



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**RADYOTERAPİ TEKNİKERLERİNİN MESLEKİ BİLGİ SEVİYESİ VE
ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

SEMA ARITÜRK

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ozan TEKİN
Yrd. Doç. Dr. Nuran AKYURT (2. Danışman)

İstanbul - 2017

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

RADYOTERAPİ TEKNİKERLERİNİN MESLEKİ BİLGİ SEVİYESİ
VE ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE DEPRESYON ARASINDAKİ
İLİŞKİ

Sema ARITÜRK
154102084

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN : Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ozan TEKİN
2. DANIŞMAN : Yrd. Doç. DR. Nuran AKYURT

İstanbul – 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 154102084
Öğrenci Adı Soyadı	: Sema ARITÜRK
Anabilim Dalı	: Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ozan TEKİN
Tezin Başlığı	: Radyoterapi Teknikerlerinin Mesleki Bilgi Seviyesi ve Çalışma Koşulları İle Depresyon Arasındaki İlişki

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 19.10.2017	Saati	: 10:30
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU			
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)			
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.	
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,			
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ozan TEKİN	
2. Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Nuran AKYURT	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Tuğba Arzu ÖZAL İLDENİZ	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Kaan YILANCIOĞLU	

Yemin Metni

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum
"Radyoterapi Teknikerlerinin Mesleki Bilgi Seviyesi ve Çalışma Koşulları ile
Depresyon Arasındaki İlişki" adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere
aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin
kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu
belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

19.10.2017

Sema ARITÜRK

İmza



ÖNSÖZ

T.C. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Bölümünde çalışma süresince tez danışmanlığımı üstlenerek eğitimim boyunca her türlü yardım ve fedakarlığı esirgemeyen bilgi, tecrübe ve güler yüzü ile çalışmama ışık tutan, her zaman örnek aldığım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ozan TEKİN' e ve Yrd. Doç. Dr. Nuran AKYURT' a saygı ve teşekkürlerimi borç bilirim.

Tüm eğitim hayatım boyunca, maddi manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her koşulda yanımda olan değerli aileme, biricik annem Sünbül Arıtürk, babam Salih Arıtürk' e sonsuz teşekkür ederim.

Sema ARITÜRK

İstanbul, 2017



(ARITÜRK, Sema, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017)

*RADYOTERAPİ TEKNİKERLERİNİN MESLEKİ BİLGİ SEVİYESİ VE ÇALIŞMA
KOŞULLARI İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ*

Özet: Bu çalışmanın amacı, radyoterapi teknikerlerinin mesleki bilgi düzeyi ile çalışma koşullarının depresyona etkisini incelemektir.

Araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde faaliyet gösteren 50 ve üstü yatak kapasitesine sahip hastaneler ile devlet ve vakıf olmak üzere Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Radyoterapi Programı bölümü son sınıf öğrencileri ile tanımlayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi. Bu çalışmada toplam 45 radyoterapi teknikerine ulaşılmıştır. Çalışmanın verilerinin toplanmasında; 21 sorudan oluşan depresyon düzeyini belirlemeye yönelik “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)”, 27 soru ve 5 alt alandan (bedensel, ruhsal, sosyal, çevre ve ulusal alan) oluşan yaşam kalite düzeyini belirlemeye yönelik “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)”, içsel ve dışsal iş doyumunu faktörlerini içeren, 1’den 5’e değişen 5’li likert tipi puanlamaya sahip 20 maddeden oluşan “Minnesota İş Doyumu Ölçeği” ve 2 bölüm toplam 45 sorudan oluşan radyoterapi teknikerlerin mesleki bilgi seviyesi ile demografik bilgi kısımlarını içeren “Radyoterapi Teknikeri Anket Formu” kullanılarak toplandı. Araştırmanın yürütülmesi için çalışmaya katılan bireylere araştırmanın amacı ile ilgili gerekli açıklama yapılmıştır.

Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 24.0 paket programı kullanılarak veri girişi ve analizleri yapılmıştır. Araştırmada basıklık ve çarpıklık değerleri, parametrik test teknikleri, korelasyon testi, regresyon testi, t testi ve ANOVA testi, Tukey ve Tamhane analizleri kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular, radyoterapi teknikerlerinin depresyon puanlarının düşük olması ile birlikte mesleki bilgi düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Dikkat çeken bir diğer nokta ise radyoterapi teknikerlerinin çalıştığı yerde idari görevi olan teknikerler ile idari görevi olmayan teknikerlerin bedensel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasıdır.

Sonuç olarak radyoterapi teknikerlerinde mesleki bilgi seviyesi arttıkça depresyon düzeyinin düştüğü ile çalıştıkları pozisyona göre gelecek kaygısı duyan teknikerlerle

gelecek kaygısı duymayan teknikerlerin bedensel alan ve ruhsal alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Radyoterapi, Radyoterapi Teknikeri, Mesleki Bilgi Gereksinimi, Çalışma Koşulları, Depresyon.



(ARITÜRK, Sema, Master Thesis, İstanbul, 2017)

*RELATIONSHIP BETWEEN RADIOTHERAPY TECHNIQUES AND VOCATIONAL
LEVEL AND WORKING CONDITIONS AND DEPRESSION*

Abstract: The aim of this study is to examine the professional knowledge level of radiotherapy technicians and the effect of working conditions on depression.

The sample of the study was carried out in the descriptive research type with the patients with 50 bed capacity or more and the Radiotherapy Program Department of Health Services Vocational School, including the state and the foundation, operating in İstanbul province. A total of 45 radiotherapy technicians were reached in this study. In the gathering of the employee's data; The "Beck Depression Scale (BDI)" to determine the level of depression consisting of 21 questions, the "World Health Organization Quality of Life Scale Short Form (BDI)" to determine the level of quality of life composed of 27 questions and 5 subdivisions (physical, psychological, social, WHOQOL-BREF), "Minnesota Job Satisfaction Scale" consisting of 20 items with 5 likert type scales ranging from 1 to 5, including internal and external job satisfaction factors, and radiotherapy technicians consisting of 45 questions in 2 sections with professional knowledge level was collected using the "Radiotherapy Technician Questionnaire" which contains demographic information parts. For the conduct of the research, necessary explanations have been made regarding the purpose of the research for the individuals participating in the study.

Data were entered and analyzed using SPSS 24.0 package program in computer environment. The values of kurtosis and skewness in the study were analyzed using parametric test techniques, correlation test, regression test, t test and ANOVA test, Tukey and Tamhane analyzes.

Findings show that radiotherapy technicians have low levels of professional knowledge with low depression scores. Another remarkable point is that there is a statistically significant difference between the physical field scores of the technicians who are the administrative duties of the radiotherapy technicians and the technicians who are not in the administrative duties.

As a result, as the level of professional knowledge in radiotherapy technicians increased, the level of depression decreased, indicating that there was a statistically significant difference between the technicians who heard the future anxiety according to their positions and the physical and mental field scores of the technicians who did not hear future anxiety.

Key Words: Hospital, Radiotherapy, Radiotherapy Technician, Professional Information Requirement, Working Conditions, Depression.



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
Yemin Metni	i
Önsöz	ii
Özet	iii
Abstract	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	1
BÖLÜM II	5
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hastanelerin tanımı	5
2.1.1. Hastanelerin Fonksiyonları	6
2.1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması	6
2.1.3. Hastanelerin Bölümleri	7
2.2. Radyoloji	7
2.2.1. Radyasyon	7
2.2.2. Tedavi Amaçlı Kullanılan İyonize Radyasyon Tipleri	8
2.2.3. Radyoterapi	8
2.2.4. Radyoterapi Alanının Çalışma Ekibi ve Görev Tanımları	9
2.2.5. Radyoterapinin Amaçları	10
2.2.6. Radyoterapinin Uygulama/Verme Yöntemleri	11
Şekil 2.1. Radyoaktif Kaynak Tedavisi	12

2.2.7. Radyoterapinin Uygulanma Aşamaları	12
2.3. Radyoterapi teknikeri	13
2.3.1. Radyoterapi Teknikerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	13
2.3.2. Radyoterapi Teknikerinin Mesleki Bilgi Gereksinimi	15
2.3.2.1. Çekirdek Yeterlilikler.....	17
2.3.2.2. Radyoterapi Uygulamaları	18
2.3.2.3. Öğrenme ve Ölçme-Değerlendirme	22
2.4. Sağlık Çalışanları	23
2.4.1. İş Sağlığı ve Güvenliğine Dair Yapılan Düzenlemeler.....	24
2.4.2. Radyoloji Alanında Çalışanların Çalışma Şartlarını Düzenleyen Mevzuat ..	26
2.5. Depresyon	31
2.5.1. Depresyonun Tanımı.....	32
2.5.2. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma	33
2.5.3. Depresyonun Belirtileri.....	37
2.5.3.1. Depresyonun Genel Belirtileri	38
2.5.3.2. Depresyonun Fiziksel Belirtileri	39
2.5.3.3. Depresyonun Ruhsal Belirtileri.....	39
2.5.3.4. Depresyonun Davranışsal Belirtileri.....	40
2.5.3.5. Depresyonun Düşünsel Belirtileri.....	40
2.5.3.6. Depresyonda Belirti ve Bulgular İle İlgili Araştırmalar	41
2.5.4. Depresyon İle İlgili Etkenler.....	46
2.5.4.1. Depresyona Yönelik Etkenler	48
2.5.4.1.1. Depresyonda Biyolojik Etkenler	48
2.5.4.1.2. Depresyonda Genetik Etkenler	48
2.5.4.1.3. Depresyonda Psikososyal Etkenler	49
2.5.5. Depresyon İle İlgili Kuramsal Açıklamalar	50
2.5.5.1. Psikoanalitik Yaklaşım	50
2.5.5.2. Davranışçı Yaklaşım	51

2.5.5.2.1. Öğrenilmiş Çaresizlik ve Umutsuzluk Kuramı	52
2.5.5.3. Bilişsel Yaklaşım	53
BÖLÜM III	55
GEREÇ VE YÖNTEM	55
3.1. Araştırmanın tipi	55
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	55
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	55
3.4. Verilerin Toplanması	56
3.4.1. Veri Toplama Araçları	56
3.4.1.1. Radyoterapi Teknikeri Anket Formu	56
3.4.1.2. Minnesota İş Doyumu Ölçeği	56
3.4.1.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF).....	57
3.4.1.4. Beck Depresyon Ölçeği	59
3.4.2. Araştırmanın Uygulanması	59
3.4.3. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması.....	59
BÖLÜM IV	61
BULGULAR.....	61
BÖLÜM V	75
TARTIŞMA	75
BÖLÜM VI.....	78
SONUÇ VE ÖNERİLER	78
6.1. Sonuç.....	78
6.2. Öneriler	79
BÖLÜM VII.....	80
KAYNAKÇA.....	80
EKLER.....	90



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- Bakınız (Bkz.)
- Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)
- Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR)
- Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD)
- Kardio Vasküler Cerrahi (kvc)
- Kulak Burun Boğaz (KBB)
- Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM)
- Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (NIOSH)
- Monoamin Oksidaz İnhibitörü (MAOI)
- Norepinefrin (NE)
- Örnek (örn.)
- Radyoterapi (RT)
- Radyoterapi Teknikeri (RTT)
- Santimetre (cm)
- Serotonin (5-HT)
- Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)
- Trisiklik Antidepresan (TCA)
- Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)
- Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (IOHC)
- Ve benzeri (vb.)

TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Öğrenme Düzeyleri.....	16
Tablo 2.2. Bulgular/Hastalıklar Listesi ve Öğrenme Düzeyleri.....	17
Tablo 2.3. Uygulama Listesi	18
Tablo 2.4. Kullanılan Araç, Gereç ve Ekipmanlar.....	21
Tablo 2.5. Öğrenme, Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri.....	22
Tablo 4.1. Radyoterapi Tekniklerinin Demografik Bilgilerine Göre Dağılımları	61
Tablo 4.2. Radyoterapi Tekniklerinin Kişisel Bilgilerine Göre Dağılımları	63
Tablo 4.3. Radyoterapi Tekniklerinin Mesleki Bilgi Seviyelerine Göre Dağılımları.....	64
Tablo 4.4. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	65
Tablo 4.5. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki	66
Tablo 4.6. Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Depresyon Üzerindeki Etkisi.....	67
Tablo 4.7. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin İdari Görev Yapma Durumu Bakımından Karşılaştırılması	68
Tablo 4.8. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Gelecek Kaygısı Duyma Durumu Bakımından Karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.9. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Radyoterapi Teknikeri Olarak Çalışma Süresi Bakımından Karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.10. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Şu anki İşte Çalışma Nedeni Bakımından Karşılaştırılması.....	71
Tablo 4.11. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Mesleği Tercih Nedeni Bakımından Karşılaştırılması	72

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Radyoaktif Kaynak Tedavisi 12



BÖLÜM I

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaneleri sınıflandırırken üç ana başlık altında gruplandırmaktadır: Bunlar çeşitli yapılarına göre; tedavi ve rehabilitasyon, teşhis, müşahede olmak üzere ve de hastaların uzun ve/veya kısa müddetle tedavi oldukları, yataklı kurumlar olarak tanımlanmaktadır. Hastaneler çeşitli kriterlere göre sınıflandırılabilir bunlar; hastanelerin yerine getirdiği işlevlerine göre de altı ana başlık altında toplanmaktadır; toplumun genel kullanımına açık olup olmama durumuna, yatak sayılarına, hastanede kalma süresine, kökenine, akredite olup olmama durumuna ve sundukları hizmet yapısına göre gruplandırılmaktadır (Bulakbaşı, 2015). Günümüzde, dünyada ve özellikle ülkemizde giderek sıklığı artan kanserli hastaların tedavisinde üç ana yöntemden biri olan Radyoterapi Teknikerleri, Medikal Radyasyon Fizikçisi ve Uzman Onkologlar görev almaktadırlar. Tedavi amaçlı olarak yüksek enerjili radyasyonun kullanıldığı bilim dalına radyoterapi denir. Radyoterapi maksimum dozda X ışınları veren ya da partikülleri uygulanarak sunulan bir hizmet modelidir. Radyoterapi alanı, hastanelerin tanı ünitesi bölümünde Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'na bağlı olarak çalışmaktadır. Radyoterapi, kanser tanısı almış hastaların tedavisinde kullanılan en önemli yöntemlerdendir. Günümüzde, tanısı konmuş kanser olgularının %60-70'ine, farklı amaçlarla, radyoterapi (RT) uygulanmaktadır. Radyoterapi uygulamaları gün geçtikçe artan sıklıkta uygulanmakta olup yaşlı nüfustaki artış oranına paralel olarak daha da fazla uygulama alanı bulması ve bu ekibe daha çok ihtiyaç duyulması öngörülmektedir. Radyoterapi iyileşme oranı yüksek erken evre kanserlerde küratif olarak, kür elde edilemeyecek ileri evre hastalarda ise semptomları azaltmak; kırıkları, kanamayı, ağrıyı, tümöre bağlı bası, darlık ve tıkanmaları önlemek amacıyla palyatif olarak uygulanır. Radyoterapide yeni cihazlar ve tedavi planlamasındaki gelişmeler uygulamalardaki hassasiyeti arttırmış, sağlam dokulara daha az doz verilirken tümöre ve/veya yineleme riski olan bölgeye daha yüksek doz verilebilir hale gelmiştir (Çetingöz, 2015). Tıbbi amaçlar doğrultusunda düşük ve yüksek enerjili radyasyonun kullanım süreci bilimsel literatür içerisinde eski bir geçmişe dayanmaktadır. Temel olarak medikal radyasyonun kullanım amaçları tanısal

ve tedavi amacı olmak üzere 2 ana başlık altında toplanabilir. İyonizan radyasyonla tedavi başlıca 3 yöntemle uygulanır: Eksternal radyoterapi veya teleterapi, brakiterapi ve bir nükleer tıp uygulaması olan ve ağız veya damar yolu ile verilen sistemik radyonüklit tedavisi. Günümüzde kanser hastalarının yaklaşık %60-70'ine cerrahi ve kemoterapi/hormonoterapi yanında küratif veya palyatif radyoterapi uygulanmaktadır. Radyoterapi teknikerleri, radyasyon onkolojisi uzmanlarının belirlediği dozda ışınları, farklı yöntem ve tekniklerle hastaya uygularlar. En yüksek teknolojiye sahip olması gereken bu tedavi yönteminde, tedavinin başarı ve başarısızlığı ile yan etkiler arasındaki sınır oldukça kısıtlıdır. Yüklenilen ışın yoğunluğu, teknolojinin karmaşıklığı da göz önüne alınırsa teknikerin üstlendiği sorumlulukların önemi daha da iyi anlaşılacaktır. Oldukça karmaşık olan radyoterapide tedavi uygulama sırasında yüzlerce parametre yer almaktadır. Bu parametrelerden herhangi birinin aksaması ise geriye dönülmesi olanaksız sonuçların doğmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda; planlanan tedavileri, planlama ve tedavi aygıtlarını kullanarak uygulayan radyoterapi teknikerlerinin özel olarak eğitilmeleri ayrı bir önem taşımaktadır. Radyasyon onkolojisinin en temel çalışanlarından olan radyoterapi teknikerlerinin eğitimi ülkemizde, 20 yıl önce, ilk olarak Dokuz Eylül Üniversitesi ve Ankara Üniversitesi'nde vermeye başlanmıştır. Bugün için Toplam 8 ayrı kurumda radyoterapi teknikerliği eğitimi devam etmektedir (Çetingöz, 2015). Işın tedavisi süresince son derece önemli görev ve sorumluluklar üstlenen radyoterapi teknikerinin görev ve yetkileri ilk kez 13 Ocak 1983'de yayımlanan 1927 numaralı resmi gazetede, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 142. maddesinde tanımlanmıştır. Bu madde de yalnızca 'radyoterapi teknikerleri, radyoterapi uzmanının yönergelerine ve medikal radyasyon fizikçisinin (yoksa uzman doktorun) doz ve hesaplarına göre iyonizan ışınli tedaviyi uygulamakla yükümlüdür' denmektedir. Sorumluluk ise; aygıtların bakımı, muhafaza edilmesi ve en uygun şekilde çalışmasını sağlama, bozuklukları haber verme, protokol defterini tutma ve tıbbi istatistiklerin hazırlanması olarak belirlenmiştir. Teknikerlere, o dönemde başka sorumluluk verilmemiş ve kendilerinden beklenen beceri ve bireysel nitelikler ayrıntısıyla ele alınmamıştır.

Günümüzde, teknikerin görev ve sorumluluklarının tanımlanabilmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmalar devam etmekte olup, taslaklar hazırlanmaktadır. Bu çalışmalar sırasında, teknikerlerin daha önce tanımlanmamış olan; kalıp odasında

blok, mould ve maske hazırlanması, simülasyon yapma, elektronik ortamda kayıt tutma, stajyer eğitimine destek verme, eksik malzeme temini, ilk yardım uygulamaları, radyasyon güvenliği önlemlerini almak gibi yükümlülükler tartışılmaktadır. Bu görev ve sorumlulukları yerine getirebilmeleri ise çeşitli bilgi, beceri ve yetenek gerektirmektedir. Biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insanın tüm bu bileşenlerinde, kanser tanısı almasıyla, çok önemli yıkımlar yaşanmakta ve genelde uzun süreli bir tedavi olan radyoterapi sırasında radyoterapi teknikerleri bu sorunlara tanık olmaktadır. Bu nedenle teknikerlerin; empati yapabilen, başkalarını anlayabilen, olgun ve sorumluluk sahibi, farklı kesimden insanlarla anlaşabilen, stres altında çalışabilen türde kişisel niteliklerinin de olması gerekmektedir. Günümüzde pek çok kanser türünde cerrahi, sistemik tedaviler (kemoterapi, hedefe yönelik ajanlar vb.) ve radyoterapinin beraber uygulanması gerekmektedir. Bu yaklaşımlarla başarı oranları yüksek olduğu kadar yan etkilerde de artış gözlenmektedir. Bu tedaviler sırasında ortaya çıkan yan etkiler ise, teknikerlerin özellikle dikkat etmesi gereken sorunlara neden olabilmektedir. Bu yükümlülükleri yerine getirebilmesi için teknikerin dilbilgisi, matematik, fizik, biyoloji, psikoloji, mekanik, temel onkoloji, anatomi, fizyoloji, davranış bilimleri bilgisine sahip olması gerekmektedir. Ayrıca her teknikerin; tedavi aygıtı ve bilgisayar kullanma, planlama-organizasyon yapma, etkin dinleme, eleştirel düşünme, güzel ve anlaşılır konuşma, yazılı ve sözlü anlatım, kriz yönetimi ve öfke kontrolü becerilerini elde etmeleri beklenmektedir. Teknikerlerin eğitimi son derece önemli olup, hem kişisel hem de kurumsal eğitimleri sürekli ve gelişime açık olmalıdır. Böylelikle, diğer onkoloji çalışanlarında da olması gerektiği gibi, hem iç hem de iş disiplini sürekli geliştiren teknikerlerle birlikte nitelikli bir kanser tedavisi yapmak mümkün olacaktır (Çetingöz, 2015). Radyoterapi teknikeri Sağlık Bakanlığının SSK, üniversite ve çeşitli kuruluşlara bağlı hastanelerde, yataklı ve yataksız tedavi kurumları ile koruyucu sağlık hizmeti veren kuruluşlarında, özel klinik ve polikliniklerde, dispanser ve diğer sağlık kuruluşlarında karanlık odalarda görev yapar. Çalışma sırasında çok çeşitli makine ve cihaz kullandığından dolayı birinci derecede makinelerle ilgili görünür, ancak bu meslekte sosyal ilişkiler de oldukça önemlidir. Özellikle X ışınları hastaya uygulanırken son derece sabırlı davranmak gerekmektedir. Sürekli X ışınları altında görev yapmak birçok meslek hastalığına yol açabileceğinden bu sektörde çalışanların dikkatli olmaları oldukça önemlidir (Kuzgun, 2000).

