rgt ile Dünya Sağlık rgt 1950 yılında karma bir komisyon kurarak, iş sağlığının amaçlarını saptamışlar ve bunları ILO' nun 112 sayılı tavsiye kararı ile ye ülkelere duyurmuşlardır.

Bu amaçlar;

1-Çalışanların sağlık kapasitelerini en st düzeye çıkarmak,

2-Çalışmanın olumsuz koşulları nedeni ile sağlığın bozulmasını önlemek,

3-Her alışanı fiziksel ve ruhsal yeteneklerine uygun işlerde çalıştırmak,

4-Yapılan iş ile çalışan arasında uyum sağlayarak, asgari yorgunlukla yüksek randıman elde etmektir (Vargı 2003).

Sağlık alışanları özellikle, son yirmi yıldır daha zor, olumsuz, güvensiz ve güvensiz iş ortamında çalışmaktadır. Buna karşın, ne bu zaman diliminde, ne de daha öncesinde sağlık çalışanlarının ne kadar, hangi sıklıkla, hangi meslek hastalıklarına, iş kazaları ve riskli uygulamalara maruz kaldığı, maruz kalanların, hangi koşullarda ve nasıl yaşamını sürdürdüğü, yine kaç kişinin iş görmez hale geldiği ya da sakatlık geçirdiği ve yaşamını kaybettiğine ilişkin temel veriler bulunmamaktadır (Vargı 2003).

Bu çalışmadaki amaç; Konya merkezde görev yapan birinci basamak sağlık çalışanlarının, kronik yorgunluk sendromu ve depresyon açısından ne durumda olduklarını incelemek, bu sendromun ve depresyonun oluşumunda rol alan etmenleri değerlendirmek ve elde edilen verilere dayanarak kronik yorgunluk sendromunun üstesinden gelmek için alınacak önlemlere ışık tutmaktır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, birinci basamak sağlık çalışanlarında KYS ve depresyon sıklığının saptanması ve saptanan düzeylere etkili olası faktörlerin belirlenmesine yönelik kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Ekim 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında Konya il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık birimlerinde uygulanmıştır. Bu birimleri Konya il merkezinde bulunan; Halk Sağlığı Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlükleri, tüm ASM ve TSM' ler, Verem Savaş Dispanserleri, AÇSAP, Talasemi Merkezi ve Halk Sağlığı Laboratuvarı oluşturmuştur.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, Konya il merkezinde birinci basamakta hizmet veren 367 hekim, 599 hekim dışı sağlık personeli olmak üzere 966 sağlık çalışanı oluşturmuştur.

#### **3.4. Araştırmanın Örnekleme**

Çalışma örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden ve aktif çalışan hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, laborant, röntgen ve çevre sağlığı teknisyeni olan birinci basamak sağlık çalışanları oluşturmuştur. Evrenin tamamına ulaşmak hedeflendiği için örnekleme yöntemi kullanılmamıştır.

Araştırma grubunu; ön deneme uygulanan personel de ilave edilerek, 26 uzman hekim, 187 aile hekimi, 55 pratisyen hekim, 197 hemşire, 195 ebe, 42 sağlık memuru, 48 laborant ve 28 teknisyen dahil toplamda 778 kişi oluşturmuştur. Seksen iki sağlık çalışanına izili ve raporlu oldukları için ulaşılamamıştır. 106 sağlık çalışanı araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Toplamda evrenin %80,1'ine ulaşılmıştır.

### **3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri**

- 1) Konya ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanı olarak görev yapmak
- 2) 18 yaş ve üzeri olmak
- 3) Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

### **3.6. Araştırmaya Kabul Edilmeme Kriterleri**

- 1) Sağlık personeli olmayan çalışanlar (Tıbbi sekreter, memur ...vs gibi) araştırmaya kabul edilmemişlerdir.
- 2) Herhangi bir kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan çalışanlar istatistik hesaplamalarda çalışma dışı bırakılmıştır.

### **3.7. Veri Toplama Araçları**

Araştırmacı tarafından yapılan konu ile ilgili literatür taraması sonrasında 2 bölümden oluşan anket formu hazırlanmıştır. Birinci bölüm 45 sorudan oluşmaktadır. İlk 9 soru sosyodemografik ve tanımlayıcı özellikleri, 9-14. sorular çalışma yaşamlarına ilişkin özellikleri, 15-16. sorular eşlerinin çalışma ve çocuk durumlarını, 17-19. sorular egzersiz ve madde kullanım alışkanlıklarını, 20-21. sorular uyku süreleri ve sağlık durumları hakkındaki düşüncelerini, 22-25. sorular iş kazası geçirme durumlarını, 26-32. sorular çalışma yaşamlarına ilişkin memnuniyetlerini, 33-34. sorular sosyal hayatları hakkındaki düşüncelerini, 35-45. sorular yorgunluk durumlarını içermektedir. Yorgunluk durumunun grubunu belirlemek için CDC'nin 1994 yılında kabul ettiği tanı kriterleri dikkate alınmıştır. Tanı kriterlerinin A kısmının tüm maddelerini içeren, başka tıbbi bir açıklaması bulunmayan ve diğer semptomlardan en az dördünü bulunduran, 6 ay veya daha uzun süre uzamış veya tekrarlayan yorgunluğu olanlar KYS kabul edilmiştir. Altı ay veya daha uzun süren ancak, yorgunluk şiddeti ve kriter sayısını tam karşılamayanlar İdiopatik Kronik Yorgunluk grubuna kabul edilmiştir. Bir ay veya daha uzun süre uzamış veya tekrarlayan yorgunluğu olanlar Uzamış Yorgunluk grubuna ve yorgun olmadığını belirtenler Yorgunluk Yok grubuna dahil edilmişlerdir.

İkinci bölüm katılımcıların depresyon düzeylerini belirlemeye yönelik 21 soru içeren Beck Depresyon Ölçeğidir. Beck tarafından 1961' de geliştirilen ve ülkemizde geçerlik

ve güvenilirlik çalışmaları Teğin (1980), Hisli (1988) tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Her bir soruya 0, 1, 2, 3 olmak üzere puan verilerek değerlendirilir. Ölçeğin kesim puanı 17'dir (Seber 1993).

### **3.8. Veri Toplama Tekniği**

Veriler, araştırmacı tarafından çalışanlara mesai saati içinde ulaştırılan ve bir sonraki mesai saati içinde toplanan anket formları yoluyla elde edilmiştir.

### **3.9. Ön Deneme**

10 pratisyen hekim, 15 hemşire ve 5 teknisyene ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket sorularında gerekli düzeltmeler yapılarak son şekli verilmiştir. Ön uygulama anketleri de araştırmaya dahil edilmiştir.

### **3.10. Etik Durum**

Araştırmanın yürütülebilmesi için N.E.Ü.M.T.F. etik kuruluna proje sunulup (Tarih:20-09-2013, Sayı:2013/483) onayı alınmıştır (Bkz. EK-2). Araştırma için kurumsal olarak Konya Valiliğinin oluru (Bkz. EK-3) ve Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden (Bkz. EK-4) resmi izinler alınmıştır. Anket formları uygulanmadan önce çalışanlara araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında açıklamalarda bulunulup, katılımları için sözlü onayları alınmıştır.

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma kapsamına, veri toplama dönemi olan 3 aylık dönemde koruyucu sağlık hizmeti veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler alınmıştır. Elde edilen sonuçlar sadece Konya il merkezi ilgili personeline genellenebilir.



### **3.12. Varsayımlar**

Anketlere verilen cevapların doğru olduğu ve örneklemin evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

### **3.13. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmada, katılımcıların yorgunluk durumları (KYS, IKY, UY, YY) bağımlı değişken olurken; cinsiyet, yaş, BMI değeri, medeni durum, öğrenim düzeyi, meslek grubu, meslekte çalışma süresi, Konya' da görev süresi, kurumda çalışma durumu, çalışma birimi, çalışılan ilçe, eşin çalışma durumu, çocuk sahibi olma ve varsa sayısı, düzenli egzersiz yapma durumu, sigara içme ve alkol alma durumu, günlük uyku süresi, sağlık durumları hakkındaki düşünceleri, iş kazası geçirme ve kaygı duyma durumları, şiddete maruz kalma ve kaygı duyma durumları, meslekten, çalışma arkadaşlarından ve çalışılan ortamın fiziki şartlarından memnun olma durumları, kendilerini mesleki anlamda yeterli bulma ve mobbinge maruz kaldığını düşünme durumları, personel sayısını yeterli bulma ve maaştan memnuniyet durumları, sosyal hayatları ve sosyal çevre ile ilişkileri hakkındaki düşünceleri ve Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumları bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

### **3.14. Verilerin Analizi**

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde SPSS Statistics 17 paket programı kullanılmıştır. Kategorik veriler hasta sayısı (n) ve yüzde (%) olarak sunulmuştur. Kategorik verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde  $p < 0,05$  istatistiki olarak önemli kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcılara ait bulgular

#### 4.1.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Çalışmaya toplam 778 sağlık çalışanı katılmıştır. Çalışmaya katılanların 268' i erkek (%34,4) , 510'u (%65,6) kadındır.