Bireyin sunduğu iş ile sağlığı arasında devamlı faal bir ilişki vardır. Çalışmak kişiyi ruhsal yönden sağlıklı bir konuma getirmekte fiziki ve/veya ruhsal yönünü geliştirmektedir. Ancak bazı karşılaşılan faktörler fiziki ve ruhsal durumu olumsuz etkileyebilmektedir. Radyasyona maruziyet riski taşıyan meslekler grubunda olan radyoterapi çalışanlarının, uzun süre ve devamlı ya da aralıklı olarak düşük dozlara maruz kalması, kronik olarak ışınlanması sonucu ortaya çıkacak etkiler ilerleyen yıllarda görülebilmektedir. Bunun sebebi ise, düşük doz bile olmuş olsa yinelenen ışınlamalarda organizmanın bir sonraki ışınlamaya kadar hasarı onaramaması ve hasarın giderek artış gösterebilmesidir. Bunun sonucu olarak radyoterapi çalışanları için sürekli stres faktörü oluşturarak depresyon ve anksiyete ile sonuçlanan durumlar ortaya çıkarabilmektedir (Saygın vd., 2011).

Günümüzde, depresyon duygu durumlarının değişikliği, hastalık ve sendrom olarak çeşitli şekillerde tanımlanabilmektedir. Sözcük olarak depresyon “çöküş” anlamındadır ve belirli bir seviyeden alçalmayı ifade eder (Baltaş ve Baltaş, 2002). Aynı zamanda uyku, kederlilik, huzursuzluk, iştah ve kilodaki değişiklikler gibi belirtiler depresyonu tanımlamak için kullanılmaktadır (Quinn, 2002). Depresyon, günlük etkinlikleri ilgi ve istekle yapma, bunlardan ve yaşamdan zevk alma yerine mutsuzluk, keder, üzüntü, karamsarlık, umutsuzluk ve suçluluk gibi duyguları içerir. Düşünce, konuşma, hareketler ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama görülürken değersizlik, çaresizlik ve karar verme güçlüğü gibi düşünce ve duyguları içeren özellikler bireyin ruhsal, bedensel ve sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığa karşı hissedilen çaresizlik duygusu, hastalığın yol açtığı tedavi yan etkileri ve fiziksel belirtiler hastalara bedenlerini kontrol edemedikleri duygusunu yaşatmaktadır. Yaşanan kontrol kaybı sonucunda da benlik saygısı düşebilmekte ve depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir. Depresyon yaşayan hasta birey kendi içine kapanarak kendisini sosyal çevresinden izole eder ve değersizlik hissi yaşayabilir. Düşük kendilik saygısının olması ve azalmış kendine güven neredeyse her zaman gözlenir ve değersizlik düşünceleri ile suçluluk da bulunur. Semptomların sayısı ve şiddetine göre bir depresif epizotun düzeyi; hafif, orta ya da ağır olarak tanımlanabilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2001). Bu durumda kişi hem ruhsal hem de fiziksel açıdan beklenenden daha fazla etkilenebilir, iş performansında düşme, sosyal izolasyon ve günlük yaşam aktivitelerinde azalma görülebilir.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. HASTANELERİN TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hastane tanımını; ‘müşahede, tedavi, teşhis ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar’ olarak tanımlamaktadır. Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nde ise hastaneler: ‘hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak izleme(müşahade), muayene, tanı(teşhis), rehabilite ve tedavi edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kuruluşlar’ şeklinde tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı vd., 2012). Hastaneler ayrıca, sağlık harcamaları ve hizmet üretim kapasitesi bakımından sağlık sisteminin en önemli alt sistemidir. Hastaneleri sistem yaklaşımıyla ele alıp tanımlamak da mümkündür. Buna göre hastaneler dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye verebilen, geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir (organizasyonlardır). Sistem yaklaşımını ele aldığımızda, hastanenin girdileri hastalar, malzeme, insan gücü, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktıları (elde edilmesi istenen sonuçlar) ise, hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmadır. Hastaneler; tedavi hizmetleri ürettiği için bir sağlık kurumu olmasıyla birlikte, bilimsel deneyler yaptığı için bir araştırma merkezi, tıbbi personel yetiştirdiği için bir eğitim yeri, hiçbir ayırım gözetmeden bütün topluma hizmet sunduğu için bir sosyal organizasyon, devletin denetimine bağlı olarak çalıştıkları için bir kamu kuruluşu, hastaları barındırdığı için bir yönüyle otel, kısmen veya tamamen özel veya resmi yardımlara açık olduğu için bir tür hayır kurumu, hemşire, hekim, idari ve teknik personel gibi çeşitli meslek sahiplerini çalıştırdığı için bir mesleki organizasyon, yönetiminde ekonomik ve idari ilkeler geçerli olduğu için de bir çeşit işletme organizasyonu olarak nitelendirilebilir (Bulakbaşı, 2015).

2.1.1. Hastanelerin Fonksiyonları

Hastanelerin dört temel işlevi bulunmaktadır;

- Eğitim,
- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri,
- Tedavi hizmetleri,
- Tıbbi, teknolojik ve diğer araştırmalar.

Tedavi hizmetleri hastanelerin en eski ve en temel işlevidir. Hastaneler hasta ve yaralılara ayaktan veya yatış yoluyla tedavi ve tanı hizmetleri veren sağlık kuruluşlarıdır. Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi yanında kişi ve halk sağlığının korunmasına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri de sunmaktadır (Kavuncubaşı vd., 2012). Hastaneler ayrıca sigara, alkol, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mücadelede etkin rol üstlenmektedir. Anne-çocuk sağlığı hizmetlerinde, aşılama gibi hizmetler ile de toplum sağlığının geliştirilmesine de katkı sağlamaktadırlar. Başlangıçta, hasta ve yaralı insanları tedavi etmeyi amaçlayan küçük ve basit bir sağlık hizmet birimi olan hastaneler, insan ihtiyaçlarının değişerek ve giderek artmasına paralel olarak teşhis, tedavi ve bakım hizmetleriyle birlikte insan sağlığının korunmasına yardımcı olan ve insanların sağlıklı, huzurlu ve mutlu yaşamalarına katkıda bulunan bugünkü dev hastane organizasyonları haline gelmiştir. Hastaneler, birer eğitim kurumlarıdır. Bazı hastaneler, sadece tedavi ve bakım hizmetleri üretirken bazıları da bununla birlikte her türlü sağlık personelinin eğitim ve yetiştirilmesi görevlerini yürütmektedir.

2.1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler çeşitli kriterlere göre sınıflandırılmaktadır. Bunlar; hastanelerin yerine getirdiği işlevlerine göre, mülkiyet yapılarına, büyüklüklerine (yatak sayılarına), hastanede kalış gün süresine, akredite olup olmama durumlarına, halkın genel kullanımına açık olup olmama durumuna ve verdikleri hizmet türüne göre sınıflandırılmaktadır (Bulakbaşı, 2015).

2.1.3. Hastanelerin Bölümleri

Cerrahi bölümü; anesteziyoloji, çocuk cerrahisi, beyin cerrahisi, genel cerrahi, göğüs (toraks) cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum, göz hastalıkları, kalp ve damar cerrahisi, kulak burun boğaz (KBB), travmatoloji ve ortopedi, plastik cerrahi-yanık ünitesi, üroloji (bevliye).

Dahili bölümü; çocuk hastalıkları, dahiliye, obezite ve diyabet polikliniği, nefroloji, enfeksiyon hastalıkları, dermatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göğüs hastalıkları, kardiyoloji (kalp ve damar), nöroloji, ağız ve diş hastalıkları, psikiyatri.

Yoğun bakım bölümü; kvc yoğun bakım, reanimasyon yoğun bakım, koroner yoğun bakım.

Tanı ünitesi; nükleer tıp, patoloji, radyoloji, biyokimya, hemotoloji, mikrobiyoloji, diyaliz.

2.2. RADYOLOJİ

Radyoloji, iyonizan radyasyon içeren ya da diğer enerji kaynakları ile çalışan güncel ve ileride geliştirilebilecek görüntüleme yöntemleri (konvansiyonel radyografi, floroskopi, mamografi, anjiyografi, ultrasonografi, Doppler ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, kemik dansitometri, moleküler görüntüleme, pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi, pozitron emisyon tomografisi/manyetik rezonans görüntüleme, vb.) ile temelde hastalığın tanısına yönelik olarak çalışmalarda bulunan bir uzmanlık disiplini (Özbek, 2014).

2.2.1. Radyasyon

Radyasyon hayatın bir gerçeğidir. Doğal ve yapay kaynaklı olmak üzere günlük hayatımızda mevcut bulunur. Güneşteki nükleer reaksiyonlardan kaynaklanan ışık ve ısı varlığımız için gereklidir. Radyoaktif maddeler çevrede doğal olarak bulunur ve vücudumuz potasyum-40, karbon-14 ve polonyum-210 gibi doğal olan radyoaktif

maddeleri barındırır. Radyasyon, kanser tanısı almış hastalarda kanserli hücreleri yok etmek için uygulanan fiziksel bir enerji formudur. Radyasyon, madde üzerinde oluşturduğu etkilere göre iyonlaştırıcı olan ve iyonlaştırıcı olmayan radyasyon olmak üzere iki şekilde gruplandırılabilir. İyonlaştırıcı radyasyon kozmik ışınlar, X ışınları ve radyoaktif maddelerden yayınlanan radyasyonu içerir. İyonlaştırıcı olmayan radyasyon ise radyant ısı, kızılötesi ışık, morötesi ışık, görünür ışık, radyo dalgaları ve mikro dalgaları içerir (Dede, 2009). Bir atomun yapısını değiştirerek yörüngesindeki elektronun parçalanmasıyla elde edilen radyasyon iyonize radyasyon olarak adlandırılır.

2.2.2. Tedavi Amaçlı Kullanılan İyonize Radyasyon Tipleri

Radyasyon onkolojisinde iyonize radyasyon kaynakları: genel olarak üç ana başlık altında; teleterapi (eksternal ışın cihazları), brakiterapi (kapalı kaynaklar) ve radyofarmasötik tedavi (kapalı olmayan kaynaklar) olarak gruplandırılmaktadır (Bruner et al., 2005).

1) Elektromagnetik radyasyon: gamma ışınları ve X ışınları benzer özelliklere sahiptir, ancak kökenine göre ayrılır:

a) X ışınları: Fotonlar (örneğin bir elektrik cihazından enerji paketi) (örn. Lineer hızlandırıcı)

b) Gamma ışınları: radyoaktif kaynağın çekirdeğinden yayılan/çıkarılan fotonlar (örn. Kobalt 60, sezyum 137, iridyum-192)

2) Partikül radyasyonu: elektronlar, alfa partikülleri, protonlar ve nötronlar.

2.2.3. Radyoterapi

Radyoterapi, kanser tedavisinde ana seçeneklerden biri sayılabilir. X ışınlarının bulunuşu ve hemen ardından doğal radyoaktivitenin keşfedilmesiyle birlikte 19. Yüzyılın son birkaç senesinden itibaren tıbbın yeni ilgi alanı olarak doğmuş ve yıllar içinde teknolojiye paralel biçimde gelişmiştir. Tarihsel olarak baktığımızda radyoterapi, radyolojinin bir dalı olarak diagnostik radyoloji ile birlikte meydana gelmiş ve

gelişmiştir. Bu iki alt dal, yıllar içinde birbirinden ayrılarak farklı biçimlerde evrimleşmiş ve bugünkü yapılarına kavuşmuştur (Ergen ve Koca, 2013). Diğer bir ifade ile radyoterapi, tedavi amaçlı olarak yüksek enerjili radyasyonun kullanıldığı bilim dalıdır. Radyoterapi, yüksek düzeyde enerji ileten X ışınları ya da partikülleri kullanılarak uygulanan bir tedavi modelidir.

Radyoterapinin en temel hedefi ise; belirlenmiş tümör hacmine, tümörü saran sağlıklı dokuya minimum zarar verecek şekilde, maksimum doğrulukla ölçülmüş radyasyon dozunu vermek ve bu sayede tümörün içindeki hastalıklı hücreler ile hücre bölünmelerini veya çoğalmalarını sürekli olarak durdurmak, hayat kalitesini arttırmak, tümörün yok olmasını sağlamak ve kanserli hasta sağ kalımını uzatmaktır (Doğan, 2013).

Radyoterapi, onkoloji bölümüyle olan ilişkisi nedeni ile ‘Radyasyon Onkolojisi’ adı altında tanımlanmakta olup hastanelerin tanı ünitesi bölümünde “Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı” na bağlı olarak ekip halinde çalışmaktadır.

2.2.4. Radyoterapi Alanının Çalışma Ekibi ve Görev Tanımları

Radyasyon onkoloji uzmanı; iyonizan radyasyon uygulayarak kanserin tedavisini hedefleyen ve bu gaye ile radyasyonun etkilerini ve tümörlerin davranışlarını inceleyen eğitimin yanı sıra; kanser tedavisinde kemoterapinin yeri ve ilkeleri, kemoterapi hazırlanması, uygulanması ve olası yan etkileri ile de ilgili uzmanlık eğitimi almış doktordur. Her hastanın tedavi kararı, tedavisi ve takibinden sorumludur (Ergen ve Koca, 2013). Vücudun tedavi edilecek bölgesine, ne kadar radyoterapi uygulanacağına karar veren, hekimdir. Tedavi boyunca tümördeki değişikliklere bağlı olarak gerekli tedavi değişimi, hastanın takibi, hastanın yaşadığı yan etkilerin değerlendirilmesi ve tedavisinden sorumludur.

Medikal Fizik Uzmanı (Tıbbi Radyasyon Fizikçisi); radyoterapi fizikçisi, fizik mühendisliği bölümünde lisans eğitiminin üstüne medikal radyasyon fiziği (radyasyon onkolojisi) alanında yüksek lisans teorik ve pratik eğitimini almış kişidir. Tıbbi radyasyon fizikçisi tedavi, teşhis ve araştırmada radyoterapi uzmanının isteğine göre uygulanılacak iyonize ışının cins ve kaynaklarını seçer. Radyasyon onkoloğunun tedavi

önerileri doğrultusunda sağlam doku ve organların korunarak hastanın en doğru ve güvenilir şekilde tedavi edilmesini sağlayan tedavi planlamasını yapar. Tedavi planlamasının uygulanmasında hazır olarak bulunur. Tedavi ve teşhis için uygulanan radyasyon cihaz ve kaynaklarını ışın bakımından kontrol ederek doz ölçüm ve hesaplamalarını yapar. Düzenli aralıklarla radyoterapi cihazlarının kalite kontrollerini ve kalibrasyon işlemlerini yapar ya da yapılmasını sağlar. Bunların yanı sıra bütün hastaların ve personelin radyasyondan korunması ile bunun için gerekli önlemlerin alınmasından, eğitiminden de sorumludur (Ergen ve Koca, 2013).

Radyoterapi teknikeri; radyoterapi cihazlarını kullanmak üzere eğitim almış sağlık çalışanlarıdır. Tedavi esnasında odada hasta ile birlikte bulunmazlar, ancak kumanda odasında bulunan ekran aracılığı ile; hastayla sürekli ve kesintisiz iletişim halindedirler. Cihazın çalıştırılması, hastanın doğru pozisyonunun sağlanması ve tedavi esnasında değerlendirme filmlerinin çekilmesinden sorumludurlar.

Onkoloji hemşiresi; hemşirelik eğitiminin yanında kemoterapi uygulamaları ve yan etkileri konusunda; brakiterapi hemşiresinin ise brakiterapi uygulamaları, sterilizasyonu, tedavi aletlerinin hazırlanması ve kullanılması konusunda özel eğitim almış olması gerekmektedir (Ergen ve Koca, 2013). Hastanın takibi ve tedavisi boyunca radyasyon onkoloğu ile birlikte hastanın en yakınında yer alan ekip üyesidir. Hastanın yapması ve yapmaması gerekenler ile radyoterapinin yan etkileri gibi konularda hekim ile hasta arasında aracı görevi üstlenirler. Yan etkiler hakkında bilgi sahibi olmak, tanılama/değerlendirme yapmak, yan etkileri önleyici ve oluşan yan etkileri yönetecek hasta eğitimini planlamak, destekleyici bakım, diğer sağlık personelleri ile iş birliği, rehabilitasyon ve klinik hemşirelik araştırmaları yapmakla görevlidir.

2.2.5. Radyoterapinin Amaçları

Radyoterapi genel olarak kemoterapi ya da immunoterapi, cerrahi tedavi gibi tedavilerle birlikte verilmektedir. Eğer cerrahi tedaviden önce verilirse (neoadjuvant terapi) radyasyon tümörü küçültmek hedefi ile uygulanır. Cerrahi tedaviden sonra verilirse (adjuvant terapi) cerrahi sonrası kalma ihtimali olan mikroskobik tümör hücrelerini yok etmek amacıyla uygulanır (Bruner et al., 2005).

Radyoterapinin amaçları 3 ana başlık altında toplanabilir:

1. Küratif: Kanseri hücrelerini erken evrede küçültmek ve/veya tedavi etmek,
2. Kontrol: Kanserin bir diğer alanda yeniden var olmasını önlemek,
3. Palyasyon: Maksimum seviyede kanser durumunun belirti yönetimini kontrol etmek.

2.2.6. Radyoterapinin Uygulama/Verme Yöntemleri

1. Bölgesel Tedavi

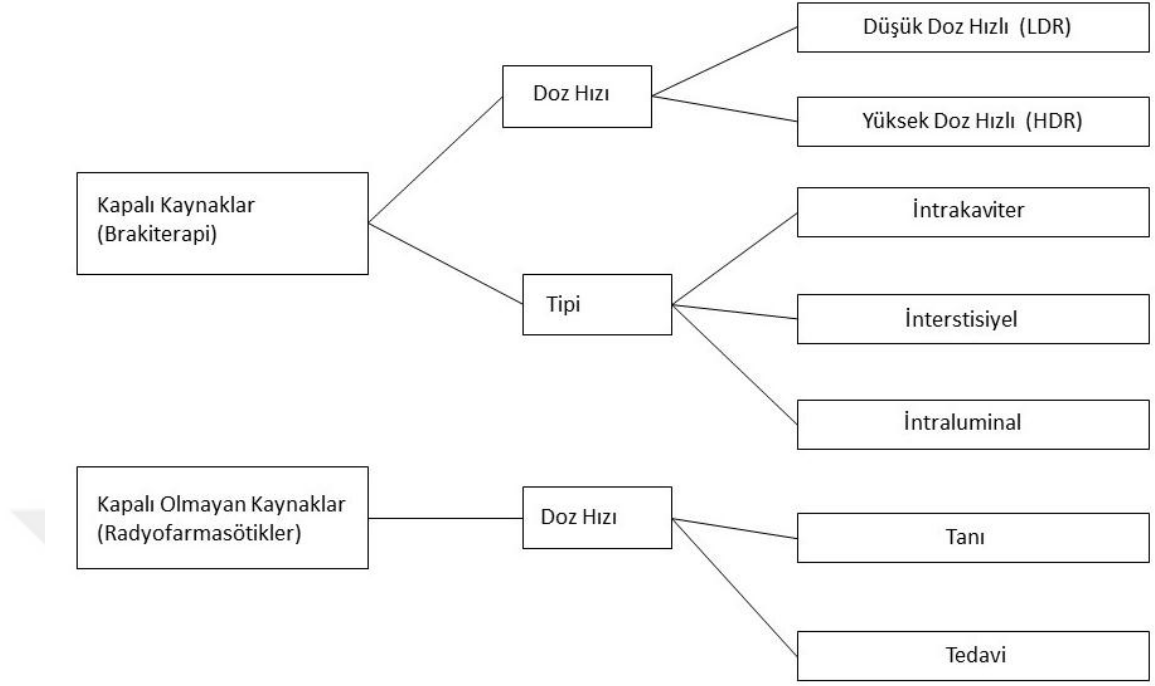
A- Teleterapi (Eksternal Radyoterapi): Bireyin vücuduna tedavi dozunun dış yolla verilmesidir. Radyasyon kaynağı ile hastanın arasında belirli bir uzaklık/mesafe bulunur. Bu mesafe kullanılan makinenin teknik yapısına göre 80 ile 100 cm arasında değişebilmektedir. Kanseri tedavisinde çok sık olarak kullanılan cihazlar maksimum enerjili lineer hızlandırıcılar (LİNAC) ve Cobalt-60 teleterapi cihazlarıdır.

B- Radyoaktif kaynak tedavisi: (Brakiterapi): 1900'lü yılların başından bu yana cerrahi, eksternal radyasyon tedavisi, kemoterapi ve/veya hipertermi ile beraber veya tek başına uygulanan bir tedavi şeklidir. Brakiterapi aynı zamanda implant tedavisi veya internal radyasyon tedavisi olarak da adlandırılmaktadır. Burada radyoaktif kaynak tümör çevresine veya içerisine yerleştirilmektedir. İnternal radyoterapide tedavi edici doz 3 şekilde sağlanabilir:

- i. interstisyel implant: Radyoaktif kaynak tümör içerisine direkt olarak yerleştirilir ve radyoaktif kaynak çekirdek veya tohum (seed: implant), iğne veya özel bir kateter aracılığı ile gelir.
- ii. İntrakaviter: Radyoaktif kaynak direkt olarak vücut boşluğuna implante edilir ve bir aplikatör yardımı ile gönderilir.
- iii. Sistemik: Açık olan radyoaktif kaynak ağız yoluyla veya intravenöz olarak verilir.

Brakiterapi, bölgesel hastalık kontrolünü arttırmak ve yineleme riski yüksek olan kanser bölgelerini iyileştirmek, çevre doku zararını azaltmak ve hayati organ fonksiyonlarını korumak amacı ile kullanılmaktadır (Özdoğan, 2014).

2. Sistemik Tedavi (Radyoaktif Kaynak Tedavisi)



Şekil 2.1. Radyoaktif Kaynak Tedavisi

2.2.7. Radyoterapinin Uygulanma Aşamaları

Radyoterapi uygulaması ve planlaması kademeli olan bir süreçtir, hasta ve ailesinin radyasyon onkolojisi uzmanına konsültasyonu ile başlar ve sırasıyla tedavinin planlanması ve simülasyon, hastanın ve ailesinin eğitimi ve son olarak da tedavi ve izlem süreciyle tamamlanır.

1- Konsültasyon: Bu aşamada hastanın genel değerlendirmesi, anamnezi, fizik ve psikososyal değerlendirme, kanser tanısının doğrulanması, bilgilendirilmiş onamın alınması ve tedavi hakkında bilgi verilmesi sağlanır. Daha sonra hasta ve aileleri multidisipliner ekibin diğer çalışanları ile etkileşime geçer.

2- Tedavi Planlaması ve Simülasyon: Medikal radyasyon fizikçisi, radyasyon onkoloğu, dozimetrist, radyoterapi teknikeri ve hastanın etkileşimi ile fazla sayıda yazılım ve cihazın kullanıldığı, doz ve volüm planlamasının yapıldığı aşamadır.

3- Hastanın ve ailesinin eğitimi

4- Tedavi ve izlem (Bruner et al., 2005).

2.3. RADYOTERAPİ TEKNİKERİ

Radyoterapi teknikerliğinin unvanı üzerinde yurtdışında da farklı görüşler bulunmakta olup, 'radyoterapist', 'radyasyon terapisti' gibi isimler önerilmiş, fakat anlam kargaşası yaratmamak amacıyla Avrupa'da, 1995 yılında, *Radiation Therapy Technicians* kelimelerinin kısaltılması olan 'RTT' baş harflerinin kullanılması kararlaştırılmıştır. Ülkemizde bu konuda standart bir unvan belirlenmemesi ile birlikte genellikle 'tekniker' ve bazı kurumlarda ise kısaltma olarak 'RTT' nin kullanılmasına sıkça rastlanmaktadır (Çetingöz, 2015).

Dünya Bankası ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti arasında yürütülen "İstihdam ve Eğitim Projesi" kapsamında farklı mesleklerin analizlerini yapan Meslek Standartları Komisyonu Araştırma ve Teknik Hizmetler Birimi 2000 yılı Revizyon 1.0 Yayının da Radyoterapi Teknikerliğinin meslek tanımını yapmıştır.

Radyoterapist, belirli bir süre içerisinde ve tek başına, cihaz ve ekipmanların kontrolünü yaparak, hasta pozisyon kalıbı, maske, kurşun blok, hastayı tedavi ve simülasyona hazırlama işlemleriyle, simülasyon ve ışın tedavisi yapmak bilgi ve becerisine sahip nitelikli sağlık çalışanıdır.

Bu seviyede görev yapan kişi, dar veya geniş bir meslek alanında, o mesleğin gerektirdiği genellikle rutin olmayan ve kompleks özellikli görev ve işlemleri farklı şartlarda yapabilir. Bu görev ve işlemleri yerine getirirken önemli ölçüde sorumluluk alabilir ve kendi başına karar verebilir. Çoğunlukla etrafındaki çalışanları denetler ve yönlendirir (Yağlıbasan, 2012).

2.3.1. Radyoterapi Teknikerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Radyoterapi teknikerleri, radyasyon onkolojisi uzmanlarının belirlediği dozda ışınları, farklı yöntem ve tekniklerle hastaya uygularlar.

Işın tedavisi süresince son derece önemli görev ve sorumluluklar üstlenen radyoterapi teknikerinin görev ve yetkileri ilk kez 13 Ocak 1983'de yayınlanan 1927 numaralı resmi gazetede, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 142. maddesinde tanımlanmıştır. Bu madde de yalnızca 'radyoterapi teknikeri, radyoterapi

uzmanının direktifi ve medikal radyasyon fizikçisinin (yoksa uzman doktorun) doz ve ölçülerine göre iyonizan ışınli tedaviyi uygulamakla sorumludur' denmektedir. Sorumluluk ise; aygıtların bakım, kontrol ve en uygun şekilde çalışmasını sağlama, bozuklukları haber verme, protokol defterini tutma ve tıbbi istatistiklerin hazırlanması olarak belirlenmiştir. Teknikerlere, o dönemde başka sorumluluk yüklenmemiş ve kendilerinden beklenen beceri ve bireysel nitelikler ayrıntısıyla ele alınmamıştır (Çetingöz, 2015).

Günümüzde, teknikerin görev ve sorumluluklarının tanımlanabilmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmalar devam etmekte olup, 22 Mayıs 2014 resmi gazetede yayımlanarak hizmete giren Radyoterapi Teknikerlerinin görev ve/veya sorumlulukları:

- a) Radyasyon onkoloğu uzmanın tanımladığı tedaviyi, tıbbi fizikçinin belirlediği doz ve ölçülere göre verir.
- b) Radyasyon onkoloğu uzmanı ve tıbbi fizikçi ile beraber simülasyon işlemlerine dahil olur ve gerekli ekipmanları kullanır.
- c) Eksternal sağaltım cihazlarını kullanır.
- d) Hasta dosyasında kayıtlı olan tedavi bilgileri ile cihazda bulunan tedavi bilgilerini karşılaştırarak doğruluğunu kontrol eder.
- e) Hastaların tedavilerini gerçekleştirir.
- f) Günlük tedavi bilgilerini radyoterapi hasta tedavi dosyasına işler ve bu dosyayı tedavi süresince muhafaza eder.
- g) Alan kontrolü için alan verifikasyon filmlerini çeker, ilgili doktoruna iletir ve filmler hakkında bilgi verir.
- h) Tedavi alanlarında oluşacak aksaklıkları hastanın doktoruna iletir ve düzeltilmesini sağlar.
- i) Cihazda oluşabilecek arızaları belirler, arıza bilgilerini arıza rapor defterine kaydeder.
- j) Radyasyon onkoloğu uzmanı ve medikal fizikçisi tarafından önerilen fokalize blok dökümü ve diğer mould uygulamaları ile bolus, termoplastik maske ve aparatlarını kullanmaya hazır hale getirir ve uygulamada yer alır.
- k) Tedavi odası, cihaz kontrol alanının düzenini sağlar.

- l) Sorumlusu olduğu tıbbi demirbaşların periyodik kalibrasyon, bakım ve onarımlarını yapar ve takip eder. Arıza halinde bölüm sorumlularına veya biyomedikal birimine durumu iletir.
- m) Sorumlusu olduğu demirbaşlar için sarf malzemelerin temin edilmesini sağlar.
- n) Yapılan işlemlere ilişkin kayıtlarını tutar.
- o) Görev yaptığı alanda bölüm sorumlusu tarafından istenilen, hastaya ait malzeme ve hizmet harcamalarının-maliyetlerin faturaya yansımaları için gerekli çalışmaları yapar.
- p) Kurumsal gelişim, akreditasyon ve kalite yönetimi hizmetine gerektiğinde faal şekilde katılır.
- q) Işınlama süresince odada hasta dışında kimsenin bulunmamasını sağlar.
- r) Cihazın güvenliği için oda sıcaklığının en uygun seviyede tutulmasını sağlar.
- s) Bertaraf edilmesi gereken radyoaktif atık malzemelerinin yok edilmesine eşlik eder ve çevreye zararlı olmasını önlemek için gerekli tedbirlerin alınmasında rol oynar.
- t) Kalite-kontrol biriminde ve radyasyon güvenliğinde rol alır. Radyasyon güvenliğini sağlayabilmek için gerekli tedbirleri alır.
- u) Radyasyon güvenliği kurulunca hazırlanmış olan acil durum planını tehlike anında ve olası durumlarda uygular.

2.3.2. Radyoterapi Teknikerinin Mesleki Bilgi Gereksinimi

Radyoterapi programının amacı; radyoterapi uzmanlarına, radyasyon fizikçisine ve radyasyon onkoloji uzmanlarına yardımcı olabilecek ve radyasyon onkolojisi merkezlerinde görev alabilecek, makine ve cihazların kontrolünü sağlayarak, kurşun blok, maske, hasta pozisyon kalıbı, hastayı simülasyona ve tedaviye hazırlama işlemler ile, ışın tedavisi ve simülasyon yapma beceri ve bilgisine hakim nitelikli, bölümüyle ilgili yeterli, gerekli, güncel bilgiyi ve çağdaş yöntem ve teknolojileri kullanabilecek beceriye sahip, insan sağlığına ve insani etik değerlere önem gösteren radyoterapi teknikerleri yetiştirmektir (Akyurt, 2016).

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Radyoterapi Programından mezun olan teknikerin radyasyon onkolojisi uzmanı tarafından tanısı/ön tanısı konulmuş bir bozukluk/hastalık veya klinik problem karşısında sunması gereken uygulama performansı ve **öğrenmenin asgari düzeyini** belirtir (Bkz. Tablo 2.1). Asgari düzey çekirdek yeterlikler listesindeki her bir sorun ve bozukluk için tek tek belirlenir.

Tablo 2.1. Öğrenme Düzeyleri

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Radyoterapi Programı Mezunları,	
T	Radyasyon onkolojisi uzmanı tarafından konulan tanı hakkında genel bilgi sahibi olmalı
C	Cihazın ve/veya kullanılan aletlerin çalışma prensibi hakkında bilgi sahibi olmalı
R	Radyasyon ve hasta, çalışan ve çevrenin radyasyondan korunması ile ilgili kurallar hakkında bilgi sahibi olmalı
P	Radyasyon onkolojisi uzmanı ve/veya sağlık fizikçisi tarafından konulan planlama hakkında bilgi sahibi olmalı
U	Uygulama hakkında bilgi sahibi olmalı
Y	Tedaviye hazırlık ve tedavi sürecinde radyasyon onkolojisi uzmanı ve/veya sağlık fizikçisine yardımcı olabilmeli

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Radyoterapi Programından mezun olan radyoterapi teknikerinin Radyasyon onkolojisi uzmanı tarafından konulan tanı hakkında genel bilgi sahibi olması beklenmektedir. Cihazın ve/veya kullanılan aletlerin çalışma prensibi hakkında bilgi sahibi olması beklenmektedir. Radyasyon ve hasta, çalışan ve çevrenin radyasyondan korunması ile ilgili kurallar hakkında bilgi sahibi olması beklenmektedir. Radyasyon onkolojisi uzmanı ve/veya sağlık fizikçisi tarafından konulan planlama hakkında bilgi sahibi olması beklenmektedir. Uygulama hakkında bilgi sahibi olması beklenmektedir. Son olarak da Tedaviye hazırlık ve tedavi sürecinde radyasyon onkolojisi uzmanı ve/veya sağlık fizikçisine yardımcı olabilmesi beklenmektedir.

2.3.2.1. Çekirdek Yeterlilikler

Radyoterapi teknikerinin karşı karşıya olduğu ve hakkında temel düzeyde bilgi sahibi olmasını gerektiren, tanısı/ön tanısı radyasyon onkolojisi uzmanı tarafından konulmuş **hastalık** ve / veya **klirik durumları** içerir (Bkz. Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Bulgular/Hastalıklar Listesi ve Öğrenme Düzeyleri

Bulgu/Hastalık	Öğrenme
Over Kanseri	T,Y,U,P
Multipl Miyelom	T,Y,U,P
Baş ve Boyun Kanserleri	T,Y,U,P
Mide Kanseri	T,Y,U,P
Serviks Kanseri (Rahim Ağzı Kanseri)	T,Y,U,P
Safra Yolu Kanseri	T,Y,U,P
Safra Kesesi Kanseri	T,Y,U,P
Prostat Kanseri	T,Y,U,P
Pankreas Kanseri	T,Y,U,P
Özefagus Kanseri	T,Y,U,P
Melanoma	T,Y,U,P
Karaciğer Kanseri	T,Y,U,P
Kan Kanseri (Lösemi)	T,Y,U,P
Kalın Bağırsak Kanseri	T,Y,U,P
İnce Bağırsak Kanseri	T,Y,U,P
Rahim Kanseri	T,Y,U,P
Meme Kanseri	T,Y,U,P
Cilt Kanseri	T,Y,U,P
Böbrek Kanseri	T,Y,U,P
Anüs Kanseri	T,Y,U,P
Anal Kanal Kanseri	T,Y,U,P
Akciğer Kanseri	T,Y,U,P

Radyoterapi teknikerinin karşı karşıya olduğu örn. over kanserlerinde beklenen temel öğrenme düzeyi, radyasyon onkolojisi uzmanı tarafından konulan tanı hakkında genel bilgi sahibi olması, tedaviye hazırlık ve tedavi sürecinde radyasyon onkolojisi uzmanı ve/veya sağlık fizikçisine yardımcı olabilmesi, uygulama hakkında bilgi sahibi olması, Radyasyon onkolojisi uzmanı ve/veya sağlık fizikçisi tarafından konulan planlama hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir.

2.3.2.2. Radyoterapi Uygulamaları

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu radyoterapi programından mezun olan teknikerin, belirli düzeylerde yapması gereken, görev tanımı kapsamında da bulunan temel teknikerlik uygulamalarını içerir. Radyoterapi teknikerliği uygulamaları ve kullanılan araç, gereç ve ekipmanlar şu başlıklar altında toplanmıştır (Bkz. Tablo 2.3, Tablo 2.4).

Tablo 2.3. Uygulama Listesi

Günlük çalışma programı yapmak	U
Hasta kayıt defteri tutmak	U
Hasta tedavi kartı tutmak	U
Malzeme stokunu kontrol etmek	U
Makine ve ekipmanların temizliğinin yapılmasını sağlamak	C, U
Enerji panosunu kontrol etmek	U
Oda aydınlatma sistemini kontrol etmek	U
Makine kumanda panelini kontrol etmek	C, U
Makine vakum sistemini kontrol etmek	C, U
Makinenin soğutma sistemini kontrol etmek	C, U
Giriş lambasını kontrol etmek	U
Gantri hareketlerini kontrol etmek	C, U
Tedavi masası hareketlerini kontrol etmek	C, U
Kollimatör hareketlerini kontrol etmek	C, U
Kollimatör diyaframını kontrol etmek	C, U
Lazer sistemlerini kontrol etmek	C, U
Oda klima sistemini kontrol etmek	U
Basit arıza ve eksiklikleri gidermek	C, U
Büyük arıza ve eksiklikleri yetkiliye bildirmek	U
Periyodik bakımların yapılmasını sağlamak	C, U
Hasta bilgi ve tedavi parametrelerini bilgisayara girmek	T, U, Y
Hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi vermek	T, Y, U, P
Hastaya ilaç verilmesini sağlamak	U

Hasta pozisyon aksesuarlarını yerleştirmek	C, U
Hasta pozisyonunu ayarlamak	U
Diyafram ayarı yapmak	C, U
Masayı tedavi bölgesine göre ayarlamak	C, U
Gantri açısını ayarlamak	C, U
Kollimatör ayarı yapmak	C, U
Maske suyunu hazırlamak	C, U
Maske levhasını suda yumuşatmak	C, U
Maskeyi tedavi bölgesine yerleştirmek	C, U
Tedavi bölgesine göre maskeyi şekillendirmek	C, U
Maskenin kontrol edilmesini sağlamak	C, U
Kalıp astarını masaya sermek	C, U
Kalıp astarı üzerine hastayı yerleştirmek	C, U
Kalıp astarı içerisine poliüretan veya hava doldurmak	C, U
Kalıbın sorumlu tarafından kontrol edilmesini sağlamak	Y
Hasta pozisyonunu kontrol etmek	U
Skopi ekranından tedavi alanını izlemek	C, U
Skopi ekranından tedavi alanının sorumlu tarafından incelenmesini sağlamak	U, Y
Film kasetini yerine yerleştirmek	C, U
Film doz ayarını yapmak	C, U
Simülasyon ıktısı almak	C, U
Simülasyon filmi ve çıktısının sorumlu tarafından kontrol edilmesini sağlamak	Y
Simülasyon filmi ve çıktılarını incelemek	P, U, Y
Simülasyon filmi ve kalıp köpüğünü pantoğrafa yerleştirmek	C, U
Pantografla kalıp köpüğünü kesmek	C, U
Kalıp köpüğünü rötuşlamak	C, U
Kalıp köpüğünü muhafaza kalıbına yerleştirmek	C, U
Kurşunu eritmek	C, U
Kurşunu kalıba dökme	C, U

Kurşun blok bağlantı elemanlarını yerleştirmek	C, U
Kurşun bloğu kontrol etmek	C, U
Kurşun bloğu rötuşlamak	C, U
Kurşun blokları makineye yerleştirmek	C, U
Makine ayarlarını kontrol etmek	C, U
Hasta pozisyonunu kontrol etmek	U
Hastaya komut vermek	T, Y, U, P, R
Işın tedavisini başlatmak	T, Y, U, P
Monitörden hastayı izlemek	T, Y, U, P
Port film çekmek	C, U
İşçi sağlığı ve iş güvenliğine ilişkin önlemleri almak	C, U, R
Çalışma mekanını kontrol etmek	C, U, R
Çalışma mekanının tertip ve düzenini sağlamak	C, U, R
Düzenli olarak dozimetri ölçümlerini yaptırmak	R

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu radyoterapi programından mezun olan teknikerin, belirli düzeylerde yapması gereken, görev tanımı kapsamında da bulunan temel teknikerlik uygulamaları, örn. günlük çalışma programı yapabilmesi için uygulama hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir.

Tablo 2.4. Kullanılan Araç, Gereç ve Ekipmanlar

Betatron cihazı	C, U
Bolus	U
Co-60 cihazı	C, U
CT simülatör	C, P, U, Y
Film kaseti	U
Filtre (wedge)	C, U
Gonat koruyucular	U
Hipofiz yastığı	U
İnternal tedavi cihazı	C, U
Konturmetre	C, P, U, Y
Lineer hızlandırıcı	C, U
Mekanik El Aletleri	U
Meme yastığı	U
Prone yastığı	U
Simülasyon cihazı	C, P, U, Y
Fiducial	U
Fantom	U
Dozimetre	U, R
Tray	U
Alfa –Vakum Yatak -Yastık	U
Yastık altlığı	U

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu radyoterapi programından mezun olan teknikerin, belirli düzeylerde yapması gereken, görev tanımı kapsamında da bulunan temel teknikerlik uygulamaları, örn. betatron cihazı için cihazın ve/veya kullanılan aletlerin çalışma prensibi hakkında bilgi sahibi olması ve uygulama hakkında da bilgi sahibi olması gerekmektedir.

2.3.2.3. Öğrenme ve Ölçme-Değerlendirme

Radyoterapi programı ön lisans eğitiminde amaç öğrencilerin öğreniminde, teknikerlik hizmetlerinde, profesyonel değer ve iletişim becerilerine yönelik davranışlarında yeterlik elde etmeleridir. Bu nedenle teknikerlik eğitiminde meslek uygulamalarına yönelik eğitim, bilgiye yönelik eğitim ve profesyonelliğe yönelik eğitim alanlarının da kapsanması, bu bölümlerin hepsi için aşağıda (Bkz. Tablo 2.5) genel olarak listelenen öğrenme metod ve araçlarından uygun düşenlerin seçilmesi ve bunların birbirlerini destekleyerek aynı şekilde iç içe ve bütünlüklü olarak uygulanması gerekir.

Üç ana yeterlik / eğitim alanı ve kullanılabilir öğrenme ve ölçme-değerlendirme yöntemlerinden ön plana çıkanlar şunlardır:

Tablo 2.5. Öğrenme, Ölçme ve Değerlendirme Yöntemleri

Yeterlik / Eğitim Alanları	Öğrenme Yöntemleri	Ölçme-Değerlendirme Yöntemleri
Bilgiye Yönelik Eğitim	<ul style="list-style-type: none">❖ Amfi dersi / sunum: Düz anlatım, eğitici sunumu, etkileşimli amfi dersleri❖ Disiplinler arası öğrenme etkinlikleri (toplantılar, paneller, grup tartışmaları),❖ Küçük gruplarla yürütülen öğrenme etkinlikleri,❖ Projeye / araştırmaya dayalı öğrenme,❖ Bağımsız öğrenme.	<ul style="list-style-type: none">❖ Çoktan Seçmeli Sınav (ÇSS), eşleştirme❖ Yazılı Sınav❖ Uzun ve kısa cevaplı yazılı sınav, boşluk doldurma, doğru-yanlış tipi soru❖ Yapılandırılmış Sözlü Sınav (YSS)
Uygulamaya Yönelik Eğitim	<ul style="list-style-type: none">❖ Uygulama alanlarında gerçekleştirilen yapılandırılmış öğrenme etkinlikleri,❖ Yapılandırılmış klinik durum tartışması,❖ İş başında öğrenme ve değerlendirme.	<ul style="list-style-type: none">❖ Çoktan Seçmeli Sınav❖ Yazılı Sınav❖ Yapılandırılmış Sözlü Sınav (YSS)❖ Objektif Yapılandırılmış Pratik Sınav (OSPE)
Profesyonelliğe Yönelik Eğitim	<ul style="list-style-type: none">❖ Disiplinler arası öğrenme etkinlikleri (toplantılar, paneller, forumlar, grup tartışmaları)❖ İş başında öğrenme ve değerlendirme,	<ul style="list-style-type: none">❖ İş başında gözlem ve değerlendirme❖ Öğrenci gelişim dosyası (portfolio) uygulaması,

Radyoterapi programı ön lisans öğreniminde hedef öğrencilerin bilgide, teknikerlik faaliyetlerinde, profesyonel değer ve iletişim becerilerine yönelik davranışlarında yeterlik elde etmeleridir. Bu doğrultuda belirlenen örn. bilgiye yönelik eğitim alanında, çeşitli öğrenme yöntemleri; amfi dersi/sunum, disiplinler arası öğrenme etkinlikleri, küçük gruplarla yürütülen öğrenme etkinlikleri, projeye/araştırmaya dayalı öğrenme, bağımsız öğrenme ile ölçme değerlendirme yöntemleri olarak da; çoktan seçmeli sınav, yazılı sınav, kısa ve uzun cevaplı yazılı sınav, boşluk doldurma, doğru-yanlış tipi soru, yapılandırılmış sözlü sınav gibi bunların birbirlerini kapsayacak şekilde, iç içe ve bir bütün halinde uygulanması önemlidir.