Yaş sınıflamasına göre katılımcıların %9,9'unun (77) 29 yaş ve altında, %43,3' ünün (336) 30-39 yaş aralığında, %46,8' inin (365) 40 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların 268'ini (%34,3) hekim, 510'nu (%65,7) hekim dışı sağlık personeli oluşturmaktadır. Meslek gruplarının ayrıntılı bilgileri Tablo 2'de yer almaktadır.

Hekim katılımcıların %9,1'i (26) ve uzmanlık eğitimi almış hekimlerdir. Diğer sağlık çalışanlarının %13,1'i (66) lise, %47'si (237) ön lisans, %36,7'si (191) üniversite, %3,2'si (16) yüksek lisans mezunudur.

Katılımcıların %89,2'si (694) evli, %6,8'i (53) bekar, %3,4'ü (26) boşanmış, %0,5'i (4) eşi vefat etmiş, %0,1'i (1) eşinden ayrı yaşamaktadır.

Katılımcıların %32,1'inin (261) herhangi bir kronik rahatsızlığı mevcutken, %22,3'ü (184) düzenli olarak ilaç kullanmaktadır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin ayrıntıları Tablo 1'de görülmektedir.

**Tablo 4.1.** Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, Konya 2014

		n	%
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	268	34,4
	Kadın	510	65,6
	Toplam	778	100,0
<b>Yaş</b>	29 ve altı	77	9,9
	30-39	336	43,3
	40 ve üzeri	365	46,8
	Toplam	778	100,0
<b>Meslek</b>	Uzman Hekim	26	3,8
	Aile Hekimi	187	23,9

		Pratisyen Hekim	55	7	
		Hemşire	197	25,2	
		Ebe	195	25,3	
		Sağlık Memuru	42	5,1	
		Laborant-Teknisyen	76	9,7	
		Toplam	778	100,0	
<b>Öğrenim durumu</b>	<b>hekim</b>	Yüksek Lisans-Doktora	242	90,9	
		Uzmanlık	26	9,1	
		Toplam	268	100,0	
	<b>hekim dışı sağlık personeli</b>	Lise	66	13,1	
		Ön Lisans	237	47	
		Lisans	191	36,7	
		Yüksek Lisans-Doktora	16	3,2	
		Toplam	510	100,0	
	<b>Medeni durum</b>		Evli	694	89,2
			Bekar	53	6,8
		Boşanmış	26	3,4	
		Eş vefat	4	0,5	
		Eşinden ayrı yaşıyor	1	0,1	
		Toplam	778	100,0	
<b>Kronik hastalık</b>		Evet	261	32,1	
		Hayır	517	67,9	
		Toplam	778	100,0	
<b>Sürekli ilaç kullanımı</b>		Evet	184	22,3	
		Hayır	594	77,7	
		Toplam	778	100,0	

#### 4.1.2. Katılımcıların mesleki yaşamlarına ilişkin bulgular

Katılımcıların meslekte görev süresi sınıflarına göre dağılımlarına bakıldığında; %10,1'inin (84) en fazla 5 yıl, %13'ünün (106) 6-10 yıl, %76,9'unun (588) en az 11 yıldır sağlık çalışmanı olarak görevli oldukları görülmüştür.

Katılımcıların Konya'da görev süresi sınıflarına göre dağılımlarına bakıldığında; %31,3'ünün (244) en fazla 5 yıl, %22'sinin (177) 6-10 yıl, %46,7'sinin (357) en az 11 yıldır Konya'da çalışmakta oldukları görülmüştür.

Katılımcıların %45'i (349) kurumlarında kadrolu olarak çalışırken, % 55'i (429) sözleşmeli olarak çalışmakta idi.

Çalışma birimlerine göre dağılım incelendiğinde çalışanların %60,8'inin (471) Aile Sağlığı Merkezlerinde, %39,2'sinin (304) Toplum Sağlığı Merkezleri ve diğer birinci basamak sağlık birimlerinde çalıştıkları saptandı. Katılımcıların çalıştıkları birimlerin ayrıntıları Tablo 2'de görülmektedir.

Çalışılan birimin bağlı olduğu ilçeye göre dağılımlar sırasıyla %50,1 (389) Selçuklu, %27,1 (211) Meram, %22,5 (178) Karatay olarak tespit edildi.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların çalışma durumları, birimleri ve çalıştıkları ilçeler, Konya- 2014

		n	%
<b>Kurumda çalışma durumu</b>	Kadrolu	349	45
	Sözleşmeli	429	55
	Toplam	778	100,0
<b>Birim</b>	Halk Sağlığı Müdürlüğü	85	11
	İlçe Sağlık Müdürlüğü	17	2,2
	TSM	149	19,2
	ASM	471	60,8
	AÇSAP	11	1,4
	Verem Savaş Dispanseri	23	3
	Halk Sağlığı Labaratuvarı	13	1,7
	Talasemi Merkezi	6	0,8
	Toplam	778	100,0
<b>İlçe</b>	Selçuklu	389	50,1
	Meram	211	27,1
	Karatay	178	22,8
	Toplam	778	100,0

#### 4.1.3. Katılımcıların yorgunluk durumları

Herhangi bir kronik rahatsızlığı olan ve sürekli ilaç kullanan katılımcılar göz ardı edildiğinde ve geriye kalan katılımcıların yorgun olma durumlarına bakıldığında; %60,8'inde (314) yorgunluk olmadığı, %12,2'sinde (64) uzamış yorgunluk, %8,1'inde (42) İKY, %18,9'unda (97) KYS olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların yorgunluk durumlarının dağılımları Konya- 2014

		n	%
<b>Yorgunluk durumu</b>	Yorgunluk Yok	314	60,8
	Uzamış Yorgunluk	64	12,2
	İdiopatik Kronik Yorgunluk	42	8,1
	Kronik Yorgunluk Sendromu	97	18,9
	Toplam	517	100,0

#### 4.2. Katılımcıların yorgunluk durumlarının bağımsız değişkenlere göre karşılaştırılması

##### 4.2.1. Cinsiyete göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Cinsiyete göre yorgunluk durumuna bakıldığında; erkeklerin %10,9'unda (19), kadınların %23,1'inde (78) KYS olduğu görülmüştür ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000)

**Tablo 4.4.** Katılımcıların cinsiyete göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

<b>Yorgunluk durumu</b>		<b>UY</b>		<b>IKY</b>		<b>KYS</b>		<b>YY</b>		<b>Toplam</b>	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	12	6,9	22	12,1	19	10,9	124	70,1	177	100,0
	Kadın	52	15,0	20	6,0	78	23,1	190	56,0	340	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=24,01$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,000$

#### 4.2.2. Yaş gruplarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Yaş gruplarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; 29 ve altı yaş grubunun %21,0'inde (14), 30-39 yaş grubunun %20,5'inde (49), 40 ve üzeri yaş grubunun %15,5'inde (34) KYS olduğu saptanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004).

**Tablo 4.5.** Katılımcıların yaş gruplarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu	UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş</b> 29 ve altı	17	27,4	4	6,5	14	21,0	29	45,2	64	100,0
30-39	26	10,7	17	7,3	49	20,5	147	61,5	239	100,0
40 ve üzeri	21	9,7	21	9,7	34	15,5	138	65,2	214	100,0
Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=19,10$ ,  $sd=6$ ,  $p=0,004$

#### 4.2.3. Mesleklerine ve öğrenim durumlarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Meslek gruplarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; hekimlerin %16,8'inde (27), hekim dışı sağlık personelinin % 19,3'ünde (70) KYS saptanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,009).

**Tablo 4.6.** Katılımcıların mesleklerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu	UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Meslek</b> Hekim	13	8,7	21	14,1	27	16,8	94	60,4	155	100,0
Hekim dışı sağlık personeli	49	13,6	21	5,7	70	19,3	220	61,5	362	100,0
Toplam	62	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=11,52$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,009$

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında istatistiksel anlamlı fark görülmedi (hekimlerde  $p=0,202$ , hekim dışı sağlık personelinde  $p=0,740$ ).

#### 4.2.4. Katılımcıların BMI sınıflamasına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Katılımcıların BMI sınıflamasına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,248$ ).

#### 4.2.5. Medeni durum, eşlerinin çalışma durumu ve çocuk sahibi olma durumlarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Medeni durumlarına göre yorgunluk durumları karşılaştırıldığında fark olmadığı görülmüştür ( $p=0,213$ ).

Katılımcıların eşlerinin çalışma durumları ile yorgunluk durumları arasında fark saptanmamıştır ( $p=0,087$ ).

Çocuk sayılarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; çocuk sahibi olmayanların % 10,3'ünde (9), en fazla 2 çocuğu olanların %22,9'unda (76), en az 3 çocuğu olanların %10,5'inde (12) KYS olduğu saptanmıştır ( $p=0,013$ ).

**Tablo 4.7.** Katılımcıların çocuk sayısı sınıflarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çocuk Sayısı	Yok	18	20,6	8	10,3	9	10,3	46	58,8	81	100,0
	En fazla 2	34	11,6	24	9,5	76	22,9	198	59,8	332	100,0
	En az 3	12	11,6	10	9,5	12	10,5	70	68,4	104	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=16,08$ ,  $sd=6$ ,  $p=0,013$

\* Çocuk var-yok şeklinde gözler birleştirildiğinde  $X^2=8,55$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,036$

#### 4.2.6. Katılımcıların mesleki yaşam özelliklerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Katılımcıların meslekte ve Konya' da görev süresi gruplarına göre yorgunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla, p=0,115 ve p=0,233).