2.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARI

İnsan için iş kaçınılmaz bir gerekliliktir. Çünkü insan, yaşamı için gerekli olan her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır. Çalışmak ise yaşamın bir parçasıdır. Ancak bazen insanlar yaptıkları işten ve çalıştıkları ortamdan kaynaklanan sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler. Oysa yaşamak nasıl bir insan hakkı ise, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak da bir insan hakkıdır (Esmek vd., 2003). Bu doğrultuda, sağlıklı ve güvenli iş ortamı ve güvenli istihdam özellikle sağlık çalışanları arasında oldukça önemlidir.

Çalışma yaşamında kalitenin artırılması, hasta bakım kalitesinde de artışa yansımaktadır. Bir diğer yandan, herhangi bir iş ortamında çalışanın sağlıklı olması sadece kendisini değil aynı zamanda hizmet verdiği kişileri de etkilemektedir. Bu bağlamda; sağlık çalışanının yani sağlık hizmeti verenin sağlıklı olması, sağlık hizmeti alanın sağlığını ve yaşam kalitesini artırır (Parlar, 2008).

Çalışanın sağlığı ile çalışma ortamı arasında iki yönlü bir etkileşim bulunur. Sağlık; çalışma yaşamını, çalışma yaşamı da sağlığı etkiler (Buğdaycı vd., 2001). Bugün sağlığın tanımı yapılırken, yalnızca hastalığın ya da sakatlığın bulunması durumuna göre değil, aynı zamanda bedenen, ruhen ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik durumu tanımlamaları yer alır. Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization-ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında iş sağlığını; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst

seviyede tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlamışlardır (Dindar vd., 2004; Bilir ve Yıldız, 2006). İşin ve çalışma sürecinin etken olduğu birçok sağlık sorunu ve iş kazaları gibi çalışma ortamlarından kaynaklanan tehlikeler sağlığı doğrudan etkilemektedir. Bu da sağlıklı çalışma ortamının önemini çok daha açık olarak göstermektedir (Nahçıvan, 1997; Dindar vd., 2004; Bilir ve Yıldız, 2006). İş sağlığı ve iş güvenliği bakımından önemli riskler taşıyan çalışma alanlarından biri de sağlık hizmetleri alanında görev yapan radyoloji ve nükleer tıp bölümlerinde hizmet verenlerdir. Sağlık hizmetlerinin birçok alanında özellikle de hastanelerde çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen pek çok risk faktörü bulunmaktadır (Janowitz et al., 2005).

2.4.1. İş Sağlığı ve Güvenliğine Dair Yapılan Düzenlemeler

Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization-ILO) daha 1950’li yıllarda her çalışanın, 1970’li yıllarda ise özelde sağlık çalışanlarının “sağlıklı olma” ve sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma” hakkının olduğunu ve bunun da hastanelerde ilgili birimin kurulması ile sağlanabileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte Uluslararası Çalışma Örgütü, 1985 yılında her ülkede sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesi ile ilgili önemli bir karar almıştır. Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (International Occupational Health Commission- IOHC) 1990 yılında, sağlık çalışanlarının sağlığının işçi sağlığı yaklaşımı ile ele alarak, hastanelerde ilgili birimin kurulması gerektiğini belirtmiştir. ABD’de ise Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (the National Institute for Occupational Safety and Health-NIOSH), 1974 yılında hastane sağlık ve güvenlik programı geliştirmiş ve ulusal sağlık sistemine bağlı ilgili birim ilk kez ABD’de olmak üzere, İspanya, Almanya, İngiltere ve Finlandiya gibi ülkelerde kurulmuştur (Özkan ve Emiroğlu, 2006). Türkiye’de sağlık çalışanının sağlığı konusunda yapılan ilk çalışmalar, 1989 yılı başında Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi tarafından “Bu bizim sağlığımız” sloganı ile başlatılmış, konuya ilişkin bir veri tabanı oluşturulması hedeflenmiştir (HASUDER İSÇG., 2013). 1995 yılında “Hastane Çalışanların İş Sağlığı Yönetmeliği” gündeme gelmiş, ancak uygulamada çok karşılık bulamamıştır.

Hastanelerde çalışanların sağlık ve güvenliğine yönelik çalışmaları yürütecek bir komitenin gerekliliği 1999-2000 yıllarında Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Ulusal Kongrelerinde ele alınmış, kamu hastanelerinde kurulmasına yönelik pilot çalışmalara başlanmış ancak devam ettirilememiştir (Sağlıkçının Sağlığı, 2000). 29 Nisan 2009 tarihinde çıkan “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ” in 15. Maddesinde çalışan güvenliğine ilişkin alınması gereken önlemler sıralanmış ve bir anlamda bu işlevi görececek birimlerin kurulması için bir dayanak oluşturulmuştur. 6 Nisan 2011’de çıkan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” kamu, üniversite ve özel sağlık kurumlarına hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri düzenleme zorunluluğu getirmiştir. Yönetmelik sadece ikinci ve üçüncü basamağı kapsamış ve daha çok çalışan güvenliği ile sınırlanmıştır. Yönetmelikte sayılan hizmetleri yerine getirecek bir birimden bahsedilmemektedir. Yönetmeliğin 7. Maddesinde çalışan güvenliğine ilişkin aşağıdaki düzenlemeler yer almıştır:

- a) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- b) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- c) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- d) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- e) Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması (Sağlıkçının Sağlığı, 2000; Türk, 2011).

Ancak, yönetmelik çalışan sağlığını ele almamış olup, sağlık taramalarını kapsamamakta, tüm birimleri ve meslekleri kapsayan bir risk değerlendirmesi içermemekte, iş kazası ve meslek hastalığı “olay” olarak ele alınmaktadır (Sağlıkçının Sağlığı, 2000).

Sağlık bakanlığı’ nın 6 Nisan 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınladığı “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ve ardından Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 30 Haziran 2012 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan “İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu” ile kamuda çalışan sağlık çalışanlarının da iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinden yararlanabilmesine olanak tanımıştır (Resmi Gazete, 2013). Bunları takiben yayınlanan 14.05.2012 tarihinde çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik genelgede yönetmeliğin hayata geçirilmesi ve çalışan güvenliği

birimi oluşturulması konusunda hastaneler bilgilendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Bu genelgede tüm sağlık kurumlarında, hizmet alanlar ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla yayımlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda;

1. Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
2. Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
3. Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
4. Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
5. Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,
6. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,
7. Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
8. Çalışanlara, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi konusunda hastaneler bilgilendirilmiştir.

2.4.2. Radyoloji Alanında Çalışanların Çalışma Şartlarını Düzenleyen Mevzuat

Radyasyon kaynakları ile çalışanlara ilişkin olarak, sağlıkla ilgili genel düzenlemelerin yanında özel düzenlemeler de bulunmakla birlikte, bu düzenlemelerde çalışma şartları ve süreleri genel düzenlemelerden farklı bir şekilde yapılmıştır. Bu özel düzenlemeler yapılan işin doğası gereği olup, diğer sağlık personelinin tabi olduğu genel düzenlemelerden farklıdır.

I- Mesai süresi “daimi olarak” günde 7 saat (haftada 35 saat) ile sınırlandırılmıştır. Bu personelin çalışma şekli kanuni süreyi aşmamak kaydıyla “vardiya” şeklinde düzenlenebilir.

II- Bunun dışında, “mesai dışı çalışma (surtime), şef nöbeti, acil nöbeti veya brans nöbeti” adı altında başka bir çalışma programı düzenlenemez.

III- Radyasyon (ŞUA) izninin verilmesi zorunludur.

1- Radyoloji Çalışanlarının Mesai Süresi “Daimi Olarak” Kesintisiz Şekilde Tespit Edilmektedir. Bu Kimseler Hastanenin Başka İşlerinde Kullanılamaz:

A- 3153 Sayılı “Radyoloji, Radyum, Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun” un 3.maddesi uyarınca, 27.04.1939 tarih ve 2/10857

sayılı bakanlar kurulu kararı ile yayımlanarak yürürlüğe giren “Radyoloji, Radyom, Elektrikle Tedavi Müesseseleri Tüzüğü”:

MADDE 21- Röntgen ve Radyom ile “daimi olarak” günde 5 saatten (ek kanunla 7 saate çıktı) fazla çalışılmaz. Röntgen muayenehanelerinde pazardan maada ayrıca bir gün daha öğleden sonra tatil yapılmalıdır.

MADDE 22- Hastanelerde, röntgen ve radyom ile tam müddetle (günde 7 saat) çalışan kimseler, hastanenin başka işlerinde kullanılmaz. Bunlara gece uykularını ihlal edecek iş verilmemelidir.

B- Sağlık Bakanlığı'nın 02.08.1962 tarih ve 12175 sayılı genelgesi: “Kanunda geçen 5 saatlik müddetin, yalnız müştemilen makine başında geçmesine gerek insan vücudunun mukavemeti ve gerekse sıhhati bakımından mümkün olmayacağı, bunun için tüm röntgen mesaisinin 5 saat (ek kanunla 7 saat oldu) dahilinde olduğu, bir-iki saatlik röntgen mesaisini yapan şahsın bile bu kanundan istifade edebileceği tasrih edilmiştir.”

C- Türkiye Atom Enerji Komisyonu'nun 16.03.1978 tarih ve 8100-6-67 sayılı yazısı: “Röntgen, Radyom ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamnamenin 21. ve 22. Maddelerinde belirtilmiş olan günde 5 saat çalışma şeklinin, 5 saat devamlı şekilde skopi, grafi ve ışın tedavisi çalışmaları için, devamlı ışın karşısında bulunmayı gerektiren bir durum olmadığı, radyoloji müessesinde yapılması mutad ve zorunlu olan skopi, grafi, tedavi çalışmaları, karanlık oda çalışmaları, grafilerin tetkiki, raporların yazılması, kayıtların tutulması ve konsültasyonlar gibi günlük mesleki çalışmaların toplamını ifade etmekte olduğu neticesine varıldığı bildirilmiştir.”

Görüldüğü üzere radyoloji bölümünde yapılan bütün işler mesleki çalışmaların toplamını ifade etmekte olup, radyoloji çalışanlarının ilgili tüm yasal haklardan yararlanacağı açıktır.

2- Çalışma Süresi Haftalık 35 Saattir:

30.01.2010 tarih ve 27478 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair 5947 Sayılı Kanunun” madde 9, ek madde 1 bendinin, 19.04.1937 tarihli ve 3153 sayılı “Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanuna” eklenmesi ile “haftalık çalışma süresinin 35 saat olduğu” belirlenmiştir.

MADDE 9- 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı “Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun” a aşağıdaki ek madde eklenmiştir: “EK MADDE 1- İyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personelin haftalık çalışma süresi 35 saattir. Bu süre içerisinde, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirtilen radyasyon dozu limitleri de ayrıca dikkate alınır. Doz limitlerinin aşılmaması için alınması gereken tedbirler ile aşıldığı takdirde izinle geçirilecek süreler ve alınacak diğer tedbirler Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.”

3- Çalışma Vardiya Şeklinde Düzenlenebilir:

05.07.2012 tarih ve 28344 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik” 8. Madde, 2. Bendine göre: “Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin, işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrolleri Ek-1’deki form doğrultusunda ilgili idare tarafından yaptırılır. Bu personelin çalışma şekli, kanuni süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir.” denilmektedir.

4- Radyasyon (Şua) İzni Radyoloji Çalışanları İçin Zorunludur:

A- 05.07.2012 tarih ve 28344 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik.”

B- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun 10.12.2012 tarih ve “Şua İzinleri” konulu yazısı.

5- Genel Hükümler Radyoloji Çalışanlarına Uygulanamaz:

05.07.2012 tarih ve 28344 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik” 8. Madde, 2. Bendine göre: “Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin, işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrolleri Ek-1’deki form doğrultusunda ilgili idare tarafından yaptırılır. Bu personelin çalışma şekli, kanuni süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir.” hükmünden dolayı;

A- Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 08.02.2006 gün ve 2006/16 sayılı genelge ile genel hastaneler için de branş nöbeti uygulamasının yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Bu genelgenin 4 nolu bendinde yer alan “acil nöbetine giren uzman hekimler dışında kalan branşlardaki uzman hekimler (FTR, Cildiye, Biyokimya, Radyoloji vb.) idari nöbete dahil edileceklerdir” ile,

B- “16.10.2009 tarih, 27378 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğin 12. Madde 4. Fıkrası”: “Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir.” şeklindeki genelge ve tebliğlerin, radyoloji çalışanlarını ilgilendiren özel yasa ve düzenlemelere aykırı olduğu açıktır. Nitekim kanun, tüzük ve yönetmelikler “NORMLAR HİYERARŞİSİ” nedeniyle genelge ve tebliğe göre daha üst normlarda oldukları gibi, mezkur yönetmelikle (05.07.2012 tarih ve 28344 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik”) daha yeni tarihli ve radyoloji alanına ilişkin özel bir düzenleme mevcuttur.

6- İlgili Mevzuat:

A- Kanun

30.01.2010 tarih ve 27478 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair 5947 Sayılı Kanunun” madde 9, ek madde 1 bendinin, 19.04.1937 tarihli ve 3153 sayılı “Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanuna” eklenmesi ile “haftalık çalışma süresinin 35 saat olduğu” belirlenmiştir.

MADDE 9- 19/4/1937 tarihli ve 3153 sayılı “Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun” a aşağıdaki ek madde

eklenmiştir: “EK MADDE 1- İyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personelin haftalık çalışma süresi 35 saattir. Bu süre içerisinde, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirtilen radyasyon dozu limitleri de ayrıca dikkate alınır. Doz limitlerinin aşılmaması için alınması gereken tedbirler ile aşıldığı takdirde izinle geçirilecek süreler ve alınacak diğer tedbirler Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.”

B- Tüzük

3153 sayılı “Radyoloji, Radyom, Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanunun” 3. Maddesi uyarınca 27.04.1939 tarih ve 2/10857 (Resmi Gazete: 06.05.1939; Sayı: 4201) sayılı bakanlar kurulu kararı ile yürürlüğe giren “Radyoloji, Radyom, Elektrikle Tedavi Müesseseleri Tüzüğü”, madde 21 ve 22 ile radyoloji doktorlarının hastanenin başka işlerinde kullanılmayacağı açık bir hükümdür.

MADDE 21- Röntgen ve Radyom ile DAİMİ OLARAK günde 5 saatten (ek kanunla 7 saate çıktı) fazla çalışamaz. Röntgen muayenelerinde pazardan maada ayrıca bir gün daha öğleden sonra tatil yapılmalıdır.

MADDE 22- Hastanelerde, röntgen ve radyom ile tam müddetle (günde 7 saat) çalışan kimseler, hastanenin başka işlerinde kullanılmaz. Bunlara gece uykularını ihlal edecek iş verilmemelidir.

C- Yönetmelik

05.07.2012 tarih ve 28344 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik” 8. Maddeye göre;

“Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin çalışma şekli, kanuni süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir; ve normal mesai dışında icap nöbetine çağrılmış ise icap nöbetinde bilfiil çalışılan süre de haftalık çalışma süresine dahil edilir.”

Personel çalışma esasları ve tedbirler:

MADDE 8-(1) Radyasyon kaynağı ile çalışan personel, 7. Maddede belirtilen radyasyon doz limitleri ve Kanunun Ek 1 inci maddesinde öngörülen süre dahilinde çalıştırılır. Bu personel normal mesai dışında icap nöbetine çağrılmış ise icap nöbetinde bilfiil çalışılan süre de haftalık çalışma süresine dahil edilir. İdare, personelin sağlığını korumak, doz aşımına maruz kalmasını önlemek ve iş güvenliğini sağlamak için işin

niteliğine uygun koruyucu giysi ve teçhizatı eksiksiz bulundurmak ve bu yönetmelik hükümlerini yerine getirmekle; personel de gerekli korunma tedbirlerine uymakla yükümlüdür. (2) Radyasyon kaynağı ile çalıştırılacak personelin, işe başlatılmadan önceki tıbbi muayeneleri ile işe başlatıldıktan sonraki yıllık sağlık kontrolleri Ek-1'deki form doğrultusunda ilgili idare tarafından yaptırılır. Bu personelin çalışma şekli, Kanuni süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir.

D- Genelge

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 06.08.2012 tarih ve 34 sayılı genelgesinin 4. Madde, 1. Bendi ile ilgili Yönetmelik hükümleri genelgeyle bildirilmiştir. 4- Radyasyon kaynağı kullanılan sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tüm personel için idarelerin alması gereken tedbirler ile personelin çalışma esasları belirlenmiştir. Buna göre; 4.1. Radyasyon kaynağı ile çalışan personel, bu Yönetmelikte belirtilen radyasyon doz limitleri ve Kanunun Ek 1 inci maddesinde öngörülen süre dahilinde çalıştırılır. Bu personelin çalışma şekli, kanuni süreyi aşmamak kaydıyla, hizmetin etkinlik ve sürekliliğinin sağlanması bakımından vardiya veya nöbet şeklinde düzenlenebilir. Bu personel normal mesai dışında icap nöbetine çağrılmış ise icap nöbetinde bilfiil çalışılan süre de haftalık çalışma süresine dahil edilir (Resmi Gazete, 2012).

2.5. DEPRESYON

Günümüzde sık görülen duygu durum bozuklukları ve özellikle depresyon, hayatın herhangi bir zaman diliminde ortaya çıkabilmektedir. Bir somatik hastalığın sonucu olarak ve/veya stresli bir yaşam olayına reaksiyon olarak, çocuklukta, ergenlikte ve yaşlılıkta ortaya çıkabilen duygu durum bozuklukları; başka psikolojik problemlere de etki ettikleri göz önüne alınırsa, bu çok geniş yelpazelerinden ötürü çok fazla önem taşımaktadır (Sayıl, 2004).

2.5.1. Depresyonun Tanımı

Depresyon, psikiyatride ruhsal çökkünlük anlamında kullanılmaktadır. Bir karamsarlık, ümitsizlik, kendine güvensizlik, yetersizlik, değersizlik duygusu, çaresizlik, önemsiz nedenlerden dolayı suçluluk duyma ya da kendini suçlama, sosyal yaşamdan geri çekilme, iştah kaybı ya da fazla yeme, uykusuzluk ya da aşırı uyku, psikomotor heyecan ya da yavaşlık, dikkatsizlik, unutkanlık, karar vermede güçlük, mutsuzluk, baş ağrısı gibi fiziksel şikayetler, normalde hoşlandığı etkinliklere ya da genelde yaşama karşı ilgi kaybı, (çocuklarda ve ergenlerde ayrıca uykusuzluk, can sıkıntısı) aşırı durumlarda ölüm ve intihar düşünceleri, vb. ile tanımlanan ve belirlenebilir bir olaya (bir sınavı, işini, yakınlarını kaybetmek gibi) bağlı olarak ortaya çıkan ruhsal bir çökkünlüktür (Şenol, 2015).

Toplumda en yaygın görülen psikiyatrik hastalıktır. Yeni sınıflamalarda duygu durum bozuklukları arasında yer alır. Bazen üzücü ve sıkıcı yaşam olayları, karşılaşılan ruhsal örselenmeler, olumsuz çevre şartları bireyi depresyona iter; buna reaktif depresyon denilir. Burada beyindeki biyokimyasal değişiklikler yaşanan olaylara sonuç olarak gelişir, ama onda bile kişinin depresyona yatkın olup olmadığına göre depresyona girip girmeme olasılığı değişkenlik gösterir (Yelkenci, 2013).

Genel olarak tanımlara bakılacak olursa duygulanım; bireyin uyarıcılara, yaşanan olaylara, düşüncelere, anılara, duygusal reaksiyon ile katılabilme yetisidir. Duygu durumu ise kişinin bir süre, değişik seviyelerde rahat, üzüntülü, neşeli, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içine girmesidir. Bu anlamda “depresyon”; derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü hem bunalıtlı bir duygu durumunun olduğu sendromdur. Buna ilaveten konuşma, düşünce, devinim ve fizyolojik işlevlerde durağanlık; duygu ve düşüncelerde ise karamsarlık, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik olabilir. Depresyon, birincil çökkünlükler (Somatik ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın ortaya çıkan ruhsal çökkünlük) ve ikincil çökkünlükler (Somatik ya da başka bir ruhsal hastalığa ikincil olarak ortaya çıkan ruhsal çökkünlükler) şeklinde ikiye ayrılabilir (Öztürk, 2004).

2.5.2. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma

Günümüzde depresyona dair birincil kavramların genel tanımlanmasında ortak bir nokta söz konusudur, fakat yine de tanı için temel olarak ölçüt alınan DSM ve ICD kriterlerinde bazen zıtlıklar görülebilmektedir (Sorenson et al., 2005). Tanılama sistemleri tanımlamalardaki zıtlıkları önlemede yarar sağlamaktadır. Bunun için ilk önce Dünya Sağlık Örgütü' nün 2001 raporundaki depresyon tanımlamasına bakmak daha sonra ICD kriterlerine bakmak yararlı olacaktır (Koç, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü depresyonu; kederlilik, aktivitelere karşı ilgi kaybı ve düşük enerji ile komorbidite giden bazı semptomlarla tanımlamaktadır. Yaygın bir depresif epizotta bu belirtilere ek olarak konsantrasyon kapasitesinde düşme, haz alma ile ilgi ve çok az bir uğraşından sonra halsizlik yaygın olarak görülebilmektedir. Suçluluk ile değersizlik düşünceleri, neredeyse çoğu zaman azalmış kendine güven ve düşük kendilik saygısının olması da görülebilir. Depresif epizotun düzeyi; hafif, orta ya da ağır olarak tanımlanabilir ancak bunlar semptomların sayısı ve şiddetine göre belirlenir (Dünya Sağlık Örgütü, 2001).

Hafif düzey depresyonda, yukarıda bahsedilen belirtilerin ikisi ya da üçü görülebilir ve kişi bunlardan dolayı sıkıntı yaşasa da yine de pek çok aktiviteyi devam ettirebilir. **Orta Düzey Depresyonda**, yukarıda bahsedilen belirtilerin dört ya da daha fazlası görülebilir ve kişi günlük işlevselliğini devam ettirmede zorluk yaşar. **Ağır düzey depresyonda** ise yukarıda bahsedilen belirtilerin çoğu görülür ve değersizlik, kendilik saygısında düşme ile suçluluk düşüncelerinin yanında intihar düşünceleri ve girişimleri de gözlenir (Dünya Sağlık Örgütü, 2001).

Depresyon, ruhsal hastalıklar arasında en yaygın görülen bozukluklardandır. Araştırma yöntemlerinin farklılığından dolayı sıklık ve yaygınlığına ilişkin datalar farklılık göstermekle birlikte, depresyonda yaygınlık genel olarak yüzde 9 ile yüzde 20 arasında değişebilmektedir ve yaşam boyu depresyon riski erkeklerde yüzde 8 ile 12 arasında değişirken, kadınlarda yüzde 20 ile 26 arasında değişmektedir (Öztürk, 2004). Erkekler ve kadınlar arasındaki bu farkın 13 yaşından sonra başladığı (Ge et al., 1994; Hankin et al., 1998) ve özellikle 15-18 yaşlarında zirveye ulaştığı görülmektedir (Hankin et al., 1998).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre depresyon oranı son bir yılda yüzde 4 olarak belirlenmiştir (Kılıç, 1998). Depresyon, tüm bozukluklar arasında birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda en sık rastlanan tanıların başında gelmektedir (Katon, 1982; Rezaki, 1995b; Whooley et al., 1997). Dünya Sağlık Örgütü'nün 1997 yılında yaptığı çalışmanın verilerine göre depresyonun 2020 yılına kadar yeti yitimine, zaman kaybına ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağı öngörülmektedir. Ayrıca 2020 yılında depresyonun hastalık yükü açısından gelişmiş ülkelerde ilk sırada yer alacağı, gelişmekte olan ülkelerde ise üçüncü sırada olacağı bildirilmektedir (Murray and Lopez, 1997).

Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü ile beraber yürütülen bir çalışmada, sağlık ocağına başvuran hastalarda yüzde 11,6 oranında depresyon vakası olduğu ve depresyonun üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (Rezaki, 1995a). Buna karşın, yürütülen çalışmalar birinci basamağa başvuran hastaların ancak yüzde 30 ile 50' sinin depresyon tanısı aldığını göstermektedir (Docherty, 1997; Williams et al., 1999). Türkiye' de bu oran yüzde 15' e kadar inmektedir (Sağduyu vd., 2000).

Depresyonun özellikle birinci basamakta yer alması ve uygun görülen şekilde tedavi edilmesi, depresyonun neden olduğu kayıpların azalmasına olanak tanıyacaktır. Tarama testlerinin günlük uygulanması birinci basamak sağlık hizmetinde ruhsal bozuklukları tanımak için kullanılan en yaygın yöntemdir. Bu şekilde depresyon tanısı koyma oranının 2 ile 3 kat arttığı bildirilmiştir (Henkel et al., 2003). Valenstein ve arkadaşları (2001) depresyon taramasının verimli olabilmesini olası tarama giderlerinin düşük tutulması ve uygun tedavi verilmesiyle mümkün olabileceğini göstermiştir.

Çoğu zaman depresyon olarak yorumlanan durumlar arasında, okulda ya da iş yaşamında karşılaşılan başarısızlık, sevilen birinin yitilmesi ve hastalık ya da yaşlılığın kişinin kaynaklarını tüketmekte olduğunun anlaşılması gibi durumlar sayılabilir. Depresyon, ancak yaşanan olayla orantısız olduğunda ve çoğu bireyin iyileşmeye başlayacağı noktayı aşarak devam etmesi halinde anormal kabul edilir. Depresyon bir mizaç bozukluğu olarak nitelendirilip, dört belirti grubu arasında duygusal (mizaç) belirtileri, güdüsel, bilişsel ve fiziksel belirtiler yer alır. Tanı koymak için bu belirtilerin hepsinin varlığı gerekmez ancak, belirtiler ne kadar fazlaysa depresyonda o oranda şiddetlidir ve kişinin depresyon geçirdiğinden o kadar emin oluruz denilebilir.

Depresyon hafif derecede hemen bütün nevrozlarda bulunur (hiç değilse nevrotik aşağılık duyguları şeklinde); daha şiddetli derecesinde ise, melankolinin ıstırap verici psikotik durumunun en korkunç belirtisidir.

Depresyon, tutkunluklar ve patolojik dürtülerle aynı tip yatkınlığa dayalıdır. Kendine güvenin dış destekler tarafından düzenlendiği bir zaman dilimine fikse olan kimse için, bu desteklerin önemi son derece önemli ve büyüktür.

Depresyonları kolaylaştıran yaşantılar, ya bir benlik değeri yitimini, ya da hastanın kendine güvenini koruyacağını, hatta arttıracığını umduğu desteklerin bir yitimini temsil ederler. Bunlar, başarısızlık, prestij yitimi, para yitimi, bir pişmanlık gibi normal kimsede de kendine güven yitimini gerektirecek yaşantılardır. Depresyonda olan birey yeni etkinliklere başlamakta zorluk çeker ve pasif olma eğilimi gösterir.

DSM-V-TR (2014), bireye depresyon tanısı koyabilmek için aşağıda verilen ölçütleri belirlemiştir.

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygu durum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk almamadır.

Not 1: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygu durum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür).

(Not 2: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygu durum olabilir).

2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlle belirlenir).

3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının % 5' inden daha çok olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma

(Not 3: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır).

4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).

6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not 4: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

Not 5: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, batkılık [parasal çöküntü], doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de, önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçülere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk ya da şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

Not 6: Mani benzeri ya da hipomani benzeri dönemler maddenin yol açtığı dönemlerse ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanabiliyorsa bu dışlama uygulanmaz.

2.5.3. Depresyonun Belirtileri

Depresif belirtiler etki düzeyi ne olursa olsun mutlaka üzerinde durulması gereken bir olgudur. Depresif belirtilerin birey üzerindeki etkisi hafif seviyelerde olduğu zamanlarda bile, kişiyi durağanlığa, verimsizliğe, gelecekle ilgili umutsuzluğa, karamsarlığa ve mutsuzluğa itmesi nedeniyle, yapılacak olan çalışmalarla bu belirtileri gösteren bireylere ulaşılması, koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri açısından önem kazanmaktadır (Özdel vd., 2002).

Depresyonla ilgili tanımlamalardan bir diğeri ise bilişsel yaklaşıma aittir. Bu yaklaşıma göre, depresif belirtilerin yoğun olarak yaşandığı bireylerde ya da depresif kişilikte en önemli ayırt edici özellik, bireylerdeki olumsuz düşüncenin fazla seviyelerde olmasıdır. Depresif bir birey bu dünyanın çok kötü bir yer olduğunu iddia eder. Aynı zamanda kendini değersiz biri olarak görür, suçluluk duygularına sahiptir. Dolayısıyla depresyon bireyde düşük benlik saygısının nedenlerinden biridir (Gür, 1996).

Depresyonun birey üzerindeki etkilerine bakıldığında bunların umutsuzluğun artması, bireyin kendini çaresiz hissetmesi, kişinin suçluluk duygularının artması, kendini harekete geçirecek olan dürtü ve güdülerinde azalma görülmesi, kişinin insanlar arası ilişkilerinde sosyal beceri eksikliği yaşaması ve insanlarla olan etkileşimlerinde gerilemeler görülmesidir (Tegin, 1990).

Depresyon kişinin hayatla olan etkileşiminde gösterdiği bir reaksiyondur. Bireyin devam eden hayal kırıklıkları ve yaşadığı engellenmeler neticesinde verdiği duygusal bir tepkidir. Bu tepkinin gözlemlenebilen en temel özelliği ise bireyin benlik saygısında belirgin bir azalma ve bireyin yaşadığı çökkünlüktür (Yıldız, 2016).

Depresyon halk arasında çok yaygın görülür, depresyonun belirtileri çoktur ve bu belirtiler oldukça karmaşıktır, aynı zamanda yaşla birlikte farklılıklar gösteren ve değişen belirtilerle karakterizedir (Köroğlu, 2006).

Depresyon konuşma ve hareketler gibi fizyolojik işlevlerde yavaşlama ile derin üzüntülü bir duygu durumu içinde değersizlik, küçüklük, yetersizlik, duygu ve düşünceleriyle beraber seyreden bir sendromdur (Aşkın, 1999).

Depresyon, bireyin duygularını, davranışını ve düşüncelerini değiştirebilen ve somatik yakınmalara sebep olabilen bir hastalıktır. Bir insanda depresyonun ortaya çıkacağına veya var olduğuna işaret eden ilk belirtiler kişiden kişiye farklılık gösterebilir ki bazı kişilerde düşünsel ve duygusal bozukluklar hakim iken bazılarında bedensel yakınma ve rahatsızlıklar ön planda olabilir. Depresyonun belirtilerini bedensel, davranışsal, düşünsel ve ruhsal olarak sınıflandırabiliriz (Beck and Clark, 1997: 51-52; Güler, 2006).

Öncelikle bu belirtiler kişinin önceki “normal” saydığı, alıştığı halinden belirgin biçimde farklılık yaratan belirtilerdir (Yelkenci, 2013).

2.5.3.1. Depresyonun Genel Belirtileri

Depresyonun birçok belirtisi olmakla beraber aşağıda sıralanmış olan maddeler depresyonun genel belirtilerine dair bulgulardan oluşmaktadır.

- Depresif duygu durumunun varlığı (hastanın kendisini üzgün, kederli, hüznü, çökkün vb. bir biçimde anlatmasıyla tanımlanır),
- İlgi kaybı, sorunlarla baş edememe, düzelmeyecek gibi hissetme, duygularını ifade edememe,
- Dinlenmeyle geçmeyen hatta artan enerji kaybı, yorgunluk, bitkinlik ve halsizlik,
- Psikomotor retardasyon, ağlayamama ya da çabuk ağlama,
- Anksiyete, eşlik eden panik ataklar,
- Düşüncede yavaşlama ya da düşüncelerin karmaşık olması nedeniyle az konuşma, ilgi kaybı, kararsızlık,
- Yeme (iştah) değişiklikleri, iştah azalması, iştah artışı,
- İşe ve diğer etkinliklere karşı ilgi kaybı, toplumdaki uzaklaşma,
- Konsantrasyon güçlüğü, dikkatsizlik ve unutkanlık,
- Değersizlik, kendini kınama, kendini küçük görme, güvensizlik,

- Benlik saygısında azalma, karamsarlık, umutsuzluk,
- Çaresizlik duyguları, sorumluluklarıyla baş edememe,
- Sanrılar ve kişilik çözülmesi,
- Karamsarlık ve umutsuzluk, ölüm düşünceleri ya da intihar girişimleridir (Tezcan, 2011).

2.5.3.2. Depresyonun Fiziksel Belirtileri

İştahsızlık, uyku bozuklukları, yorgunluk ve enerji kaybıdır. Depresyon geçiren kişinin düşünceleri, dış olaylardan çok içe dönük olduğu için kişi ağrı ve sızılarını abartabilir ve sağlığı hakkında endişeye kapılabilir. Bu belirti tanımından da çıkarabileceğimiz gibi, depresyon bireyin gücünü azaltan bir bozukluktur. Ne yazık ki, ağır depresyonlar ömür boyu sürebilmektedir.

Özellikle ağır depresyonu olan bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada, bu kişilerin yüzde 50' sinin bir yıl sonra düzeldiği bulunmuş ve bu kişilerin yüzde 50' si bir kez iyileştiklerinde iki yıl içinde farklı bir depresyon nöbetine girmişlerdir. Bu araştırmada da yer alan bireylerin çoğu depresyon tedavisi görmemişlerdir.

2.5.3.3. Depresyonun Ruhsal Belirtileri

Depresyonun birçok belirtisi olmakla beraber aşağıda sıralanmış olan maddeler depresyonun ruhsal belirtilerine dair bulgulardan oluşmaktadır:

- Çökkün mizaç, keder, çaresizlik, ümitsizlik, değersizlik duyguları ile belirginleşir.
- İştah ve kilo değişikliği en sık görülen temel belirtilerdendir. Ağır iştahsızlık durumlarında göze çarpacak kadar kilo kaybı, hele de hafta da 5 kilodan fazla kayıp, hekime depresyonun derinliği ve şiddeti hakkında önemli bilgiler verir.
- Uyku bozuklukları genelde üç türlü olabilir. Birincisi uykuya dalma güçlüğü biçimindedir. İkincisi, uykuya daldıktan sonra sık sık uyanma, korkulu düşler

ve kabuslarla uyanma gibi nedenlerle uyku kalitesi ve süresinde bozulmadır. Üçüncüsü ise, erken uyanmadır.

- Enerji azlığı, bitkinlik, çabuk yorulma biçiminde kendini gösterir.
- Dikkat azalması ve düşüncelerini belirli bir noktada yoğunlaştırınamamadır. Daha önce zevk alarak yaptıkları işlerde bile dikkatlerinin çabuk dağılması ve bu nedenle de üretken bir aktivitede bulunamamadır.
- İlgi ve zevk azalması, hemen her hastada bulunan en tipik, karakteristik bir depresyon belirtisidir. Daha önce ilgi duyduğu ve zevk alarak yaptığı işlere ve uğraşlara karşı belirgin bir isteksizlik ve ilgisizlik gözlenir.
- Benlik saygısında düşme, kendini değersiz görme, aşırı suçluluk duyguları, kendini eleştirme ve itham etme gibi duygu ve düşünceler kişinin kendi değerinin düşmesinin belirtileridir. Ağır depresyonda hasta kendisinin tedavi edilmeye değmeyecek kadar değersiz olduğuna inanabilir ve tedavi iş birliğini reddedebilir.
- Ölüm düşünceleri ve intihar girişimleri; hafif ve orta şiddetteki depresyonlarda hastalar alışık olmadık bir biçimde sık sık ölüm düşüncesi ile meşgul olmaya başlar.

2.5.3.4. Depresyonun Davranışsal Belirtileri

Tedirginlik, huzursuzluk, bedensel aktivitelerde ve zihinsel etkinliklerde belirgin bir biçimde durağanlık, bağımlılık yapıcı maddelere karşı aşırı isteklilik, kişiler arası ilişkilere karşı bağımlılık, intihar girişimi gibi kendisine yönelik kıyıcı-yıkıcı eylemler, kendini ihmal etme ve aşırı bakımsızlık, intihar girişimleri ve intihar görülebilir.

2.5.3.5. Depresyonun Düşümsel Belirtileri

Zihinsel işlevlerde yetersizlik, dikkati yoğunlaştırmada güçlük, yaptığı her şeyi ve bütün yaşamını küçük görme, kendini değersiz bulma ve suçlama eğilimi, geleceğe yönelik kaygı ve karamsarlık görülebilir (Yıldız, S.; Yıldız, S.E. 2009: 133-150).

2.5.3.6. Depresyonda Belirti ve Bulgular İle İlgili Araştırmalar

Depresyon, bugün dünyada tüm toplumlarda en sık görülen ruhsal bir rahatsızlıktır. Aynı zamanda çok ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Hemen hemen her toplumda insanların hayatlarının bir döneminde bir şekilde depresyona girme oranı ortalama % 20-25' tir (Güleç, 2009).

Depresyonun zararları oldukça endişe vericidir. Depresyon toplumda sağlık giderlerinin artmasına neden olur, işgücü kayıplarını artırır, bireylerin intihar riskini artırır, tedavi edilmesine rağmen nüksetme ihtimalleri göz önüne alındığında üzerinde önemle durulması gereken bir konudur (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

Depresyon ya da çökkünlük olarak ifade edilen ruhsal problem, yaşanan derin üzüntülü ve bunaltı veren bir duygu durumuyla beraber bireyin düşünce işlevlerinde, konuşma becerilerinde ve fizyolojik fonksiyonlarında yavaşlamaya neden olan, bireyi durgunlaştıran ve bireyde değersizlik hisleri ortaya çıkaran, kendisini küçük görmesine sebep olan, güçsüzlük yaşamasına neden olan, olaylar karşısında isteksiz bir tutum sergilemesi sonucunu doğuran, karamsarlık duygularını artıran bir sendromdur (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Depresyon bireyin otonom alanında yorgunluk yaşamasına, kişinin kendini bitkin hissetmesine, yaşam enerjisinde azalmaya, uyku bozukluğu yaşamasına, kilo değişiklikleri yaşamasına ve sosyal olarak etkinliklere daha az katılmasına, sosyal ilişkilerde eskisi kadar bulunmamasına neden olan bir duygu durum bozukluğudur (Tezcan, 2000).

Depresyon, son derece ciddi sonuçları olabilen ve toplumlarda en sık görülen bir ruhsal bozukluk olarak uzun yıllar yetişkin ve ergenler üzerinde araştırılmıştır (Uzbaş, 2003). Depresyon o kadar yaygındır ki bazen psikiyatri alanının “soğuk algınlığı” olarak ifade edildiği de olur (Blackburn, 1993). Depresyon mutsuz, disforik mizaç ve depresif görünümün günler ile haftalar arasında bir süre devam etmesi durumudur (Tüzün, 1993). Diğer bir ifade ile de depresyon terimi, bir duygusal duruma, bir semptomaya veya bir klinik sendroma işaret eden olumsuzluk durumudur (Watson and Clark, 1995).

Depresyon, tüm dünyada en sık olarak görülen, maksimum oranda kronikleşme, tekrarlama ve intihar riski taşıyan, iş gücü kaybı ve yeti yitimine sebep olan ruhsal bir

bozukluk olma özelliği ile, yaşamsal bir nitelik kazanan toplumsal ve bireysel bir sağlık sorunu halini almıştır. Oldukça yaygın bir ruhsal bozukluk olması yanında yarattığı olumsuz sonuçlar nedeniyle ve yol açtığı yeti yitimi, tanı, tedavi ve koruyucu yaklaşımlar açısından önemi gün geçtikçe artmaktadır (Boyd and Weissman, 1982:109-125; Küey ve Güleç, 1989:1-12; Küey,1992). ABD’ de yapılan alan çalışmalarında majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı yüzde 3.5-5.8, son bir yıllık yaygınlık ise yüzde 2.6-6.2 arasında, yaşam boyu depresyon geliştirme riskinin erkekler için yüzde 3-12, kadınlar için 10-26 olduğu belirtilmektedir (Kessler et al., 1994:51:8-19; Kendler and Prescott, 1999:56-39). Türkiye’ de yapılmış en geniş kapsamlı epidemiyolojik araştırma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profiline göre de 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı yüzde olarak kadınlarda 5.4, erkeklerde 2.3, tüm nüfusta yüzde 4 olarak bulunmuştur (Kılıç vd., 1998:77-94). Yapılan bir diğer çalışmada Sivas il merkezinde gerçekleştirilen, tüm kenti temsil eden 900 kişilik bir örnekleme kapsayan, majör depresif bozukluğun bir aylık yaygınlığı yüzde 18.8 bulunmuş, cinsiyetlere göre dağılımı ise kadınlarda 22.5, erkeklerde ise 11.6 olduğu görülmüştür (Doğan vd., 1995). Ülkemizde yapılan diğer epidemiyolojik çalışmalar (Demir, 1980; Hancıoğlu, 1981; Şaher, 1981; Üstün vd., 1981; Güleç, 1981; Küey, 1985; Altınöz ve Verimli, 1992) gözden geçirildiğinde, farklı tanı araçları ve araştırma yöntemleri kullanılmış olmakla birlikte, toplum içinde klinik düzeyde depresyon yaygınlığının yüzde 10 dolayında olduğu görülmektedir.