Kurumda çalışma durumları ile yorgunluk durumları arasında fark saptanmamıştır (p=0,289)

Çalışma birimleri ile yorgunluk durumları arasında fark saptanmamıştır (p=0,460).

Çalıştıkları ilçeler arasında yorgunluk durumları arasında fark saptanmamıştır (p=0,726).

#### 4.2.7. Katılımcıların düzenli egzersiz ve madde kullanım alışkanlıklarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumlarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; düzenli egzersiz yapanların %3,2'sinde (3), düzenli egzersiz yapmayanların %21,1'inde (94) KYS olduğu saptanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

**Tablo 4.8.** Katılımcıların düzenli egzersiz yapmalarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Düzenli egzersiz</b>	Evet	7	9,7	2	1,6	3	3,2	56	85,5	68	100,0
	Hayır	57	12,6	40	9,0	94	21,1	258	57,4	449	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=20,25$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,000$

Sigara kullanımı ile yorgunluk durumları arasında fark saptanmamıştır (p=0,816).

Alkol kullanımı ile yorgunluk durumları arasında fark saptanmamıştır (p=0,649).



#### 4.2.8. Katılımcıların uyku süreleri ve sağlık durumları hakkındaki düşüncelerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Uyku süreleri ile yorgunluk durumları arasında fark saptanmamıştır ( $p=0,093$ ).

Katılımcıların sağlık durumları hakkındaki düşüncelerine göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin %61,1'inde (13), normal olarak değerlendirenlerin %24,1'inde (68), iyi olarak değerlendirenlerin %7,8'inde (16) KYS olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.9.** Katılımcıların sağlık durumları hakkındaki düşüncelerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu	Sağlık durumu	UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	Kötü	2	1,2	5	21,2	13	61,1	6	16,5	26	100,0
	Normal	42	14,9	24	8,5	68	24,1	149	52,5	283	100,0
	İyi	20	9,7	13	6,3	16	7,8	159	76,2	208	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=61,96$ ,  $sd=6$ ,  $p=0,000$

#### 4.2.9. Katılımcıların iş kazası geçirmeleri ve kaygılarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Katılımcıların iş kazası geçirmeleri ile yorgunluk durumları arasındaki farka bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,764$ ).

Katılımcıların iş kazası kaygısı duymaları ile yorgunluk durumları arasındaki farka bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,085$ ).

#### 4.2.10. Katılımcıların şiddete maruz kalmalarına ve kaygılarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Katılımcıların şiddete maruz kalmaları ile yorgunluk durumları arasındaki farka bakıldığında; şiddete maruz kalanların %24,3'ünde (78), şiddete maruz kalmayanların %9,5'inde

(19) KYS görülmüştür ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,000).

**Tablo 4.10.** Katılımcıların şiddete maruz kalmalarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Şiddete maruz kalma</b>	Evet	41	12,3	35	10,7	78	24,3	169	52,7	323	100,0
	Hayır	23	12,1	7	3,7	19	9,5	145	74,7	194	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	68,8	517	100,0

$X^2=30,68$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,000$

Katılımcıların şiddete maruz kalma kaygıları ile yorgunluk durumları karşılaştırıldığında; şiddete maruz kalma kaygısı duyanların %24,8' inde (79), kaygı duymayanların %8,8' inde (18) KYS olduğu saptanmıştır (p=0,000).

**Tablo 4.11.** Katılımcıların şiddete maruz kalma kaygılarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Şiddet kaygısı</b>	Evet	42	12,9	29	9,0	79	24,8	169	53,4	319	100,0
	Hayır	22	11,3	13	6,7	18	8,8	145	73,2	198	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=25,12$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,000$

#### 4.2.11. Katılımcıların mesleklerinden memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Mesleklerinden memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; memnun olmayanların %38,1'inde (26), memnun olanların %17,1'inde (67), çok memnun olanların %6,3'ünde (4) KYS olduğu görülmüştür (p=0,000).

**Tablo 4.12.** Katılımcıların mesleklerinden memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Meslekten memnun olma</b>	Memnun değil	9	12,7	6	9,5	26	38,1	28	39,7	69	100,0
	Memnun	53	13,5	35	8,9	67	17,1	238	60,5	393	100,0
	Çok memnun	2	2,9	1	1,2	4	6,3	48	89,6	55	100,0
	Toplam	62	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=41,75$ ,  $sd=6$ ,  $p=0,000$

#### 4.2.12. Katılımcıların kendilerini mesleki anlamda yeterli bulmaları ve çalışma arkadaşlarından memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Katılımcıların kendilerini mesleki anlamda yeterli bulmaları ile yorgunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,509).

Katılımcıların çalışma arkadaşlarından memnun olmaları ile yorgunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,383).

#### 4.2.13. Katılımcıların mobbinge maruz kaldıklarını düşünmelerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Katılımcıların mobbinge maruz kaldıklarını düşünmelerine göre yorgunluk durumlarına bakıldığında mobbinge maruz kaldığını düşünenlerin %26'sının (58), düşünmeyenlerin %43,9'unda (39) KYS olduğu görülmüştür ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,000).

**Tablo 4.13.** Katılımcıların mobbinge maruz kaldıklarını düşünmelerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Mobbing</b>	Evet	34	15,1	22	9,6	58	26,0	112	49,3	226	100,0
	Hayır	30	10,1	20	7,0	39	43,9	202	69,2	291	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=21,61$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,000$

#### 4.2.14. Katılımcıların çalıştıkları ortamın fiziki şartlarından memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Katılımcıların çalıştıkları ortamın fiziki şartlarından memnun olmalarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; memnun olmayanların %25,1'inde (49), memnun olanların %15,3'ünde (45), çok memnun olanların %12,5'inde (3) KYS olduğu görülmüştür ( $p=0,039$ ).

**Tablo 4.14.** Katılımcıların çalıştıkları ortamın fiziki şartlarından memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Fiziki şartlardan memnuniyet</b>	Memnun değil	24	11,3	18	8,7	49	25,1	111	54,9	202	100,0
	Memnun	39	13,6	21	7,0	45	15,3	186	64,1	291	100,0
	Çok memnun	1	4,1	3	12,5	3	12,5	17	70,9	24	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=13,26$ ,  $sd=6$ ,  $p=0,039$

#### 4.2.15. Katılımcıların personel sayılarını yeterli bulmaları ve maaşlarından memnuniyetlerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

**Tablo 4.15.** Katılımcıların personel sayılarını yeterli bulmalarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Personel sayısı yeterliliği	Evet	33	11,6	23	8,4	32	11,6	192	68,4	280	100,0
	Hayır	31	13,0	19	7,8	65	27,8	122	51,3	237	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=23,53$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,000$

Katılımcıların personel sayılarını yeterli bulmalarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında bakıldığında; personel sayılarını yeterli bulanların %11,6'sında (32), bulmayanların %27,8'inde (65) KYS olduğu saptanmıştır ( $p=0,000$ ).

Katılımcıların maaşlarından memnun olmalarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,126$ ).

#### 4.2.16. Katılımcıların sosyal hayatlarını ve sosyal çevrelerindeki arkadaş ilişkilerini nasıl değerlendirdiklerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması

Katılımcıların sosyal hayatlarını değerlendirmelerine göre yorgunluk durumlarına bakıldığında sosyal hayatını kötü olarak değerlendirenlerin %36,6'sında (46), normal olarak değerlendirenlerin %15,1'inde (42), iyi olarak değerlendirenlerin %8,2'sinde (9) KYS olduğu saptanmıştır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.16.** Katılımcıların sosyal hayatlarını nasıl değerlendirdiklerine göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Sosyal hayat</b>	Kötü	18	13,8	12	8,9	46	36,6	54	40,7	130	100,0
	Normal	39	14,0	22	8,1	42	15,1	174	62,9	277	100,0
	İyi	7	6,4	8	7,3	9	8,2	86	78,2	110	100,0
	Toplam	64	12,2	42	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=23,53$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,000$

Katılımcıların sosyal çevreleri ile ilişkilerini değerlendirmelerine göre yorgunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,242$ ).

#### 4.2.17. Katılımcıların yorgunluk durumlarının Beck depresyon puan gruplarına göre karşılaştırılması

Katılımcıların Beck depresyon puan sınıflarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; kesim değerinin altında puan alanların %15,9'unda (72), kesim değerinin üstünde puan alanların %44,4'ünde (25) KYS olduğu saptanmıştır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.17.** Katılımcıların Beck depresyon puan gruplarına göre yorgunluk durumlarının karşılaştırılması, Konya-2014

Yorgunluk durumu		UY		IKY		KYS		YY		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Beck Puan</b>	<17	56	12,1	34	7,5	72	15,9	295	64,5	457	100,0
	≥17	8	13,0	8	13,0	25	44,4	19	29,6	60	100,0
	Toplam	64	12,2	41	8,1	97	18,9	314	60,8	517	100,0

$X^2=32,35$ ,  $sd=3$ ,  $p=0,000$

## 5. TARTIŞMA

Yorgunluk toplumda yaygın olarak görülse de yorgunluk semptomları gösteren çoğu hasta KYS kriterlerini taşımamaktadır. Price ve ark. (1992) kendi örneklem gruplarında "İki hafta veya daha uzun süre boyunca sürekli olarak yorgunluk hissettiğiniz bir dönem oldu mu?" sorusuna %23.7 oranında olumlu yanıt almışlardır. Yanıt verenlerin %13.3'ü kendi günlük aktivitelerinde belirgin bir azalma yaşadıklarını vurgulamışlardır ve sadece %4.4'ü hem yorgunluk, hem de günlük aktivitelerinde düşüşü tanımlamışlardır.

Bizim çalışmamızda katılımcıların %39,2'sinde yorgunluk bulunmaktadır. Bunlardan yalnız %18,9'unda KYS'nin tüm kriterleri bulunmakta olup, Kronik yorgunluğu bulunan ancak diğer kriterleri karşılamayan IKY olgu yüzdesi ise %8,1'dir. %12,2 olguda ise uzamış yorgunluk UY saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarında KYS prevalansı üzerindeki çalışmalar yetersiz sayıdadır. Jason ve ark. nın DePaul Üniversitesinde (Chicago ABD) iki ayrı çalışmasında, hemşire grubunda KYS prevalansı değerlendirilmiştir. Bunlardan birincisi olan 1993 yılında yapılan bu çalışmada; hemşirelerde KYS ilişkili semptomların prevalansı, demografik özellikler değerlendirilmiştir. Bu semptom kompleksini tanımlamak için hem dar hem de daha geniş kriterler kullanıldığında hemşirelerde bu hastalık için daha önceki epidemiyolojik çalışmalarda bulunandan daha yüksek oranlar bulunmuştur (Jason 1993). 1998 yılında yapılan ikinci çalışmada, Amerika'da iki hemşire grubu değerlendirilmiştir. KYS prevalansı her 100.000 kişide 1,088 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin, olasılıkla iş yaşamında virüslere maruz kalmak gibi mesleki stresörler, biyolojik ritmi etkileyen stresli iş nöbetleri veya kazalar gibi iş yaşamındaki diğer olası stresörler nedeniyle KYS için yüksek riskli grup olabileceğini göstermektedir (Jason 1998). Bates'in (1993) yaptığı çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri ve pratisyen hekimlikte KYS prevalansı %0.006-3 arasında değişmektedir. Bizim çalışmamızda birinci basamak sağlık çalışanlarında KYS prevalansı %12,4 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda mesleklere özel KYS prevalansının; hekimlerde %10,07, hekim dışı sağlık personelinde ise %13,7 olduğu görülmüştür. Prevalans çalışmalarının benzer olmayan sonuçlarının nedeni tanımlanan kriterlerin farklı olması kaynaklı olabilir.

KYS'nin kadınları erkeklerden daha fazla etkilediği rapor edilmiştir. (Farmer 1999). Bizim çalışmamızda da, erkeklerden daha fazla olarak kadınların %23,1'inde (78) KYS olduğu görülmüştür (p=0,000).

Sayın ve ark.'nın (2012) asistan hekimler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların ortalama yaşı  $29.9 \pm 3.9$  yıl iken yorgunluk grupları arasında yaş ortalaması açısından anlamlı fark bulunmuyordu. Bizim çalışmamızda yaş gruplarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; 29 ve altı yaş grubunun %21,0'ünde KYS saptanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,004$ ).

Sayın ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada yorgunluk grupları arasında BMI ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmuyordu. Bizim çalışmamızda da BMI sınıflamasına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,248$ ).

Hemşirelerin, hastayla daha fazla zaman geçiren ve bakımlarını doğrudan yerine getiren kişi olmaları nedeniyle sağlık riskleri ile karşılaşma olasılıkları diğer sağlık personelinin daha yüksektir (Parlar 2008). Bizim çalışmamızda da; hekimlerin %16,8'inde (27), hekim dışı sağlık personelinin % 19,3'ünde (70) KYS saptanmıştır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,009$ ).

Eğitim düzeyi yaşam kalitesinde önemli bir belirleyicidir (Meeks ve ark 2001). Çalışmamızda katılımcıların öğrenim durumlarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir (hekimlerde  $p=0,202$ , hekim dışı sağlık personelinde  $p=0,740$ ).

Kofodimos'a göre (1993), bireyin dengeli bir yaşam sürdürmesinde en önemli etken, iş ve aile dengesinin sağlanabilmiş olmasıdır. Çünkü iki yaşam alanı arasındaki dengesizlik, stresi tetikleyerek, iş ve aile çatışması yaratmakta; bu durum, iş ve aile yaşam kalitesi ile bireysel refahı olumsuz yönde etkilemektedir (Çarıkçı ve ark 2009). Bu çerçevede çalışmamızda medeni durumun ve eşlerin çalışma durumunun yorgunluk durumuna etkisinin olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Katılımcıların çocuk sahibi olmalarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; çocuk sahibi olmayanlarda daha az oranda KYS saptanmıştır ( $p=0,013$ ).

İş, insanların yaşantısında onlara bir yer kazandıran, onları tatmin eden ve toplum içinde kaynaşmayı sağlayan önemli bir sosyal etmen olduğu gibi (Erkan, 2001) fiziksel, kimyasal, psikolojik, sosyal ve ekonomik pek çok nitelikleri ile de insan sağlığını etkiler (Akbulut, 2001). Katılımcıların bazı mesleki özellikleri ile yorgunluk durumları arasında ilişki olup olmadığına baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Baktığımız özellikleri; meslekte ve Konya'da görev süresi, kurumda çalışma durumu, çalışma birimi ve çalışılan ilçe oluşturmuştur.



Düzenli yapılan bedensel egzersizlerin, sağlık için önemi her geçen gün daha da belirginleşmektedir (Akgün 1989). Sayın ve ark.'nın (2012) bulduklarının aksine çalışmamızda katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumlarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; düzenli egzersiz yapmayanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır ( $p=0,000$ ).

Sigara içen kişiler, içmeyenlerden daha çabuk yorulurlar (Soyuer ve ark 2011). Çalışmamızda Sayın ve ark.'nın (2012) çalışmasından farklı olarak yorgunluk grupları arasında sigara alışkanlıkları açısından fark saptanmamıştır.

Alkol tüketimi ve etkileyen faktörlere ilişkin farklı pek çok çalışma vardır. Örneğin, Finlandiya'da Juntunen (1988) tarafından 3496 hekim arasında yapılan bir çalışmada alkol tüketiminin iş koşulları ve strese bağlı olarak arttığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda, Sayın ve ark.'nın (2012) bulunduğu gibi, alkol alımı ile yorgunluk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Birinci basamak sağlık çalışanları genellikle günde 8 saat çalışan ve gece uyku düzenlerini bozan nöbeti tutmayan çalışanlardır. Çalışmamızda Sayın ve ark.'nın (2012). da saptadığı gibi yorgunluk grupları arasında uyku süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Bizim çalışmamızda, Sayın ve ark.'nın da saptadığı gibi sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirenlerin yarıdan fazlasında KYS saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu durum bize; sağlık çalışanlarının iş ortamında yoğun çalıştıkları için aşırı yoruldukları ve sağlık durumlarının bu yoğun tempo sonrası bozulduğunu düşündürür.

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak sadece çalışanın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesini yükseltilmesi ile sınırlı kalmayıp, aynı zamanda çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını da sağlamaktadır (DSÖ 2001). Sağlıklı ve güvenli iş ortamı ve güvenli istihdam özellikle sağlık çalışanları arasında çok önemlidir (Mollaoğlu 2010). Bu doğrultuda katılımcıların iş kazası geçirmeleri ve iş kazası kaygısı duymaları ile yorgunluk durumları arasındaki farka baktığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Sağlık çalışanları iş kazası olarak sayılan şiddetle çalışma ortamlarında çok sık karşılaşmaktadırlar. İngiltere'de yapılan bir araştırmada, fiziksel ve fiziksel olmayan şiddet üzerinde çalışılmış on iki aylık izleme periyodunda sağlık çalışanlarının %72.8'i fiziksel olmayan şiddete, %21.3'ünde fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir (Lanza ve ark 2006). Çalışmamızda katılımcıların şiddete maruz kalmaları ile yorgunluk durumları ara-

sındaki farka baktığımızda; şiddete maruz kalanlarda ve şiddet kaygısı duyanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır (p=0,000).

Demirbaş'ın (2006) üç farklı hastanede yapmış olduğu çalışmada; sağlık çalışanlarının sık sık mesleğin ve çalışma koşullarının güçlüklerinden yakındıkları, mesleği çok stresli buldukları belirtilmektedir. Kişi için işin taşıdığı ekonomik önemin yanı sıra sosyal ve duygusal önem de dikkatle üzerinde durulması gereken bir konudur. Çalışmamızda mesleklerinden memnun olmayanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır (p=0,000).

Yeterlik, iş görenin kendinden beklenen rolleri beklenen nicelik ve nitelikte gerçekleştirilmesi; bir davranışı yapmak için gerekli bilgi ve beceriyi kazanmış olmak (Üstüner ve ark 2009) şeklinde tanımlanmaktadır. Mesleki yeterlilik algısı ise, bireyin yapmakta olduğu işte kendini yeterli görüp görmemesi durumu olup, işindeki belli görevleri yerine getirebilmek için kendi bilgi, beceri ve yeteneklerine olan inancıdır (Mersin ve ark,2007). Literatürde KYS olgularının meslekleki yeterlilik algılarına yönelik bir sonuç bulamamıza rağmen çalışmamızda katılımcıların kendilerini mesleki anlamda yeterli bulmaları ile yorgunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,509).