Bozukluğun ortaya çıkmasında tek bir risk etkeninin varlığının yeterli olmadığı belirtilmektedir. Çeşitli çalışmalarda ailesel yüklülük (Merikangas et al., 1988), kadın olmak (Weissman et al., 1977:34-98-111; Küey ve Küey, 1988), eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz yaşam olayları (Nezu and Ronan, 1988:35:134-138; Lightsey, 1997:11:263-277), göç (Kara vd., 1996:12:165-170), yakın ilişki azlığı, bedensel hastalıkların varlığı ve tedavisi, yeti yitimine yol açan diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı biçiminde sıralanan değişkenlerin, majör depresyon gelişimi açısından temel risk etkenleri olduğu ileri sürülmüştür (Akiskal, 1992:3:163-169; Bruce and Hoff, 1994; Swindle et al., 1998:186:462-469; Hwang et al., 2000:35:133-145; Ünal ve Özcan, 2000:1:41-48). Kişilik özellikleri de depresyon için risk etkeni olabilmektedir. Bireyin yaşamı boyunca stresle başa çıkmasında ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük yaratan nevrotik, bağımlı, obsesif, içe dönük, kendine güveni az, girişken olmayan, kaygılı,

karamsar, kişilik özellikleri zemininde depresyonun daha sık ve kolay geliştiği belirtilmektedir (Ünal ve Özcan, 2000:1:41-48). 18-44 yaşlar arasında olmak, işsiz ve bekar olmak ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak depresyon için diğer risk etkenleridir (Antony and Petronis, 1991:2:123-132). Sivas il merkezinde yapılan araştırmada da, depresyonun 55-65 yaş aralığında, kadınlarda, okuryazar olmayanlarda, dul, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda daha sık olduğu belirtilmiştir (Doğan vd., 1995).

Batı toplumu dışında, özellikle doğu toplumlarında depresif bozukluklarda bedenselleştirmenin yaygın olduğunu bildiren araştırmalar, bu eğilimin kültürel farklılıklardan kaynaklandığı görüşüne vurgu yapmaktadır. Lambo tarafından Nijerya’ da gerçekleştirilen araştırmanın sonuçlarının, doğu toplumlarında depresif bozukluklarda gözlenen bedensel belirti egemenliğinin kültürel batılılaşma ile tersine döndüğü öngörüsünü doğruladığı bazı yazarlarca aktarılmaktadır (Singer, 1975:9:289-301; Lesse, 1979:33:41-53; Rack, 1980:4(suppl.3):20-33; Katon et al., 1982:72:127-133). Hipokondriazis dışındaki bedenselleştirme bozukluklarının kadınlarda daha sık görüldüğü bilgisi birçok çalışmada vurgulanmıştır (Gelder et al., 1985; Küey vd., 1989:4:72-81).

Hastaların 2/3 ünden fazlasının depresif dönem başlamadan önce ciddi bir ‘yaşam olayı’ ile karşılaştıkları bildirilmiştir (Brown and Moran, 1997:27:21-33). Etkileri uzun süren yaşam olaylarının depresyon oluşturmadaki rolü vurgulanırken, kısa süreli etki oluşturan olayların depresyona yol açmadığı belirtilmiştir.

Depresyonu olan hastaların yaklaşık yüzde 50’ sinin yaşamları boyunca en az bir kez suisid girişiminde bulunduğu bildirilmektedir (Angst, 1996:60(suppl.2):57-62). Klinik olarak suisid riski için hastaneye yatırılan depresyon olgularında yaşam boyu suisid riskinin yüzde 8.6 olduğu belirtilmektedir (Bostwick and Pankratz, 2000:157:1925-1932).

Beck (1972), depresyonda duygusal belirtilerin, kendinden hoşnutsuzluk, kederli duygu durum, doyumsuzluk, ilgide azalma, ağlama nöbetleri ve neşesizliği içerdiğini belirtmektedir. Şahin ve Rugancı’ ya göre (1992), “depresyon” yerine “duygusal rahatsızlık” terimi de sıklıkla kullanılmaktadır. Köknel (1989) depresyonlarda ortak olan ve sık görülen temel bozuklukların; kederli duygu durum, elem doğrultusunda artmış olan duygulanım, karamsarlık, kötümserlik, sıkıntı, umutsuzluk, yalnızlık gibi tedirgin duygu durumu, zihinsel işlevlerde azalma, yavaşlama, buna paralel olarak

hareketlerde yavaşlama, ruhsal etkinliklerde azalma ve yavaşlama olduğunu belirtmektedir. Depresyonun, ruhsal ve bedensel etkinliklerde genel bir yavaşlama, günlük yapılan olağan işlere karşı isteksizlik ve iş yapma gücünü bulamama şeklinde özetlenebileceği vurgulanmaktadır (Gençtan, 1984).

Bir başka açıdan, Öztürk (2001) duygulanımda üzüntü ve acı duyma biçiminde artma olduğu ve sık ağlama görüldüğünü belirtmekte ve kimi hastalarda üzüntü ile birlikte ağır bunaltı da olabileceğine dikkat çekmektedir. Bunun yanında, depresif bireyin derin bir acı içindeyken sevdiklerine karşı bütün duygularını yitirmiş gibi hissetme biçiminde duygulanım azalması belirtileri gösterebileceği ailesine, eşine, yakınlarına, dostlarına eski ilgisini yitirebileceği, kendisinden hoşnut olmaması ve kendisine güvenmemesi nedeniyle çevresindeki bireylere daha çok bağımlı olacağı, onların desteği ve yardımı olmadan doğru düşünüp karar veremeyeceğini düşüneceği belirtilmektedir. Köknel (1989) hafif depresyonlu olma, bununla birlikte geleceğini de çaresiz, karanlık ve umutsuz olarak algılamaya dayalı duygu ve düşüncelerin hastanın ruhsal yapısına egemen olduğunu vurgulamaktadır. Şahin ve Rugancı (1992), depresyondaki bir kişinin, aranan özelliklere sahip olmadığına gerçekten inanması nedeniyle benlik saygısının ve kendine olan güvenin de kötü biçimde etkileneceğini, bireyin karar vermede güçlük çekmesi, dünyayı “acıdan başka hiçbir şey getirmeyen”, “hayal kırıklığına uğratici” bir yer olarak algılaması, acının bitmeyeceğine dair umutsuzluğa kapılması ve durumunu değiştiremeyeceğine inanmasına bağlı olarak, intiharı bile çözüm olarak görebileceğini ifade etmektedirler.

Benzer şekilde, öz saygı yitimi, kendi kendini suçlama eğilimi, işe yaramaz, değersiz ve küçük biri olduğu fikirlerinin bireyde yoğunlaştığı ve bunların küçüklük sanıları derecesine ulaşabildiği, işe yaramazlık düşüncelerinin cezalandırılma beklentilerine yol açabileceği de belirtilmektedir (Öztürk, 2001). Köknel (1989), depresyondaki bireylerin bedensel, ruhsal, toplumsal özelliklerini, becerilerini, yeti ve yeteneklerini olduğundan düşük, kötü, olumsuz olarak değerlendirme eğiliminde olduğunu belirtmektedir. Depresyonun ciddiyetine ve şiddetine göre bireylerde güdülenmede azalma oluşmaktadır, bu azalma; toplumsal güdülerden, bedensel, biyolojik, fizyolojik güdülere doğru ilerlemektedir.

Bunaltılı hastaların olayları olduğundan daha ciddi biçimde değerlendirdikleri, ağlama nöbetleri görülebildiği, hipokondriyak uğraşlar ve birçok bedensel yakınmayla

-özellikle orta yaş depresyonlarının- hekim hekim dolaştıkları belirtilmektedir. Depresyonda olan bireylerin artık her türlü kötülüğü hak etmiş olduklarını hissettiği, geleceğe ilişkin umutsuz, karamsar bir bakış ve olumsuz beklentileri, intihar düşünceleri, eğilimleri ve girişimlerine sebep olduğu vurgulanmaktadır (Köknel, 1989; Öztürk, 2001).

Depresyonun fiziksel ve bedensel belirtilerinin, iştahsızlık, uyku bozukluğu, libido kaybı ve yorgunluğu içerdiği bildirilmektedir (Aydın, 1990; Öztürk, 2001). Hastaların çoğunda yeme isteğinin azalıp kısa sürede kilo kaybının olduğu, yemeklere ve yemek kokularına karşı bir tikslenme olduğu, daha seyrek olarak da aşırı yeme ve kilo alma görülebildiği ve genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmaktan yakınma olduğu belirtilmektedir. Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma -kimi hastalarda uyku bozukluğu, uykuya aşırı eğilim biçiminde olabilmektedir- belirtilerinin yanında, bunaltılı depresyonlarda sabah erken uyanma ve uyanır uyanmaz ağır bir sıkıntı, sorunun en tedirgin edici belirtisi -hastalığın biyolojik göstergelerinden biri- olarak gösterilmektedir (Aydın, 1990; Öztürk, 2001).

Şahin ve Rugancı' ya göre (1992), depresyon yaşayan bireyin, uykuya dalması sorun olurken bazen de gecenin ortasında ya da çok erken saatlerde uyanma gibi sıkıntılar yaşayabileceği, bunun yanında, uyku süresinde artışın da gözlenebildiği, iştahta azalma olduğunda kilo kaybı; artma olduğunda da kilo artışları olabildiği, enerji kaybının yanı sıra bazen, cinsel ilgi kaybı gibi belirtilerin de gözlenebildiği belirtilmektedir.

Öztürk (2001) diğer fizyolojik belirtilerin, hızlı göz küresi hareketleri olduğunu, REM uykusunun normale göre uykunun ilk dönemlerine doğru kayabileceğini, REM uykusu dönemlerinin daha uzun süreceğini, mevsimsel depresyon nöbetleri geçiren hastalarda aşırı yeme, kilo alma ve aşırı uyku, hastanın sindirim sisteminde, iştah azalmasından ya da başka bir sebepten kaynaklı, yavaşlama belirtileri ve kabızlık olabileceğini, hayatın bütün yönlerine karşı ağır bir isteksizlik olması, libido ve eylemde azalma, zevk alamama gibi belirtilerin olduğunu bildirmektedir.

Köknel (1989), depresyonda olan bireylerin, nesnel ortamın algılanmasında öznel algı ortamının belirlediği illüzyonlar; kişileri, nesnelere, olayları, gördüklerini, işittiklerini ve dokunduklarını hatalı olarak algılamaları, seslerden çabuk ve kolay

etkilenmeleri, konuşmaları kötü yorumlamaları, gördüklerinden korkmaları gibi sorunlar yaşayabileceğini vurgulamaktadır.

2.5.4. Depresyon İle İlgili Etkenler

19. yüzyılda Delasiauve, melankoli ve lipemania kavramlarını eleştirmiş ve bunların yerine “depresyon” kavramını öne sürerek, bu sözcüğü ilk kullananlardan olmuştur. 1860’ ta tıp sözlüklerinde yapılan tanımlamaya göre depresyon, hastalık etkisi altında acı çekmekte olan bireylerin ruhlarının zaafiyeti için kullanılan bir kategoridir. Çifter (1993)’ e göre, depresyon sözcüğünün yerleşik bir terim haline gelmesi, bu sözcüğün hem fizyolojik yönden, hem de soyut anlamda, heyecansal işlevlerde bir yavaşlamayı bir belirtiyi ya da durumu belirlemesinden dolayı olmamıştır. 19. Yüzyılın sonunda depresyonun, melankoli ile eşanlamlı olarak kullanılmaya başlandığı belirtilmektedir.

Depresyon nedenleri üzerine yapılan araştırmalarda, stresli yaşam olaylarının ve genetik etkenlerin karşılıklı etkileşim içinde olduğu ve eşit risk grubunda olduğu, depresyon riskinin bir strese maruz kalmayanlarda % 0.5, maruz kalanlarda % 6.2 olduğu ve bu stresli yaşam olaylarının, tecavüz, evlilik sorunları, boşanma, iş kaybı, büyük maddi sorunlar ve diğer kişiler arası sorunlar gibi yaşam olaylarından ve sosyo-demografik özellikler içeren risklerden oluştuğu vurgulanmaktadır (Kendler et al., 1995).

Duygulanım (affective) bozuklukları; heyecanların ifadesinin aşırı uçlarının bir karışımı ve onları kontrol etmede bir yetersizlik olan bozukluklar olarak, depresyon ise, bu bozuklukların en yaygın olanı (Samuel, 1981) ve umutsuzluk, durgunluk, çaresizlik, suçluluk duyguları, dürtü ve güdülerde azalma, sosyal beceri ve etkileşimlerde gerileme ve bilişsel bozulmalar gibi başlıca belirtilerle kendini gösteren birincil duygulanım bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Tegin, 1990).

İnsanların zaman zaman depresyonun belirtilerini içeren dönemleri yaşadıkları ve bunun, yaşamın birçok stresine karşı duyulan normal bir reaksiyon olduğu, ancak bu durumun duygu durum bozukluğu olarak ifade edilebilmesi için tepkinin yaşanan olayla orantısız ya da beklenenden daha uzun süreli olması gerektiği belirtilmektedir.

Depresyonu en sık meydana getiren durumlar arasında, işte ya da okulda başarısızlık, sevilen bir kimsenin kaybedilmesi gösterilmektedir (Atkinson and Atkinson, 1995).

Depresif duygu durum bozukluğu gösteren kişilerde, bilişsel (bilgi işleme, sosyal biliş vb.), sosyo-duygusal (benlik saygısı, kişiler arası ilişkiler, suçluluk, duygu kontrolü vb.), temsil edici (benlik şeması, içsel temsil etme modelleri vb.), ve biyolojik (kalıtsal, beyinde yapısal bozukluklar vb.) sistemlerde farklılaşan düzeylerde sapmaların olduğu belirtilmekte ve bu sistemlerin birbirleriyle çok yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Cicchetti and Toth, 1998; Öztürk, 2001). Depresif kişilerde bu sistemler arasında tutarsız bir organizasyon ya da patolojik yapıların bir organizasyonu, diğer bir deyişle “depresotipik organizasyon” tanımlanmakta ve organizasyonun gelişimsel olarak ilerlediği ve yaşamın farklı dönemlerinde depresif bozukluk olarak ortaya çıkabildiği belirtilerek, psikolojik (duyuşsal, bilişsel, sosyo-duygusal, sosyo-bilişsel) sosyal (toplum, kültür) ve biyolojik (kalıtsal, nörobiyolojik, nörofizyolojik, nörokimyasal) etkenlerin birbirleriyle etkileşerek depresyona neden olabileceği savunulmaktadır (Çelikkol, 1999).

Benzer şekilde, Öztürk (2001)’e göre depresyon, derin üzüntülü bir duygu durum içerisinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve bozulma gibi belirtileri içeren bir sendromdur.

Başka bir açıdan bakıldığında, depresyonlu kişilerin üzüntü, mutsuzluk, bunaltı, çabuk sinirlenme, yaşamdan zevk almama, kendine güvensizlik, suçluluk duyguları, ilgi azalması, dikkatini toplayamama, unutkanlık, gelecekle ilgili ümitsizlik, ölüm ve intihar düşünceleri gibi ruhsal yakınmalarının olduğu ifade edilmektedir. Bunun yanında, baş ağrısı, başka ağrılar, kabızlık, iştah bozukluğu, kilo değişiklikleri, uyku bozukluğu, halsizlik, çalışmama, durgunluk, cinsel ilgi ve isteğin kaybı gibi somatik yakınmaları olduğu da belirtilmektedir (Çelikkol, 1999).

2.5.4.1. Depresyona Yönelik Etkenler

Depresyona yönelik pek çok etken bulunmakla birlikte genel olarak üç ana alana ayrılarak açıklanmaktadır. Aşağıda yer alan etkenler sırası ile biyolojik etkenler, genetik etkenler ile psikososyal etkenleri kapsamaktadır.

2.5.4.1.1. Depresyonda Biyolojik Etkenler

Yemez ve Alptekin'e göre (1998), Monoamin Oksidaz İnhibitörü (MAOI) ve Trisiklik Antidepresan (TCA)' ların bulunmasından sonra araştırmalar beyin nörokimyasına çevrilmiştir. Depresyon etiyojisinde özellikle norepinefrin (NE) ve serotonin (5-HT) etkinliğinde azalma olduğu en çok kabul gören bulgulardan biridir. Depresyon hastalarında nörotransmitterlerden öncelikle noradrenalin ve serotoninin etkinlik düzeninde bozukluk olduğu ileri sürülmüştür (Aşkın, 1999; Öztürk, 2001).

2.5.4.1.2. Depresyonda Genetik Etkenler

Depresyonun genetiği ile ilgili veriler aile, evlatlık ve ikiz çalışmalarına dayanmaktadır. Kalıtımın rolünün bipolar bozuklukta, ünipolar depresyondan daha güçlü olduğu düşünülmektedir. Major depresyonları olanların birinci derece yakın akrabalarında major depresyon görülme riski normal popülasyona göre 2-3 kez fazladır. Bu oran akrabalık derecesi yakınlıkla artmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Biyolojik ebeveynlerinde mizaç bozukluğu olan çocuklarda, onları evlatlık alan ebeveynlerde bir mizaç bozukluğu olmaması durumunda dahi depresyon geliştirme riski normal popülasyona göre daha fazla bulunmuştur. Tek yumurta ikizlerinde majör depresyon eş hastalanma riski (konkordansı) yüzde 40-50 civarında iken dizigot ikizlerde bu oran yüzde 10-25 civarındadır. Bu fark depresyonda kalıtımın rolü olduğunu destekleyen güçlü bir bulgudur (Yemez ve Alptekin, 1998; Aşkın, 1999; Elgün, 2001; Öztürk, 2001).

2.5.4.1.3. Depresyonda Psikososyal Etkenler

20. yüzyılın ortalarından bu yana psikoloji alanındaki önemli gelişmeler; kuramsal alanda davranışçı yaklaşımın popülerliğini yitirmesine karşın bilişsel yaklaşıma olan ilgide artışa neden olmuştur (Güleç, 1993).

Bu kadar önemli ve yaygın bir sorun olan depresyon, klasik psikoanalitik kurama göre geç oral, erken anal döneme saplanma olarak açıklanmaktadır. Depresif bireylerde libidinal bir regresyon söz konusu olup, bu regresyon oral ve anal döneme kadar uzanabilir. Ayrıca, Freud'a göre depresyon, bunu yaşayan kişilerin ilk çocukluk dönemlerinde, özellikle "Oedipus Karmaşası"nın çözümü öncesinde narsistik yaralanmalar yaşamış olmaları ve yaşamın sonraki devrelerinde benzer yaralanmaların oluşmasından kaynaklanır (Alper, 1997).

Johnson (2003), iş değişikliği ya da iş kaybı, boşanma, bir arkadaşın ya da ailedeki bir yakının ölümü gibi çevresel ve durumsal etkenlerin etkisiyle depresyon oluşabileceğini vurgulamaktadır. Yemez ve Alptekin (1998), bilişsel-davranışçı görüşlerin, depresyonun oluşmasında uygun ödüllendirilmelerin olmayışı ya da uygunsuz tepkilerle karşılaşmayı depresyonun nedeni olarak ele aldığını, bunun sebebinin de bireyin tüm algı ve dikkatinin olumsuzlara odaklanması olarak değerlendirdiğini ifade etmektedirler.

Bir başka araştırmada, depresyonda etkin olan etkenlerden en önemlilerinden birinin psikososyal etkenler olduğu, bunların, ekonomik sorunlar, ailede ve iş yaşamındaki çatışmalar, emeklilik, iflas, iş kaybı, bir yakının kaybı, beden sağlığının bozulması, benliğin örselenmesi, onur kırıcı durum gibi yaşam olaylarından kaynaklandığı belirtilmektedir (Ergene ve Yıldırım, 2004).

Yaşam olayları ve çevresel stresin de çeşitli ruhsal bozukluklara neden olduğu ya da tetiklediği, mizaç bozukluklarında, stresli yaşam olaylarının ilk ataktan önce daha sık görüldüğüne işaret ettiği, yeterli şiddette bir stresin beyinde yapısal ve işlevsel olarak uzun süreli, hatta kalıcı değişiklikler oluşturduğu, bu değişikliklerin kişiyi yeni ataklara karşı daha duyarlı hale getirdiği, bu atakların depresyonu tetikleyebileceği bildirilmektedir (Yemez ve Alptekin, 1998).

Kişilerarası ilişkiler ve sosyal yaklaşım, depresyonu tek bir nedene bağlamadan çoğulcu, bütünleştirici bir bakış açısı ile ele alarak, depresyonun umut yitimi, bağlanma

duygusunun azalması, sürdürülmesi ya da yenilenmesinde oluşan sorunlardan kaynaklanabileceğini belirtmektedir (Aşkın, 1999).

Psikodinamik kuram gibi, depresyonun oluşumunda bireyler arası ilişkileri merkeze alan kuramlar da, depresyonun bireylerin yakın ilişkileri ve onların bu ilişkilerdeki rolleriyle ilgili olabileceği, bu rollerdeki karmaşanın depresyonun ana kaynağı olduğu, bu karmaşanın yakın bir zamanda diliminde yaşanmış olabileceği gibi daha yakın bir zamanda oluşabileceği gibi durumlarında depresyona neden olabileceği belirtilmektedir (Nolen-Hoeksema, 2004).

2.5.5. Depresyon İle İlgili Kuramsal Açıklamalar

Depresyonla ilgili birçok kuramsal yaklaşım bulunmaktadır. Ancak aşağıda ifade edilen kuramsal açıklamalar sırası ile pikoanalitik yaklaşım, davranışçı yaklaşım ve bilişsel yaklaşımı kapsamaktadır.

2.5.5.1. Psikoanalitik Yaklaşım

Psikoanalitik görüş depresyonu gerçek veya hayali olarak kaybedilen objeye yönelik öfke ve saldırganlığın kendi benliğine dönmesi olarak açıklamaktadır (Karagöz, 2011).

Psikoanalitik görüşe göre ruhsal çökkünlükteki belirtiler, yas tutma sürecindeki belirtilere benzemektedir ve Freud (1917/1957) eserinde “melankoli ve yası” ele alırken nesne/obje kaybı üzerinde durmaktadır. Yas sürecinde gerçek bir sevgi nesnesinin yitimi varken, depresyonda gerçek bir sevgi nesnesi yitiminin olması gerekmez. Gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitim söz konusudur. Depresif kişide sevdiği tarafından terk edilmiş gibi bir yitim duygusu ortaya çıkmaktadır. Bu duygunun gerçek dayanakları olabilmekte ya da olmayabilmektedir. Yitim duygusu, sevgi (özlem) ile bilinçdışı kin ve nefreti uyarır ve böylece üst benlik, kin ve nefreti bireyin kendine (ego) yöneltir (Öztürk, 2004).

Freud, kaybedilen bir sevgi objesine yönelik duyulacak öfkenin egoya yöneltmesi durumunda patolojik bir yasın ortaya çıkacağını ifade etmektedir. Freud'un tanımladığı patolojik yas durumunda kişi, egosuna olumsuz değerler yüklemektedir, bunun sonucunda kişinin özsaygısı düşer ve kişi de kendini değersiz, küçük ve suçlu görür. Yaşam anlamını yitirir ve öfke duygusunun olumlu bir şekilde dışa vurulamaması sonucu, ruhsal çökkünlük yani depresyon oluşur. Çökkünlükte, yitim duygusuna "artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm" duygusu eşlik eder ve özsaygı düşer; gerçek yas ile aradaki temel fark da budur (Freud, 1917,1957; Öztürk, 2004).

2.5.5.2. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşım, insan davranışını ve psikolojik problemleri, öğrenme ve koşullanma ilkeleri çerçevesinde açıklamaktadır. Davranışçı ilkelere göre rastgele iki ya da daha fazla olayın (uyarıcı) bir arada gerçekleşmesi sonucunda, zaman içinde uyarılar arasında bir çağrışım oluşmaktadır (klasik koşullanma) ya da davranışın öncülleri ve sonuçlarına göre, gerçekleştirilen davranış eğer ödüllendirilirse devam etme eğilimi; cezalandırılır ya da ödüllendirilmezse de sönme eğilimi göstermektedir (edimsel koşullanma). Buna göre problemlerli davranışların ortaya çıkması da aynı ilkeler çerçevesinde gerçekleşmektedir ve bu problemlerli davranışların değiştirilmesi de aynı ilkelerin uygulanması ile mümkündür (Plante, 2005).

Davranışçı yaklaşıma göre depresyonun açıklaması yukarıda ifade edilen ilkeler çerçevesinde gerçekleşmektedir. Davranışçı yaklaşım içinde Lewinsohn'un modeline göre kişi yetersiz sayıda olumlu pekiştirici alırsa ve aynı zamanda da daha çok ceza ile karşılaşarsa depresyon ortaya çıkmaktadır. Depresif kişinin davranışı yeterince ödüllendirilmediği için de bu kişi bir şeyler yapmak için pasif davranacaktır ve kendini geri çekecektir (O'leary and Wilson, 1986). Kısacası davranışçı yaklaşıma göre haz veren aktivitelerle (ödül) daha az karşılaşan kişiler bunun sonucunda kendilerini üzgün hissetmekte ve depresyona girmektedir. Depresyonun şiddetini belirleyen de yine karşılaştığı haz veren aktivitelerin miktarındaki azlıktır (Lewinsohn and Libet, 1972; Lewinsohn and Graf, 1973; Lewinsohn and Amenson, 1978; Wierzbicki and Saylor, 1991).

Davranışçı yaklaşıma göre depresyonun oluşumu, ilk olarak Seligman (1975) tarafından geliştirilen ve Abramson, Seligman ve Teasdale (1978)'in yeniden formüle ettikleri “öğrenilmiş çaresizlik” modeli ile açıklanabilir (Korkmaz ve Tuzcuoğlu, 2001).

2.5.5.2.1. Öğrenilmiş Çaresizlik ve Umutsuzluk Kuramı

1975 yılında Seligman depresyonu “öğrenilmiş çaresizlik modeli” ile açıklamıştır. Deneysel işlemde uyarandan kaçma yolları kapalı tutularak hoş olmayan bir uyarana tabi tutulan fareler, bir süre sonra uyarandan kaçma yolları açıldığı halde bu uyarandan kaçmamaktadır. İnsanda da bunun geçerli olabileceği düşünülmektedir. Uzun süre kötü koşullarda yaşayan veya çalışan bireylerin çare olduğu halde çaresizlik içine düştüğünü görmekteyiz (Yüksel, 2000: s.43).

Öğrenilmiş Çaresizlik modeline göre uzun süredir acılı uyaranlarla karşılaşan kişi bunlardan kurtulmayı bilememe ve çaresizlik durumu yaşayacaktır. Bu çaresizlik hali de depresyon ile sonuçlanmaktadır (Seligman, 1992). Buna göre depresif kişilere göre problemin nedeni kendilerindedir (benim suçum), değişmezdir (olaylar değişmez) ve geneldir (her şeyi etkileyecektir) (Abrahamson et al., 1978).

Abramson, Seligman ve Teasdale (1978)'de kuramı yeniden ele alarak inceledikleri çalışmada depresyonlu bireylerin istenmeyen olumsuz olayları kendi içsel, dengeli ve bütünsel niteliklerine atıfta bulunarak açıkladıklarını, bunun sonucunda da düşük kişilik değeri, özsaygı ve çaresizlikle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Depresyonluların istenen olumlu olayları dışsal, dengesiz ve belirli olaylara atıfta bulunarak açıklama eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Başka bir deyişle, eğer kişi başarısızlığını kendindeki içsel, oldukça dengeli ve bütünsel nedenlere bağlıyorsa, yani olayları kendinin dengeleyemeyeceğini düşünüyorsa, depresyon olasılığı yüksektir (Yüksel, 2000: s.196).

Öğrenilmiş çaresizlik modelinin açıklayamadığı bazı durumların olmasından dolayı kuramı yeniden ele alan Abramson, Metalsky ve Alloy (1989) depresyonu ifade etmek için “umutsuzluk kuramı” nı ileri sürmüşlerdir. Buna göre istenilen durumların gerçekleşmeyeceği ya da istenilmeyen durumların gerçekleşeceğine yönelik beklenti ve herhangi bir tepkinin bunu değiştirmeyeceği düşüncesi depresyona yol açmaktadır.

İnsanlar travmatik durumlardan kaçınarak ya da bu durumlarda olumsuz düşünmeye fırsat vermeyerek depresif duygu durumundan kurtulabilmektedir. Umutsuz kişi ise yaşamındaki önemli alanlarda kötü şeylerin olacağına ve/veya istenilen olumlu durumların olmayacağına inanmaktadır. Ayrıca acı veren durumlarda herhangi bir şeyin değişmeyeceğini düşünmektedir (Abramson et al., 1989). Olumsuz olayların kaçınılmaz olduğunu düşünmek, olumsuz olaylarda kendiliğe ilişkin olumsuz çıkarımlarda bulunmak ve tek bir olumsuz olayın ileride olumsuz başka olaylara sebep olacağına ilişkin inanç sonucunda depresif duygu durumu ortaya çıkmaktadır (Metalsky and Joiner, 1992).

2.5.5.3. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşımda depresyon davranışsal, duygusal ve bilişsel yönleriyle bir bütün olarak ele alınmaktadır (Öztürk, 2004). Duyguların düşünce süreçleri üzerinde etkisi olduğu gibi, düşünceler de çeşitli duygusal durumları başlatmaktadır (Williams et al., 1997). Bununla birlikte vurgu depresif kişilerin bilişsel yönleri üzerindedir ve depresyon bir duygulanım bozukluğundan çok, bilişsel bozukluktur. Duygulanım bozukluğu da bu bilişsel bozukluğa ikincil olarak ortaya çıkmaktadır (Öztürk, 2004).

Bilişsel yönden depresyonu ele alan Beck duygusal bozuklukları bilişsel yapılar olan şemalarla tanımlamaktadır ve bu şemaların bir kişinin algısını, yargılarını ve belleğini etkilediğini belirtmektedir. Deneyimler bir kişinin şemaları doğrultusunda algılanmaktadır ve yine bu şemalarla uyumlu olabilecek biçimde bozulmalar olabilmektedir (Beck et al., 1983; Williams et al., 1997). Depresif kişilerde “olumsuz bilişsel üçlü” olarak adlandırılan; “Geleceğe İlişkin Olumsuz Algı”, “Dünyaya İlişkin Olumsuz Algı” ve “Kendine İlişkin Olumsuz Algı” görülmektedir (Guidano and Liotti, 1986; Williams et al., 1997). Bu olumsuz algılar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere, tutumlara neden olmaktadır ve kişi her olayda olumsuz yönleri algılamakta ve düşünmektedir. Bunun sonucunda oluşan olumsuz düşünce ve kavramlar duygulanım problemlerine yol açmaktadır. Bireyin kendisine yönelik algısının olumsuzluğu da, depresyonun şiddetini büyük oranda belirlemektedir (Guidano and Liotti, 1986).

Kişinin kendisini, çevresini ve geleceğini olumsuz olarak algılamasında önemli etkenlerden biri de bilgi işlemede yapılan sistematik hatalardır. Bu durumda kişi düşünmektedir, ancak bilgiyi işlevsel olmayan ve yanlı bir biçimde işlemektedir. Psikiyatrik hastalıklarda yaşanan duygusal güçlüklerin kaynağı bu düşünme yanlışları yani bilişsel çarpıtmalardır. Bu hatalar, sadece hastalar tarafından yapılmamakta, sağlıklı insanlarda da görülmektedir. Ancak depresyondaki birey, bu hataları çok sık ve yaygın olarak yapmakta ve onları değiştirmek ellerinde değilmiş gibi algılamaktadırlar. Bu hatalar aynı zamanda bireyin kendini olumsuz algılamasını sürdürme işlevini de göstermektedir (Savaşır ve Batur, 2003; Kılınç, 2005: s.30). Umutsuzluk ve çaresizlik bu bilişsel yapı üzerinde gelişir (Yüksel, 2000: s.43).



BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma, radyoterapi teknikerlerinin mesleki bilgi düzeyi ile çalışma koşullarının depresyona etkisini değerlendirmek amacıyla, 2017 yılında yürütülmüş olan bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

İstanbul ilinde faaliyet gösteren 50 ve üstü yatak kapasitesine sahip hastaneler ile devlet ve vakıf olmak üzere Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Radyoterapi Programı bölümü son sınıf öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmakta olup toplamda 45 kişi örnekleme alınmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H.1. Mesleki bilgi seviyesi yüksek olan radyoterapi teknikerleri ile mesleki bilgi seviyesi düşük olan radyoterapi teknikerlerinin depresyon düzeyi arasında fark vardır.

H.2. Çalışma koşulları elverişli olan radyoterapi teknikerleri ile çalışma koşulları elverişsiz olan radyoterapi teknikerlerinin depresyon düzeyi arasında fark vardır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada uygulanan anketteki soru önermeleri dört bölümden oluşmaktadır. Araştırma ile ilgili veriler tez danışmanı ve araştırmacı tarafından hazırlanan radyoterapi teknikerlerinin mesleki bilgi düzeyini belirlemeyi amaçlayan “Radyoterapi Teknikeri Anket Formu”, “Minnesota İş Doyumu Ölçeği”, “Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)”, “Beck Depresyon Ölçeği” kullanılarak toplandı.

3.4.1.1. Radyoterapi Teknikeri Anket Formu

Tez danışmanı ve araştırmacı tarafından hazırlanan bu form iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci bölüm 24 maddeden oluşmakta olup, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri kapsamaktadır. İkinci bölüm ise örnekleme oluşturan radyoterapi teknikerlerinin mesleki bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.2. Minnesota İş Doyumu Ölçeği

Dawis ve ark. tarafından iş doyumu düzeyini belirlemek amacıyla 1967 yılında geliştirilmiştir. İçsel ve dışsal iş doyumu faktörlerini içeren, 1’den 5’e değişen 5’li likert tipi puanlamaya sahip 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan içsel doyum faaliyet, bağımlılık, değişkenlik, sosyal statü, moral, güvenlik, sosyal hizmet, yetki, yetenek kullanma, sorumluluk, yaratıcılık ve başarı hissi gibi işin içsel niteliğine ilişkin doyumla ilgili öğelerden oluşmaktadır; dışsal doyum yönetici-denetim, yönetici-karar verme, kurum politikası, ücret politikası, terfi, çalışma şartları, ekip uyumu ve onore edilme, faktörlerini kapsayan işin çevresine ait öğelerden oluşmaktadır. İçsel doyum alt boyutunda 12 (1,2,3,4,7,8,9,10,11,15,16 ve 20 no’lu ifadeler), dışsal doyum alt

boyutunda 8 (5,6,12,13,14,17,18 ve 19 no'lu ifadeler) ifade bulunmaktadır. İçsel doyum puanı, bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamının 12'ye bölünmesiyle; dışsal doyum puanı ise bu boyutun maddelerinden elde edilen puanların toplamının 8'e bölünmesi ile bulunur. Ölçeğin nötr doyum puanı 3'tür. Ölçekten alınan puan 3'ten küçük ise iş doyumunun düşük, 3'ten büyük ise iş doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlama 1: Hiç memnun değilim, 2: Memnun değilim, 3: Kararsızım, 4: Memnunum ve 5: Çok memnunum şeklinde yapılmaktadır. İçsel, dışsal ve genel doyum için 1-5 arasında değişen puanlar elde edilmektedir. Elde edilen puanlar; 1.00-2.33: Düşük düzeyde iş doyumunu, 2.33-3.66: Orta düzeyde iş doyumunu ve 3.66-5.00: Yüksek düzeyde iş doyumunu olarak yorumlanmaktadır. Genel doyum puanı, maddelerden elde edilen puanların toplamının 20'ye bölünmesi ile elde edilir. Buna göre en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür (Kavlu ve Pınar, 2009).

3.4.1.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF DSÖ tarafından geliştirilmiş 100 soruluk orijinal Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)'nin kısaltılmış formudur. WHOQOL-BREF genel algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumunun beraber sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soru; bedensel alan, ruhsal alan, çevre alanı ve sosyal alan olmak üzere 4 alandan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. DSÖ tarafından uluslararası çalışmalarda 4 alana ek olarak ulusal alan ilave edilmiş ve WHOQOL-BREF Türkçe forma 27. Soru olarak sosyal baskıyı değerlendirmek amacı ile ulusal alan eklenmiştir.

Bedensel alanda bulunan 3,4,10,15,16,17 ve 18 numaralı sorular ile sırasıyla günlük işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü incelenmektedir. Ruhsal alanda bulunan 5,6,7,11,19 ve 26 numaralı sorular ile sırasıyla beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat/din/kişisel inançlar ve düşünme/öğrenme/bellek/dikkati toplama incelenmektedir. Çevre alanında bulunan 8,9,12,13,14,23,24 ve 25 numaralı sorular ile sırasıyla maddi kaynaklar,

fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik/ gürültü/ trafik/ iklim) ve ulaşım incelenmektedir. Sosyal alanda bulunan 20,21 ve 22 numaralı sorular ile sırasıyla diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam incelenmektedir. Ulusal alanda bulunan 27 numaralı soru ile de bireyin sosyal baskıya karşı algısı incelenmektedir.

WHOQOL-BREF 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Formdaki 1. ve 15. soruların yanıt seçenekleri 1: Çok kötü, 2: Biraz kötü, 3: Ne iyi ne kötü, 4: Oldukça iyi, 5: Çok iyi; 3-14 arasındaki sorular ile 27. sorunun yanıt seçenekleri 1: Hiç, 2: Çok az, 3: Orta derecede, 4: Çokça, 5: Aşırı derecede; 2. soru ile 16-25 arasındaki soruların yanıt seçenekleri 1: Hiç hoşnut değil, 2: Çok az hoşnut, 3: Ne hoşnut ne de değil, 4: Epeyce hoşnut, 5: Çok hoşnut ve 26. sorunun yanıt seçeneği 1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Ara sıra, 4: Çoğunlukla, 5: Her zaman şeklinde puanlanır. Değerlendirmede negatif puanlamaya sahip 3,4,26 ve 27 numaralı sorular 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 ve 5=1 olacak şekilde pozitif hale getirilerek tersine çevrilir. Örneğin; ölçekteki 3. soruya "Hiç yanıtı verildiyse, bu yanıtın puanı "5" olacaktır. Ölçekteki yaşam kalitesi ve genel sağlık sorularını içeren ilk iki soru genel sorudur; bu soruların puanları alt boyut puanlarına katılmakta, ayrı olarak değerlendirilmektedir.

WHOQOL-BREF Türkçe formu ile bedensel, ruhsal, çevre, sosyal ve ulusal alan olmak üzere 5 alt alan puanı hesaplanabilir. Hesaplama o alanda yanıtlanmamış soru sayısı dikkate alınmalı, bedensel, ruhsal, çevre alanda ikiden fazla yanıtlanmamış soru olması durumunda o alanın puanı hesaplanmamalıdır. Örneğin; formdaki 5. ve 6. sorulara yanıt verilmediyse ruhsal alan puanı hesaplanmamalıdır.

WHOQOL-BREF' deki her bir alt alan puanları 4-20 arasında değişmektedir. Alt alanlardan alınan puan arttıkça yaşam kalitesi artar, şeklinde yorumlanmaktadır. Türkçe versiyonunda ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri, bedensel, ruhsal, çevre ve sosyal alan için sırasıyla 0.83, 0.66, 0.73 ve 0.53 olarak bulunmuş; soruların her biri için, test-tekrar test güvenilirliğini ölçmek için hesaplanan Pearson katsayılarının 0.57-0.81 arasında değiştiği görülmüştür (Eser vd., 1999).

3.4.1.4. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir (Beck, 1961). Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli ve Tegin tarafından yapılmıştır. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (Tegin, 1980; Hisli, 1988). Beck ve arkadaşları (1996) tarafından BDÖ' den alınan puanlara göre depresyon düzeyleri; 00-13 puan depresyon yok, 14-19 puan düşük, 20-28 puan orta, 29-63 puan yüksek derecede depresyon şeklinde sınıflandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63' tür (Jesse and Graham, 2005). Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermekte ve dördümlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan 0-63 arasında değişir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997; Aydemir ve Köroğlu, 2007).

3.4.2. Araştırmanın Uygulanması

Radyoterapi Teknikeri Anket Formu, Minnesota İş Doyumu Ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ve Beck Depresyon Ölçeği, araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı ve içeriği, bilgilerin gizli kalacağı ve gönüllülük ilkesi dikkate alınarak uygulandı. Ölçeklerin doldurulmasıyla ilgili gerekli bilgilendirme yapıldı.

3.4.3. Verilerin İstatistiksel Analizi ve Yorumlanması

Verilerin analizi SPSS 24.0 ile yapılmış ve sonuçları %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmada ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu için

basıklık ve çarpıklık değerleri hesaplanmıştır. Maddeler içi ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Groeneveld and Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins and Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Ölçek puanlarının basıklık ve çarpıklık değerleri istenen aralıkta bulunmuştur. Bu nedenle çalışmada parametrik test teknikleri kullanılmıştır. Depresyon, yaşam kalitesi, iş doyumunu ve bilgi düzeyi arasındaki ilişki korelasyon testi, yaşam kalitesi, iş doyumunu ve bilgi düzeyinin depresyonun üzerindeki etkisi ise regresyon testi ile analiz edilmiştir. Depresyon, yaşam kalitesi, iş doyumunu ve bilgi düzeyinin demografik özellikler bakımından karşılaştırılması ise t testi ve ANOVA testi ile analiz edilmiştir. ANOVA testinde fark çıkması durumunda ikili fark varyans homojenliği sağlanıyor ise Tukey testi ile homojenlik sağlanmıyor ise Tamhane testi ile analiz edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırma doğrultusunda örneklem grubundan toplanan verilerin çözümlenmesiyle elde edilen sonuçların tabloları, yorumları ile birlikte sunulmuştur.