Sağlık hizmetlerinde multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Sağlık profesyonelleri hizmeti, bireyin bütünlüğünü bozmadan birlik ve beraberlik içinde sunmalıdır (Coşkun 1996). Çalışanlar, yaptıkları işten sadece para veya somut başarı beklememektedirler. Günlük yaşantısının yarısından fazlasını iş yerinde çalışarak geçiren kişi, uyumlu iş arkadaşlarıyla birlikte sosyalleşme içerisindedir (Erdoğan 1996). Çalışmamızda katılımcıların çalışma arkadaşlarından memnun olmaları ile yorgunluk durumları arasındaki ilişkiye baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,383).

Mobbing'in mağdur üzerindeki psikolojik sonuçları; uykusuzluk, iştahsızlık depresyon, post travmatik stres bozukluğu, panik atak, dikkat dağınıklığı, mide şikayetleri, işe karşı isteksizlik, iş doyumsuzluğu, işten ayrılmak isteme, iş kazaları, yeme isteğinde artma veya azalma, kilo alma/verme, kendini yorgun ve stresli hissetme, intihara yönelme, meslekten soğuma vb görüldüğü tespit edilmiştir (Yurdakul 2011). Çalışmamızda katılımcıların mobbinge maruz kaldıklarını düşünmelerine göre yorgunluk durumlarına bakıldığında mobbinge maruz kaldığını düşünmeyenlerde daha fazla oranda KYS saptanmıştır (p=0,000).

Sağlık kuruluşlarının binaları, binaların teknik altyapıları (ısıtma, havalandırma, aydınlatma, su, kanalizasyon tesisatları); hizmet üretiminde kullanılan teknolojiler, teknik-

ler, makineler, aygıtlar, el aletleri, maddeler, hizmet üretimi sırasında gerçekleştirilen işlemler, bu işlemlerde ortaya çıkan atıklar ve bu öğeler arasındaki ilişkiler sağlık sektöründe çalışma ortamını oluşturur (Önder 2011). Sağlıksız çalışma ortamında çalışanların kendilerini yorgun hissetmeleri olasıdır. Çalışmamızda katılımcıların çalıştıkları ortamın fiziki şartlarından memnun olmalarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında; memnun olanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır ( $p=0,039$ ).

Sağlık hizmetindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı da çalışanlarda düş kırıklığı ve gerginlik yaratmaktadır. İşe bağlı gerginlik ve tükenme, kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal, baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşundan günümüze kadar geçen sürede, her derecedeki sağlık çalışanlarının sayısında zamanın gereklerine göre artışlar olmuştur. Bugün için, ülke genelinde hem nitelik hem de nicelik açısından sağlık personeli sorunu yaşandığı bir gerçektir. Bazı bölgelerde yığılma olmasına rağmen, bazı bölgelerde yeterli eleman bulunamamaktadır (Öztürk 2011). Çalışmamızda katılımcıların personel sayılarını yeterli bulmalarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığımızda; yeterli bulmayanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

Çalışanlar açısından maaş ve ücret, her şeyden önce satınalma gücünü ve yaşam standardını etkileyerek hayatın idamesinin sağlanması anlamında büyük önem taşımaktadır (Aydoğdu 2005). Çalışmamızda katılımcıların maaşlarından memnun olmalarına göre yorgunluk durumlarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,126$ ).

Katılımcıların sosyal hayatlarını ve sosyal çevreleri ile ilişkilerini değerlendirmelerine göre yorgunluk durumuna bakıldığında; sosyal hayatını kötü olarak değerlendirenlerde daha fazla oranda KYS saptanırken ( $p=0,000$ ), sosyal çevre ile ilişkilerine göre yorgunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p=0,242$ ). Bu sonuç genel olarak KYS grubundaki çalışanlarda sosyal hayatın yetersizliğini göstermektedir. Bunun da bir stres kaynağı olduğu düşünülmektedir.

Katon (1991) ile Bombardier ve ark. (1995), KYS hastalarının 2/3'ünün yaşamlarının bir döneminde depresyon yaşadığını bildirmişlerdir. KYS oluşumunda depresyonun primer suçlu olduğunu öne sürenler olduğu gibi KYS'nin, depresyonun atipik varyantı olduğunu iddia edenler de vardır (Abbey 1991). Çalışmamızda Beck depresyon puanı 17 ve üzerinde olanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır ( $p=0.000$ ).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Konya merkez birinci basamak sağlık çalışanlarında kronik yorgunluk sıklığını belirlemek ve KYS oluşumunda olası etkili faktörleri değerlendirmek amacıyla planlanan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

1) Konya il merkezinde birinci basamak sağlık çalışanlarında KYS prevalansının literatürde bulunmuş değerlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulduğumuz prevalans değeri Konya' da konu ile ilgili ilk saptanan değerdir.

2) Çalışmamızda KYS oluşumunda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturan ve KYS oluşumunda etken olduğunu düşündüğümüz değişkenler ( $p < 0,05$ ) aşağıda sıralanmıştır.

- Kadınlarda ve hekim dışı sağlık personelinde KYS prevalansının daha yüksek olduğu görülmüştür.

- 29 ve altı yaş grubunda daha yüksek oranda KYS saptanmıştır.

- Düzenli egzersiz yapmayanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

- Çocuk sahibi olmayanlarda daha az oranda KYS saptanmıştır.

- Sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirenlerde daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

- Görev başında iken şiddete maruz kalanlarda ve şiddet kaygısı duyanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

- Mesleklerinden memnun olmayanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

- Mobbinge maruz kaldığını düşünmeyenlerde daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

- Çalıştıkları ortamın fiziki şartlarından memnun olmayanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

- Personel sayılarını yeterli bulmayanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

- Sosyal hayatını kötü olarak değerlendirenlerde daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

- Beck depresyon puanı 17 ve üzerinde olanlarda daha fazla oranda KYS saptanmıştır.

3) Çalışmamızda; BMI sınıflamasına, öğrenim durumuna, medeni durum ve eşlerin çalışma durumuna, meslekte ve Konya' da görev süresine , kurumda çalışma durumuna, çalışma birimi ve çalışılan ilçeye, sigara içme ve alkol alımına, uyku süresine, iş kazası geçirme ve iş kazası kaygısı duymaya, kendilerini mesleki anlamda yeterli bulmaya, çalışma arkadaşlarından ve maaşlarından memnun olmaya, sosyal çevre ile ilişkilerine göre yorgunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Bu sonuçlara dayanarak aşağıdaki önerilerde bulunulabilir

1) Çalışmamızda yüksek olarak saptanan KYS prevalansının düşürülmesi amacıyla özellikle KYS'nin daha fazla oranda görüldüğü gruplar öncelikli olmak üzere primer, sekonder ve tersiyer korumaya yönelik gerekli tedbirler sağlık çalışanlarının sağlığından sorumlu kurumlar tarafından alınmalıdır.

2) Gerekli tedbirlerin alınabilmesi için KYS'nin bilinmezlerinin saptanması amacıyla hastalığın etyoloji ve tedavisine yönelik daha fazla bilimsel çalışmanın yürütülmesi gerekmektedir.

3) Ülkemizde çalışanların şiddete maruz kalmalarını önleyici yasal düzenlemelerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır ki bu durumun KYS prevalansı üzerinde de etkili olduğu çalışmamızda saptanmıştır.

4) Çalışanların KYS konusunda bilgilendirilmesinin ve düzenli egzersize teşvik etmek gibi sosyal hayata destek verici programların geliştirilmesinin KYS ile mücadele adına faydalı olması olasıdır.

5) Mesleklerinden ve çalışma ortamlarının fiziki şartlarından memnun olmayan çalışanların memnuniyetsizliklerini giderici tedbirlerin alınması KYS'nin yaygınlığının azalmasına yönelik faydalı olacaktır. Öncelikli olarak çalışma ortamlarının fiziki şartlarında yeniliğe gidilmesi gerekmektedir.

6) Personel sayısı yeterli olmayan birimlerin personel sayılarının artırılmasının mevcut sağlık çalışanlarının yorgunluk düzeylerinde azalma oluşturmaları olasıdır.

## 7. KAYNAKLAR

- Abbey SE, Garfinkel PE. Chronic fatigue syndrome and depression: cause, effect, or covariate. *Reviews of Infectious Diseases*. 1991; 13(suppl.1); S73-83
- Ablashi DV. Viral studies of chronic fatigue syndrome. *Clin Infect Dis* 1994;18 Suppl 1:S130-3.
- Afari N, Buchwald D. Chronic fatigue syndrome: a review. *Am J Psychiatry*2003;160:221-36.
- Akbulut T., İşçi Sağlığına Giriş, (İşyeri Hekimliği Ders Notları içinde, Editör: Akbulut T.), 6. Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayını, No:011/01, 45, Ankara, 2001.
- Akgün, N., (1989). Egzersiz Fizyolojisi, 3. Baskı, I. Cilt, Ankara.
- Aydoğdu F. TC. Maliye Bakanlığı Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu Ankara Nisan 2005
- Bates D, Schmitt W, Buchwald D, et al. Prevalence of fatigue syndrome in a primary care practice. *Arch Intern Med* 1993; 153: 2759-65.
- Bell DS. *The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome: Understanding, Treating and Living with CFIDS*. US: Da Capo Press (a member of the Perseus Books Group); 1995.
- Berker E. Myofasyal ağrı sendromu ve tedavisi. *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi*. 1997;8(2):121-124.
- Bombardier CH, Buchwald D. Outcome and prognosis in patients with chronic fatigue and chronic fatigue syndrome. *Arch Int Med* 1995; 155: 2105-2110.
- Bombardier CH, Buchwald D. Chronic fatigue, chronic fatigue syndrome, and fibromyalgia. *Med Care* 1996; 34: 924-30.
- Bozdemir N, Kara İH Birinci Basamak Hekiminin Tanı ve Tedavi Kitabı., , ed. Adana: Nobel Kitabevi, 2010
- Buchwald D, Garrity D. Comparison of patients with chronic fatigue syndrome, fibromyalgia and multiple chemical sensitivities. *Arch Intern Med* 1994; 154:2049-2053.
- Buchwald D, Pascualy R, Bombardier C, Kith P. Sleep disorders in patients with chronic fatigue. *Clin Infect Dis* 1994;18 Suppl 1:S68-72.

- Carruthers BM. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 2003;11:7-115.
- Cassem EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am* 1990;13:597-612.
- Ceylan C. Hastanede çalışan hemşirelerin bidirimlerine dayalı iş kazalarının incelenmesi (yüksek lisans tezi). İzmir : Dokuz Eylül Üniversitesi; 2009. 3 p.
- Clapp LL, Richardson MT, Smith JF et al. Acute effects of thirty minutes of lightintensity intermittent exercise on patients with chronic fatigue syndrome. *Phys Ther* 1999;79:749-56.
- Cleare AJ. The neuroendocrinology of chronic fatigue syndrome. *Endocr Rev* 2003;24:236-52.
- Cleare AJ. The HPA axis and the genesis of chronic fatigue syndrome. *Trends Endocrinol Metab* 2004;15:55-9.
- Coşkun A. Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi. İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul. *Perinatoloji Dergisi* Cilt: 4, Sayı: 3/Eylül 1996 • 181-184
- Cox IM, Campbell MJ, Dowson D. Red blood cell magnesium and chronic fatigue syndrome. *Lancet* 1991;337:757-760.
- Çarıkcı, İ., Celikkol, O. (2009). Is-Aile Çatışmasının Örgütsel Bağlılık ve İsten Ayrılma Niyetine Etkisi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı, 9.
- Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyojisi. *Depresyon Monografları Serisi* 3. 1993. p.109-122
- Decker MJ, Tabassum H, Lin JM, Reeves WC. Electroencephalographic correlates of Chronic Fatigue Syndrome. *Behav Brain Funct* 2009;5:43.
- Demitrack MA, Dale JK, Straus SE, et al. Evidence for impaired activation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with chronic fatigue syndrome. *J ClinEndocrinol Metab* 1991;73:1224-34.

- Erdoğan İ. İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış, (1996) İstanbul, Beta Yayınları
- Erkan N., Ergonomi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, No: 373, 6.Baskı, 264-280, Mert Matbaası, Ankara, 2001.
- Farmer A, Scourfield J, Martin N, et al. Is disabling fatigue in childhood influenced by genes? *Psychol Med* 1999; 29: 259-68.
- Farrar DJ, Locke SE, Kantrowitz FG. Chronic fatigue syndrome, etiology and pathogenesis. *Behav Med* 1995; 21: 5-16.
- Fischler B, Cluydts R, DeGucht, et al. Generalized anxiety disorder in chronic fatigue syndrome. *Acta Psychiatry Scand* 1997; 95: 405-13.
- Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9. Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9.
- Fulcher KY, White PD. Strength and physiological response to exercise in patients with chronic fatigue syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;69:302-7.
- Griffith JP, Zarrouf FA. A Systematic Review of Chronic Fatigue Syndrome: Don't Assume It's Depression. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008;10:120-8.
- Goldenberg DL. Fibromyalgia. In Klippel JH, Dieppe PA, editors. *Rheumatology*. London Mosby, 1994;5: 16. 1-12.
- Hickie I, Lloyd A, Wakefield D, Parker G. The psychiatric status of patients with the chronic fatigue syndrome. *Br J Psychiatry* 1990;156:534-40.
- Holmes GP, Kaplan JE, Gantz NM, , et al. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med* 1988;108:387-9.
- Holmes GP. The chronic fatigue syndrome. In: Schlossberg D (ed): *Infectious Mononucleosis*. 2nd ed. New York: Springer-Verlag, pp 172-93, 1989.
- İzgi H, Sofuoğlu S, Asdemir A. Kronik Yorgunluk İmmün Disfonksiyon Sendromu: Nöroendokrin Değişiklikler. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2006;16:133-46.



- Jackson JL, O'Malley PG, Kroenke K. Antidepressants and cognitive-behavioral therapy for symptom syndromes. *CNS Spectr* 2006;11:212-22
- Jason LA, Taylor SL, Johnson S et al. Prevalence of chronic fatigue syndrome-related symptoms among nurses. *Eval health Prof.* 1993;16(4):385-99.
- Jason LA, Wagner L, Rosenthal S, et al. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *Am J Med* 1998;105(3A):91S-93S.
- Jason LA, Richman JA, Rademaker AW, et al. A community based study of chronic fatigue syndrome. *Arch Int Med* 1999; 159: 2129-37.
- Jason LA, Taylor RR, Kennedy CL, et al. Chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, and multiple chemical sensitivities in community-based sample of persons with chronic fatigue syndrome like symptoms. *Psychosom Med* 2000; 62: 655-63.
- Johnson SK, DeLuca J, Natelson BH. Depression in fatiguing illness: comparing patients with chronic fatigue syndrome, multiple sclerosis and depression. *J Affect Disord* 1996;39:21-30.
- Jordan KM, Landis DA, Downey MC, et al. Chronic fatigue syndrome in children adolescent: A review. *J Adolesc Health* 1998; 22: 4-18.
- Joyce J, Hotopf M, Wessely S. The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. *QJM* 1997;90:223-33.
- Juntunen J, Asp S, Olkinuora M et al. Doctors' drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ.* 1988;297(6654):951-4.
- Katon WJ, Buchwald DS, Simon GE et al. Psychiatric illness in patients with chronic fatigue syndrome and those with rheumatoid arthritis. *Journal of General Internal Medicine.* 1991; 6: 277-285.
- Kayhan Ö. Ağrı serisi, Fibromiyalji. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1995
- Kılıç M, Çetinkaya F. Yozgat il merkezindeki sağlık çalışanlarında sağlık sorunları görülme durumu ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2011; 20, (3): 184-194.
- Kofodimos, J.R. (1993). *Balancing act.* San Francisco: Jossey-Bass.

- Komaroff AL, Fagioli LR, Geiger AM, et al. An examination of the working case definition of chronic fatigue syndrome. *Am J Med* 1996;100:56-64.
- Krilov LR, Fisher M, Friedman SB, Reitman D, Mandel FS. Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics* 1998;102:360-6.
- Krupp LB, Jandorf L, Coyle PK, Mendelson WB. Sleep disturbance in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 1993;37:325-31.
- Lane RJ, Barrett MC, Woodrow D et al. Muscle fibre characteristics and lactate responses to exercise in chronic fatigue syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;64:362-7.
- Lane TJ, Manu P, Matthews DA. Depression and somatization in the chronic fatigue syndrome. *Am J Med* 1991; 91: 335-44.
- Lanza M. et al.(2006) “ Non-Physical Violence” *AAOHN Journal* 54(9):367
- Lloyd AR, Wakefield D, Boughton C, Dwyer J. What is myalgic encephalomyelitis? (Letter) *Lancet* 1988;1:1286-7.
- Lloyd AR, Hickie I, Boughton CR, Spencer O, Wakefield D. Prevalence of chronic fatigue syndrome in an Australian population. *Med J Aust* 1990;153:522-8.
- Loblay R, Bertouch J, Darveniza P, Hickie I, Lloyd A, Rowe K, et al. Chronic fatigue syndrome. Clinical practice guidelines. *MJA* 2002;176:17-55.
- MacDonald KL, Osterholm MT, Le Dell KH, et al. A case-control study to assess possible triggers and cofactors in chronic fatigue syndrome. *Am J Med* 1996; 100: 548-
- MacHale SM, Cavanagh JT, Bennie J et al. Diurnal variation of adrenocortical activity in chronic fatigue syndrome. *Neuropsychobiology* 1998;38:213-7.
- Manu P, Matthews DA, Lane TJ. The mental health of patients with a chief complaint of chronic fatigue. *Arch Intern Med* 1988;148:2213-7.
- Manu P, Matthews DA, Lane TJ. Panic disorder among patients with chronic fatigue. *South Med J* 1991;84:451-6.
- Maquet D, Demoulin C, Crielaard JM. Chronic fatigue syndrome: a systematic review. *Ann Readapt Med Phys* 2006;49:337-47, 418-27.
- McCully KK, Natelson BH. Impaired oxygen delivery to muscle in chronic fatigue syndrome. *Clin Sci (Lond)* 1999;97:603-8; discussion 11-3.

- Mersin Y, Din Görevlilerinde Mesleki Doyum, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi SBE, Konya, 2007, s. 107
- Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5, (15): 17-30.
- Montague TJ, Marrie TJ, Klassen GA et al. Cardiac function at rest and with exercise in the chronic fatigue syndrome. Chest 1989;95:779-84. 194
- Myhill S, Booth NE, McLaren-Howard J. Chronic fatigue syndrome and mitochondrial dysfunction. Int J Clin Exp Med 2009;2:1-16.
- Neu D, Cappeliez B, Hoffmann G et al. High slow-wave sleep and low-light sleep: chronic fatigue syndrome is not likely to be a primary sleep disorder. J Clin Neurophysiol 2009;26:207-12.
- Önder ÖR, Ağırbaş İ, Yaşar GY, Aksoy A. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin geçirdikleri iş kazaları ve meslek hastalıkları yönünden değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2011; 10, (1): 31-44.
- Öztürk A (Eds.). T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı. 1. baskı. Ankara: Azim Matbaacılık; 2011: 125-135
- Price RK, North CS, Wessely S, Fraser VJ. Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome and associated symptoms in the community. Public Health Rep. 1992;107:514-22
- Prins JB, van der Meer JW, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. Lancet 2006;367:346-55.
- Ray C, Jefferies S, Weir WR. Coping and other predictors of outcome in chronic fatigue syndrome: 1-year follow-up. J Psychosom Res 1997;43:405-15
- Reid S, Chalder T, Cleare A, et al. Chronic fatigue syndrome. Br Med J 2000;320:292-296.
- Riley MS, O'Brien CJ, McCluskey DR et al. Aerobic work capacity in patients with chronic fatigue syndrome. BMJ 1990;301:953-6

- Sayın S, Kara İH, Baltacı D, Yılmaz A, TIP Fakültesinde Görev Yapan Araştırma Görevlilerinde Kronik Yorgunluk ve Depresyon Sıklığının İncelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi.2013;5(1):11-17
- Schonfeldt-Lecuona C, Connemann BJ, Wolf RC, Braun M, Freudenmann RW. Bupropion augmentation in the treatment of chronic fatigue syndrome with coexistent major depression episode.Pharmacopsychiatry 2006;39:152-4.
- Sharpe M, Hawton K, Simkin S, et al. Cognitive behaviour therapy for the chronic for the chronic fatigue syndrome: A randomised controlled trial. Br Med J 1996; 312:22-6.
- Sharpe M. Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: efficacy and implications. Am J Med 1998;105:104-9.
- Sharpe MC, Archard LC, Banatvala JE, et al. A report--chronic fatigue syndrome: guidelines for research. J R Soc Med 1991;84:118-21.
- Silverstein B. Gender differences of in the prevalence of clinical depression: the role playedby depression associated with somatic symptoms. Am J Psychiatry 1999;156:480-2.
- Silverstein B. Gender difference in the prevalence of somatic versus pure depression: a replication. Am J Psychiatry 2002;159:1051-2.
- Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. New Engl J Med 1999;341:1329-36.
- Sisto SA, LaManca J, Cordero DL, et al. Metabolic and cardiovascular effects of a progressive exercise test in patients with chronic fatigue syndrome. Am J Med 1996;100:634-40.
- Sofuoğlu S, İzgi H, Asdemir A. Kronik Yorgunluk İmmün Disfonksiyon Sendromu Nedir? Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology 1997
- Soyuer F, Ünalın D, Elmalı F.Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar SHMYO, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Kayseri,2011
- Suhadolnik RJ, Peterson DL, Reichenbach NL, et al. Clinical and Biochemical Characteristics Differentiating Chronic Fatigue Syndrome from Major Depression and Healthy Control Populations: Relation to Dysfunction in the RNase L Pathway.

- Journal of Chronic Fatigue Syndrome 2004;12:5-35.
- Taylor RR, Jason LA. Comparing the DIS with the SCID: Chronic fatigue syndrome and psychiatric comorbidity. *Psychology & Health* 1998;13:1087 - 104.
- Taylor RR, Jason LA, Richman JA, et al. Epidemiology. In Jason LA, Fennell PA, Taylor RR editors. *Handbook of Chronic Fatigue Syndrome*. New Jersey: John Wiley&Sons; 2003, p. 3-25.
- Taşçıoğlu İ. Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama düzeylerinin Saptanması. 2007, T.C. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 85 sayfa, Edirne, (Doç. Dr. Galip Ekuklu).
- Tiev KP, Cabane J, Imbert JC. Treatment of chronic postinfectious fatigue: randomized double-blind study of two doses of sulbutiamine (400-600 mg/day) versus placebo. *Rev Med Interne* 1999;20:912-8.
- Üstüner, M., Demirtaş H., Cömert M. ve Özer N. (2009). Ortaöğretim Öğretmenlerinin ÖzYeterlik Algıları. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9, (17), 1-16
- Van Heck GL, De Vries J. Quality of life of patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 2002;10:17-35.
- Vargı S. İş Sağlığı ve Güvenliği, Toraks Derneği Kursu, Mayıs 2003
- Vercoulen JHMM, Swanink CMA, Zitman FG, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of fluoxetine in chronic fatigue syndrome. *Lancet* 1996; 347: 858-61.
- Vercoulen JH, Swanink CM, Galama JM, et al. The persistence of fatigue in chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis: development of a model. *J Psychosom Res* 1998;45:507-17.
- Wagenmakers AJ, Coakley JH, Edwards RH. The metabolic consequences of reduced , habitual activities in patients with muscle pain and disease. *Ergonomics* 1988;31:1519-27
- Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D. The prevalence and morbidity of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective primary care study. *Am JPublic Health* 1997;87:1449-55.

- Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, et al. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systemic review. JAMA 2001; 286: 1360-8
- Wilson A, Hickie I, Lloyd A, Wakefield D. The treatment of chronic fatigue syndrome: science and speculation. Am J Med 1994;96:544-50.
- Wood B, Wessely S, Papadopoulos A et al. Salivary cortisol profiles in chronic fatigue syndrome. Neuropsychobiology 1998;37:1-4.
- Yoshiuchi K, Cook DB, Ohashi K, et al. A real-time assessment of the effect of exercise in chronic fatigue syndrome. Physiol Behav 2007;92:963-8.
- Yunus MB. Research in Fibromyalgia and Myofascial Pain Syndromes: Current Status, Problems and Future Directions; Journal of Musculoskeletal Pain 1993, (1), 23-47.
- Yurdakul M, Türkleş S, Vefik Uluçay D, Çelik T, Şahin M, Özcan A.; Ebe ve Hemşirelerin İş Yerinde Karşılaştıkları Psikolojik Bezdirmeye Davranışları, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; (3)2011.

## 8. EKLER

### EK-1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KYS VE DEPRESYON FORMU

Sayın meslektaşım;

Birinci basamak sağlık çalışanlarında kronik yorgunluk sendromu ve depresyon sıklığını belirlemek ve bu sıklık düzeyinde olası etkenleri saptamak amacıyla anket çalışması yapılmaktadır. Anket formunda adınızı soyadınızı belirtmeyeceksiniz. Araştırmadan elde edilen kişisel veriler gizli tutulacak ve yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Ankete katılmayı kabul etmeniz halinde bazı sorulara cevap vermeniz suretiyle 10-15 dakikalık bir zaman ayırmanız gerekecektir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Ankete katılmayı kabul ediyorum.

- 1- Cinsiyetiniz                      1)Erkek                      2)Kadın
- 2- Yaşınız:.....
- 3- Boyunuz:.....
- 4- Kilonuz :.....
- 5- Medeni durumunuz : 1)Evli      2)Bekar      3)Boşanmış      4)Eş vefat etmiş
- 6-Öğrenim düzeyiniz: 1)Lise      2)Ön lisans (2 yıllık)      3)Üniversite  
4)yüksek lisans      5)Doktora      6)Uzmanlık
- 7- Mesleğiniz: 1) Uz.Aile Hekimi      2)Aile Hekimi      3)Hemşire  
4)Ebe                      5)Sağlık Memuru      6)Diğer.....
- 8- Herhangi bir tanı aldığınız hastalığınız var mı, varsa nedir belirtiniz.  
1)Yok      2)Var: .....
- 9- Sürekli kullanmak zorunda olduğunuz herhangi bir ilaç var mı, varsa nedir belirtiniz.  
1) Yok                      2) Var: .....
- 10- Meslekte çalışma süreniz: ..... yıl ..... ay
- 11- Konya da görev süreniz:.....yıl .....ay
- 12-Kurumda çalışma durumunuz: 1)Kadrolu                      2)Sözleşmeli

**13- Çalıştığınız birim**

- |                           |                              |
|---------------------------|------------------------------|
| 1) Halk Sağlığı Müdürlüğü | 5) AÇSAP                     |
| 2) İlçe Sağlık Müdürlüğü  | 6) Verem Savaş Dsp           |
| 3) TSM                    | 7) Halk Sağlığı Labaratuvarı |
| 4) ASM                    | 8) Talasemi merkezi          |

**14-Çalıştığınız birimin bağlı olduğu ilçe:** 1)Meram 2)Selçuklu 3)Karatay

**15-Eşiniz çalışıyor mu?** 1)Hayır 2)Evet

**16-Çocuğunuz var mı, varsa sayısını belirtiniz:** 1) Yok 2) Var: .....

**17-Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?** 1) Hayır 2) Evet

**18-Sigara kullanıyor musunuz?**

- 1)Hiç kullanmadım 2)Bıraktım(.....adet gün/.....yıl kullandım  
3)Kullanıyorum(....adet gün/....yıldır)

**19-Alkol kullanıyor musunuz?**

- 1)Hiç kullanmadım 2)Bıraktım  
3)Sosyal içiciyim 4)Düzenli olarak kullanıyorum

**20-Günde kaç saat uyuyorsunuz?**

- 1) 6 saatten az 2) 6 saat-8 saat 3) 8 saat ve üzeri

**21-Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

- 1) Kötü 2) Normal 3) İyi

**22- Öncesinde görev başında iken iş kazası geçirdiniz mi, geçirdiniz ise nasıl bir kaza olduğunu belirtiniz.**

- 1) Hayır 2) Evet: .....

**23- Çalışırken iş kazasına maruz kalma korkusu yaşıyor musunuz?**

- 1) Hayır 2) Evet

**24- Öncesinde görev başında iken hasta ve hasta yakınlarının sözel ya da fiziki şiddetine maruz kaldınız mı?**

- 1)Hayır 2)Evet sözel şiddete maruz kaldım 3)Evet fiziki şiddete maruz kaldım

**25- Çalışırken hasta ve hasta yakınlarının sözel ya da fiziki şiddetine maruz kalma korkusu yaşıyor musunuz?**

- 1) Hayır 2) Evet



**26-Mesleğinizden memnun musunuz?**

1) Memnun değilim                      2) Memnunum                      3) Çok memnunum

**27- Mesleki bilgi ve becerilerinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?**

1)Hayır                                      2) Evet

**28- Çalışma arkadaşlarınızdan memnun musunuz?**

1) Memnun değilim                      2) Memnunum                      3) Çok memnunum

**29-Mobbinge (amir baskısına) maruz kaldığınızı düşünüyor musunuz?**

1)Hayır                                      2)Evet

**30-Çalıştığınız ortamın fiziki şartlarından memnun musunuz?**

1) Memnun değilim                      2) Memnunum                      3) Çok memnunum

**31-Personel sayınızı yeterli buluyor musunuz?** 1) Hayır                      2) Evet

**32- Aldığınız maaştan memnun musunuz?** 1) Hayır                      2) Evet

**33-Sosyal hayatınızı nasıl olduğunu düşünüyorsunuz?**

1) Kötü                                      2) Normal                                      3) İyi

**34-Sosyal çevrenizde arkadaşlık ilişkilerinizin nasıl olduğunu düşünüyorsunuz?**

1) Kötü                                      2) Normal                                      3) İyi

**35- Egzersiz ile ilişkili olmayan, dinlenme ile geçmeyen yorgunluk şikayetiniz mevcut mu? Mevcut ise ne kadar süredir kendinizi yorgun hissediyorsunuz.**

1)Hayır      2) 1 aydan az                      3)1-6 ay arası                      4) 6 aydan uzun

**Not: 35. soruya havır yanıtını vermiş iseniz 36- 45 numaralı soruları lütfen geçiniz.**

**36-Yorgunluk şikayetinizle birlikte günlük aktivitelerinizde azalma oldu mu?**

1) Hayır                                      2) Evet

**37-Yorgunluk şikayetinizle birlikte bireysel, sosyal, mesleki ve eğitimsel faaliyetlerinizde azalma oldu mu, evet ise sayılan hangi alan-alanlarda faaliyet azalmanız mevcut belirtiniz.**

1) Hayır                                      2) Evet .....

**38-Yorgunluk şikayetinizle birlikte hafıza ve konsantrasyon kaybı yaşıyor musunuz?**

1) Hayır                                      2) Evet

**39- Yorgunluk şikayetinizle birlikte boğaz ağrınız var mı?**

1) Hayır                                      2) Evet

**40- Yorgunluk şikayetinizle birlikte hassas lenf nodlarınız mevcut mu?**

1) Hayır 2) Evet

**41- Yorgunluk şikayetinizle birlikte kaslarınızda katılık, ağrı hissediyor musunuz?**

1) Hayır 2) Evet

**42- Yorgunluk şikayetinizle birlikte bir çok eklemde ağrı hissediyor musunuz?**

1) Hayır 2) Evet

**43- Yorgunluk şikayetinizle birlikte yeni başlayan baş ağrısı oldu mu?**

1) Hayır 2) Evet

**44- Yorgunluk şikayetinizle birlikte uykunuzun rahatlatmadığını söyleyebilir misiniz?**

1) Hayır 2) Evet

**45- Yorgunluk şikayetinizle birlikte egzersiz sonrası ağrı hissediyor musunuz?**

1) Hayır 2)Evet

## BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

### 1

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

### 2

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

### 3

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

### 4

- (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum.

**5**

- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**6**

- (0) Kendimden memnunum.
- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

**7**

- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

**8**

- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

**9**

- (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**10**

- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

**11**

- (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

**12**

- (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

**13**

- (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

**14**

- (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

**15**

- (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

**16**

- (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

**17**

- (0) İştahım her zamanki gibi.
- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

**18**

- (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdi

**19**

- (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
- (1) Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

**20**

- (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
- (1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
- (2) Cinsel isteğim çok azaldı.
- (3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

**21**

- (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
- (1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
- (3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor

***Katılımınız için teşekkürler...***

## EK-2 N.E.Ü M.T.F. ETİK KURUL KARARI



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 14567952-050/  
Konu :

N.E.Ü. MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI	
GİDEN EVRAK	
Tarih / No	30.09.2013 / 6701
Eki / G. No	/
Gönderilen Birim	YRD.DOÇ.DR.MEHMET UYAR

Sayın  
Yrd. Doç. Dr. Mehmet UYAR  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi:17.09.2013 tarihli dilekçeniz;  
"Konya ilinde birinci basamak sağlık çalışanlarında kronik yorgunluk sendromu ve depresyon sıklığının bazı olası faktörlerle ilişkisi" başlıklı uzmanlık tez çalışması hakkında Fakültemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 20 Eylül 2013 tarihinde aldığı 2013/483 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir.  
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı

Eki: 1

Adres:Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 -Meram KONYA  
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81

Bilgi İçin : Personel Şubesi Tel : (0332) 2236504

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

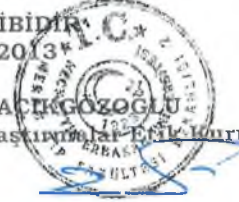
Toplantı Sayısı:28

Toplantı Tarihi: 20.09.2013

**Karar Sayısı:2013/483;**Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Mehmet UYAR' ın "Konya ilinde birinci basamak sağlık çalışanlarında kronik yorgunluk sendromu ve depresyon sıklığının bazı olası faktörlerle ilişkisi" başlıklı uzmanlık tez çalışması ile ilgili 17.09.2013 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, uzmanlık tez çalışmasının Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Mehmet UYAR' ın sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR  
20.09.2013

Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZÜĞLÜ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı





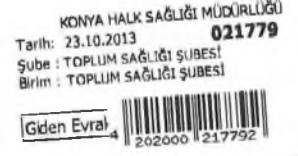
## EK-3 KONYA VALİLİĞİ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 86104336-770  
Konu : Dr. Çiğdem Savaş Dumanın Araştırma İzni

T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü



VALİLİK MAKAMINA

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Çiğdem SAVAŞ DUMAN " Konya İlinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Kronik Yorgunluk Sendromu ve Depresyon Sıklığının Bazı Olası Faktörlerle İlişkisi " konulu tez çalışmasını Kasım 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında Müdürlüğümüze bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapmak istemektedir. Araştırmanın yapılabilmesi hususunda;

Olurlarınıza arz ederim.

Uzm. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR  
Halk Sağlığı Müdürü

OLUR  
23.10.2013  
Mehmet UNAL  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

## EK-4 KONYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 86104336-770  
Konu : Araştırma Anket Formu

T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
Halk Sağlığı Müdürlüğü

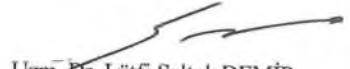
KONYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ  
Tarih: 12.11.2013 **023077**  
Şube : TOPLUM SAĞLIĞI ŞUBESİ  
Birim : TOPLUM SAĞLIĞI ŞUBESİ

Giden Evrak  202000 230777

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

Çiğdem SAVAŞ DUMAN'ın " Konya İlinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Kronik Yorgunluk Sendromu ve Depresyon Sıklığının Bazı Olası Faktörlerle İlişkisi" konulu araştırmayı yapabilmesi hususunda alınan 23.10.2013 tarih ve 21779 sayılı Valilik Oluru ekte gönderilmiştir. Çalışmada anket formu kullanılacak olup, birinci basamak sağlık çalışanlarına e-posta yoluyla hazırlanan anket formu gönderilecektir. Araştırmaya gerekli desteğin verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Uzm. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR  
Halk Sağlığı Müdürü

Ek:  
1) Valilik Oluru

Dağıtım:  
31 TSM

Beyazıt Mah. Karamanoğlu Mehmet Bey Sok. No:7 Selçuklu/KONYA Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi Telefon:( 0332 )3207172 Fax:(0332)3205655 e-posta: konya.hsmtsagligi@saglik.gov.tr; HATİCE AYŞARKEŞ  
T.No:10624