Tablo 4.1. Radyoterapi Teknikerlerinin Demografik Bilgilerine Göre Dağılımları

		n	%
Cinsiyet	Kadın	39	86,7
	Erkek	6	13,3
Yaş	20 yaşından küçük	16	35,6
	20 ve üstü	29	64,4
Mezun olduğunuz/okuduğunuz üniversite	Devlet	3	6,8
	Kamu	41	93,2
Mezuniyet durumunuz	Düz lise	9	20,5
	Ön lisans	31	70,5
	Diğer	4	9,1
Şu ana kadar yaşamınızı geçirdiğiniz yer	Şehir merkezi	33	73,3
	İlçe	8	17,8
	Köy	3	6,7
	Diğer	1	2,2
Aile yapınız	Anne-baba birlikte yaşıyor	41	91,1
	Anne-baba birlikte yaşamıyor	2	4,4
	Baba hayatta değil	2	4,4
Ailenizdeki birey sayısı (siz dahil)	3 kişi ve altı	7	15,6
	4 kişi	10	22,2
	5 kişi	15	33,3
	6 kişi	10	22,2
	7 kişi	3	6,7
Siz kardeşler arasında kaçınıcı çocuksunuz?	1. çocuk	13	28,9
	2. çocuk	16	35,6
	3. çocuk	16	35,6
Annenin eğitim durumu	Okur yazar değil	2	4,4
	Sadece okur-yazar	1	2,2
	İlkokul mezunu	29	64,4

	Ortaokul mezunu	9	20,0
	Lise mezunu	3	6,7
	Üniversite mezunu	1	2,2
	Okur yazar değil	1	2,2
	İlkokul mezunu	23	51,1
Babannın eğitim durumu	Ortaokul mezunu	12	26,7
	Lise mezunu	6	13,3
	Üniversite mezunu	3	6,7
	901-1500 TL	6	13,3
	1501-1900 TL	9	20,0
Ailenizin gelir durumu	1901-2500 TL	8	17,8
	2501-3000 TL	10	22,2
	3001 TL ve üstü	12	26,7
	300 TL ve altı	13	29,5
	301-1000 TL	14	31,8
	1001-1500 TL	2	4,5
Aylık harcama miktarınız	1501-2000 TL	3	6,8
	2001-2500 TL	5	11,4
	2501-3000 TL	3	6,8
	3001 TL ve üstü	4	9,1

Ankete cevap veren katılımcılardan kadınların oranı %86,7 iken erkeklerin oranı %13,3; 20 yaşından küçük olanların oranı %35,6 iken 20 yaş ve üstü olanların oranı %64,4; devlet üniversitesinden mezun olanların oranı %6,8 iken kamudan mezun olanların oranı %93,2; düz lise mezunu olanların oranı %20,5; ön lisans mezunu olanların oranı %70,5; diğer okul mezunu olanların oranı %9,1'dir.

Katılımcılardan şu ana kadar şehir merkezinde yaşayanların oranı %73,3; ilçede yaşayanların oranı %17,8; köyde yaşayanların oranı %6,7; diğer yerlerde yaşayanların oranı %2,2; anne babası birlikte yaşayanların oranı %91,1; ayrı yaşayanların oranı %4,4; babası hayatta olmayanların oranı %4,4; ailesinde 3 ve daha az kişi olanların oranı %15,6; 4 kişi olanların oranı %22,2; 5 kişi olanların oranı %33,3; 6 kişi olanların oranı %22,2; 7 kişi olanların oranı %6,7; ilk çocuk olanların oranı %28,9; 2.çocuğu olanların oranı %35,6; 3.çocuğu olanların oranı %35,6'dır.

Katılımcılardan annesi okuryazar olmayanların oranı %4,4; okuryazar olanların oranı %2,2; ilkokul mezunu olanların oranı %64,4; ortaokul mezunu olanların oranı

%20,0; lise mezunu olanların oranı %6,7; üniversite mezunu olanların oranı %2,2; babası okuryazar olmayanların oranı %2,2; ilkokul mezunu olanların oranı %51,1; ortaokul mezunu olanların oranı %26,7; lise mezunu olanların oranı %13,3; üniversite mezunu olanların oranı %6,7; ailesinin geliri 901-1500 TL arası olanların oranı %13,3; 1501-1900 TL arası olanların oranı %20,0; 1901-2500 TL arası olanların oranı %17,8; 2501-3000 TL arası olanların oranı %22,2; 3001 TL ve üstü olanların oranı %26,7; aylık harcama miktarı 300 TL ve altı olanların oranı %29,5; 301-1000 TL arası olanların oranı %31,8; 1001-1500 TL arası olanların oranı %4,5; 1501-2000 TL arası olanların oranı %6,8; 2001-2500 TL arası olanların oranı %11,4; 2501-3000 TL arası olanların oranı %6,8; 3001 TL ve üstü olanların oranı %9,1'dir.

Tablo 4.2. Radyoterapi Teknikerlerinin Kişisel Bilgilerine Göre Dağılımları

		n	%
Hayal ettiğiniz bölümden mi okuyorsunuz/mezun oldunuz?	Evet	18	40,9
	Hayır	26	59,1
Üniversite öğrencisi iken kültürel etkinliklere katılır mıydınız?	Evet	21	46,7
	Hayır	24	53,3
Üniversite öğrencisi iken kurslara, seminerlere ve kongrelere katılır mıydınız?	Evet	26	59,1
	Hayır	18	40,9
Üniversite öğrencisi iken sportif faaliyetlerle ilgilenir miydiniz?	Evet	6	13,6
	Hayır	38	86,4
Çalıştığınız yerde idari göreviniz var mı?	Evet	5	11,4
	Hayır	39	88,6
Gelecek kaygısı duyuyor musunuz?	Evet	38	84,4
	Hayır	7	15,6
Radyoterapi teknisyen/teknikeri olarak çalışma süreniz?	1 yıl altı	26	70,3
	1-4 yıl	2	5,4
	5-9 yıl	4	10,8
	10 yıl ve üzeri	5	13,5
Bu işte çalışma nedeniz?	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	52,9
	Sevdiğim için	15	44,1
	Diğer	1	2,9
Bu mesleği tercih etme sebebiniz nedir?	Mesleği sevdiğim için	12	27,3
	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	15,9
	Annem istediği için	5	11,4
	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	25,0
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	20,5

Ankete cevap veren katılımcılardan hayal ettiğiniz bölümde okuyan/mezun olanların oranı %40,9; üniversite öğrencisi iken kültürel etkinliklere katılanların oranı %46,7; kurslara, seminerlere ve kongrelere katılanların oranı %59,1; sportif faaliyetlerle ilgilenenlerin oranı %13,6; çalıştığı yerde idari görevi olanların oranı %11,4; gelecek kaygısı duyanların oranı %84,4'tür.

Katılımcılardan radyoterapi teknisyen/teknikeri olarak çalışma süresi 1 yıl ve altı olanların oranı %70,3; 1-4 yıl olanların oranı %5,4; 5-9 yıl olanların oranı %10,8; 10 yıl ve üzeri olanların oranı %13,5; bu işte ekonomik ve zorunlu nedenlerden dolayı çalışanların oranı %52,9; sevdiği için çalışanların oranı %44,1; diğer nedenlerden dolayı çalışanların oranı %2,9; bu mesleği sevdiği için tercih edenlerin oranı %27,3; maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğü için tercih edenlerin oranı %15,9; annesi istediği için tercih edenlerin oranı %11,4; dikey geçiş seçenekleri olduğu için tercih edenlerin oranı %25,0; ataması olduğunu düşündüğü için tercih edenlerin oranı %20,5'tir.

Tablo 4.3. Radyoterapi Teknikerlerinin Mesleki Bilgi Seviyelerine Göre Dağılımları

	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Biyoloji	30	81,1	7	18,9
Kimya	4	15,4	22	84,6
Biyokimya	4	14,8	23	85,2
Fizik ve matematiğe giriş	35	92,1	3	7,9
Anatomi	45	100,0	0	0,0
Radyolojik anatomi	42	100,0	0	0,0
Psikoloji ve sosyoloji	27	73,0	10	27,0
Onkoloji bilimleri	11	37,9	18	62,1
Radyobiyoloji ve moleküler onkoloji	20	60,6	13	39,4
Medikal Radyoterapi fiziği	17	54,8	14	45,2
Profesyonellik ve etik	10	32,3	21	67,7
Hastaya yaklaşım	20	62,5	12	37,5
Hasta pozisyonlama ve immobilizasyon	31	88,6	4	11,4
Tedavi planlama	30	78,9	8	21,1
Tedavi uygulaması	27	77,1	8	22,9
Kalite kontrol	19	61,3	12	38,7
Risk yönetimi	9	33,3	18	66,7
Eleştirel değerlendirme	5	17,9	23	82,1

Araştırmaya katılan teknikerler arasında en fazla alınan dersler anatomi, radyolojik anatomi, fizik ve matematiğe giriş ile hasta pozisyonlama ve immobilizasyondur.

Tablo 4.4. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Tanımlayıcı İstatistikleri

	n	Minimum	Maximum	Ort.	ss	Çarpıklık	Basıklık
Depresyon	45	0,00	38,00	11,36	9,09	1,005	0,475
Bedensel Alan	45	9,00	31,00	21,49	5,40	-0,409	-0,275
Ruhsal Alan	45	8,00	28,00	20,16	4,27	-0,909	1,552
Sosyal İlişkiler Alanı	45	3,00	15,00	10,27	2,85	-0,344	-0,311
Çevre Alanı	45	17,00	42,00	30,20	6,23	-0,238	-0,413
İçsel Tatmin	45	1,42	5,00	3,08	0,89	0,017	-0,583
Dışsal Tatmin	45	1,38	4,50	3,04	0,88	-0,299	-0,619
Genel Tatmin	45	1,40	4,75	3,06	0,85	-0,081	-0,553
Bilgi Düzeyi	45	21,00	105,00	82,67	24,07	-1,672	1,998

Araştırmaya katılan teknikerlerin depresyon puanları ortalaması 11,36'dır. Buna göre katılımcıların depresyon düzeyleri düşüktür. Teknikerlerin bedensel alan puanları ortalaması 21,49, ruhsal alan puanları ortalaması 20,16, sosyal ilişkiler puanları ortalaması 10,27 ve çevre alanı puanları ortalaması 30,20'dir. Radyoterapi teknikerlerinin içsel tatmin puanları ortalaması 3,08, dışsal tatmin puanları ortalaması 3,04 ve genel iş tatmini puanları ortalaması 3,06'dır. Teknikerlerin bilgi düzeyleri ortalaması ise 82,67'dir. Buna göre teknikerlerin bilgi düzeyleri yüksektir.

Tablo 4.5. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki

	Depresyon	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal İlişkiler Alanı	Çevre Alanı	İçsel Tatmin	Dışsal Tatmin	Genel Tatmin	Bilgi Düzeyi
Depresyon	r	1	-,573**	-,597**	-,599**	-,523**	-,377*	-,338*	-,369*
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,011	0,023	0,013
	n	45	45	45	45	45	45	45	45
Bedensel Alan	r	1	,686**	,482**	,572**	,369*	,389**	,391**	-,108
	p		0,000	0,001	0,000	0,013	0,008	0,008	0,479
	n	45	45	45	45	45	45	45	45
Ruhsal Alan	r		1	,674**	,770**	0,255	0,127	0,198	-,161
	p			0,000	0,000	0,091	0,405	0,193	0,289
	n		45	45	45	45	45	45	45
Sosyal İlişkiler Alanı	r			1	,746**	0,151	0,129	0,144	-,068
	p				0,000	0,322	0,400	0,344	0,659
	n			45	45	45	45	45	45
Çevre Alanı	r				1	0,288	0,232	0,269	-,161
	p					0,055	0,125	0,074	0,291
	n				45	45	45	45	45
İçsel Tatmin	r					1	,873**	,968**	-,031
	p						0,000	0,000	0,840
	n					45	45	45	45
Dışsal Tatmin	r						1	,967**	-,018
	p							0,000	0,904
	n						45	45	45
Genel Tatmin	r							1	-,026
	p								0,868
	n							45	45
Bilgi Düzeyi	r								1
	p								
	n								45

p<0,05=ilişki var; p>0,05=ilişki yok

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin test edilmesi amacıyla yapılan korelasyon testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonuçlarına göre depresyon ile bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler, çevre alanı, içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel tatmin arasında ters yönlü orta kuvvetli

ilişki bulunmaktadır. Depresyon ile bilgi düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Bedensel alan ile ruhsal alan, sosyal ilişkiler, çevre alanı, içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel tatmin arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır. Bedensel alan ile bilgi düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Ruhsal alan ile sosyal ilişkiler ve çevre alanı arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır. Ruhsal alan ile bilgi düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Sosyal ilişkiler alanı ile çevre alanı arasında pozitif yönlü kuvvetli ilişki bulunmaktadır. Sosyal ilişkiler alanı ile bilgi düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

İçsel tatmin ile dışsal tatmin ve genel iş tatmini arasında pozitif yönlü çok kuvvetli ilişki bulunmaktadır. İçsel tatmin ile bilgi düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Dışsal tatmin ile genel iş tatmini arasında pozitif yönlü çok kuvvetli ilişki bulunmaktadır. Dışsal tatmin ile bilgi düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Genel iş tatmini ile bilgi düzeyi arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 4.6. Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Depresyon Üzerindeki Etkisi

Bağımlı	Bağımsız	Katsayı	sh	t	p	R ²
Depresyon	Bedensel Alan	-0,348	0,281	-1,239	0,223	0,568
	Ruhsal Alan	-0,588	0,462	-1,273	0,211	
	Sosyal İlişkiler Alanı	-1,227	0,542	-2,264	0,030*	
	Çevre Alanı	0,172	0,290	0,593	0,557	
	İçsel Tatmin	-1,518	2,474	-0,614	0,543	
	Dışsal Tatmin	-0,778	2,589	-0,301	0,765	
	Bilgi Düzeyi	-0,087	0,042	-2,092	0,043*	

p<0,05=etki var; p>0,05=etki yok

Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Depresyon Üzerindeki Etkisinin analiz edilmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre sosyal ilişkiler alanı ve bilgi düzeyi, depresyonu etkilerken bedensel alan, ruhsal alan, çevre alanı, içsel tatmin ve dışsal alan depresyonu

etkilememektedir. Sosyal ilişkilerin katsayısı -1,227 ve bilgi düzeyinin katsayısı -0,087'dir. Buna göre sosyal ilişkiler alanı ve bilgi düzeyi depresyonu azaltmaktadır. Modelin açıklama yüzdesi %56,8'dir. Buna göre depresyondaki değişim %56,8'i bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır.

Tablo 4.7. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin İdari Görev Yapma Durumu Bakımından Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Depresyon	Evet	5	12,20	10,18	0,197	0,845
	Hayır	39	11,33	9,18		
Bedensel Alan	Evet	5	16,20	7,92	-2,394	0,021*
	Hayır	39	22,03	4,73		
Ruhsal Alan	Evet	5	16,60	8,23	-1,085	0,336
	Hayır	39	20,64	3,48		
Sosyal İlişkiler Alanı	Evet	5	8,40	3,29	-1,537	0,132
	Hayır	39	10,46	2,77		
Çevre Alanı	Evet	5	26,80	11,52	-0,716	0,512
	Hayır	39	30,54	5,37		
İçsel Tatmin	Evet	5	3,27	0,89	0,497	0,622
	Hayır	39	3,05	0,90		
Dışsal Tatmin	Evet	5	3,33	0,95	0,753	0,456
	Hayır	39	3,01	0,88		
Genel Tatmin	Evet	5	3,30	0,78	0,645	0,522
	Hayır	39	3,03	0,88		
Bilgi Düzeyi	Evet	5	80,20	33,26	-0,406	0,687
	Hayır	39	84,56	21,21		

p<0,05=fark var; p>0,05=fark yok

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin idari görev yapma durumu bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi analizleri tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre çalıştığı yerde idari görevi olan teknikerler ile idari görevi olmayan teknikerlerin bedensel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 4.8. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Gelecek Kaygısı Duyma Durumu Bakımından Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Depresyon	Evet	38	11,89	9,53	0,926	0,360
	Hayır	7	8,43	5,83		
Bedensel Alan	Evet	38	20,71	5,28	-2,368	0,022*
	Hayır	7	25,71	4,19		
Ruhsal Alan	Evet	38	19,55	4,23	-2,311	0,026*
	Hayır	7	23,43	2,94		
Sosyal İlişkiler Alanı	Evet	38	10,13	2,90	-0,738	0,465
	Hayır	7	11,00	2,65		
Çevre Alanı	Evet	38	29,50	6,08	-1,802	0,079
	Hayır	7	34,00	6,03		
İçsel Tatmin	Evet	38	2,98	0,87	-1,805	0,078
	Hayır	7	3,62	0,79		
Dışsal Tatmin	Evet	38	2,96	0,89	-1,529	0,134
	Hayır	7	3,50	0,67		
Genel Tatmin	Evet	38	2,97	0,85	-1,726	0,092
	Hayır	7	3,56	0,72		
Bilgi Düzeyi	Evet	38	84,50	21,36	0,839	0,430
	Hayır	7	72,71	36,03		

p<0,05=fark var; p>0,05=fark yok

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin gelecek kaygısı duyma durumu bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi analizleri tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre gelecek kaygısı duyan teknikerler ile gelecek kaygısı duymayan teknikerlerin bedensel alan ve ruhsal alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Ortalama puanlar incelendiğinde gelecek kaygısı olmayanların bedensel alan ve ruhsal alan puanları, gelecek kaygısı duyanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.9. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Radyoterapi Teknikeri Olarak Çalışma Süresi Bakımından Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Depresyon	4 yıl ve daha az	36	11,53	8,73	0,252	0,803
	5 yıl ve daha fazla	9	10,67	10,98		
Bedensel Alan	4 yıl ve daha az	36	21,72	5,72	0,575	0,568
	5 yıl ve daha fazla	9	20,56	4,03		
Ruhsal Alan	4 yıl ve daha az	36	20,25	4,49	0,293	0,771
	5 yıl ve daha fazla	9	19,78	3,49		
Sosyal İlişkiler Alanı	4 yıl ve daha az	36	10,56	2,70	1,375	0,176
	5 yıl ve daha fazla	9	9,11	3,30		
Çevre Alanı	4 yıl ve daha az	36	30,25	6,35	0,107	0,916
	5 yıl ve daha fazla	9	30,00	6,04		
İçsel Tatmin	4 yıl ve daha az	36	2,95	0,90	-1,939	0,059
	5 yıl ve daha fazla	9	3,57	0,66		
Dışsal Tatmin	4 yıl ve daha az	36	2,99	0,84	-0,848	0,401
	5 yıl ve daha fazla	9	3,26	1,04		
Genel Tatmin	4 yıl ve daha az	36	2,97	0,85	-1,431	0,160
	5 yıl ve daha fazla	9	3,42	0,83		
Bilgi Düzeyi	4 yıl ve daha az	36	82,44	23,03	-0,122	0,903
	5 yıl ve daha fazla	9	83,56	29,42		

p<0,05=fark var; p>0,05=fark yok

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin radyoterapi teknisyeni/teknikeri olarak çalışma süresi bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi analizleri tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre radyoterapi teknisyeni/teknikeri olarak çalışma süresi 4 yıl ve daha az olanlar ile 5 yıl ve daha fazla olanlar arasında depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.10. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Şu anki İşte Çalışma Nedeni Bakımından Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	t	p
Depresyon	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	14,00	10,78	-0,983	0,333
	Sevdiğim için	15	10,73	7,68		
Bedensel Alan	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	21,61	4,92	-0,605	0,549
	Sevdiğim için	15	20,40	6,57		
Ruhsal Alan	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	20,00	3,41	-0,395	0,696
	Sevdiğim için	15	19,40	5,26		
Sosyal İlişkiler Alanı	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	9,22	3,28	-1,525	0,137
	Sevdiğim için	15	10,80	2,51		
Çevre Alanı	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	29,17	6,30	-0,219	0,828
	Sevdiğim için	15	29,67	6,82		
İçsel Tatmin	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	2,90	0,97	-0,383	0,705
	Sevdiğim için	15	3,02	0,87		
Dışsal Tatmin	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	2,85	0,93	-0,419	0,678
	Sevdiğim için	15	2,99	0,95		
Genel Tatmin	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	2,88	0,93	-0,416	0,680
	Sevdiğim için	15	3,01	0,86		
Bilgi Düzeyi	Ekonomik ve zorunlu nedenler	18	84,50	21,46	-0,660	0,514
	Sevdiğim için	15	89,40	20,98		

p<0,05=fark var; p>0,05=fark yok

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin şu anki çalışma nedeni bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi analizleri tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre şu anki işte, ekonomik ve zorunlu nedenlerle çalışanlar ile sevdiği için çalışanlar arasında depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.11. Depresyon, Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Mesleği Tercih Nedeni Bakımından Karşılaştırılması

		n	Ort.	ss	F	p	İkili Fark
Depresyon	Mesleği sevdiğim için	12	12,50	7,00	3,374	0,018*	1-4
	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	12,29	6,60			
	Annem istediği için	5	19,20	12,76			
	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	4,27	2,87			
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	11,78	11,20			
Bedensel Alan	Mesleği sevdiğim için	12	21,50	7,05	1,252	0,305	
	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	20,14	1,68			
	Annem istediği için	5	19,80	6,72			
	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	24,55	4,46			
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	20,22	4,68			
Ruhsal Alan	Mesleği sevdiğim için	12	19,50	5,93	0,595	0,668	
	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	19,86	2,54			
	Annem istediği için	5	19,80	4,87			
	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	22,00	3,00			
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	20,11	3,22			
Sosyal İlişkiler Alanı	Mesleği sevdiğim için	12	10,00	2,26	2,486	0,059	
	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	8,71	2,43			
	Annem istediği için	5	10,20	3,90			
	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	12,36	2,01			
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	9,44	3,36			
Çevre Alanı	Mesleği sevdiğim için	12	30,17	7,33	2,906	0,034*	2-4
	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	24,43	2,76			
	Annem istediği için	5	29,60	7,96			
	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	33,55	4,95			
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	31,78	4,15			
İçsel Tatmin	Mesleği sevdiğim için	12	3,21	0,76	0,134	0,969	
	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	3,07	1,00			
	Annem istediği için	5	2,92	1,77			

	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	3,11	0,65	
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	2,96	0,77	
	Mesleği sevdiğim için	12	3,20	0,87	
Dışsal Tatmin	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	2,84	1,08	0,669 0,617
	Annem istediği için	5	2,75	1,57	
	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	3,31	0,54	
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	2,83	0,66	
	Mesleği sevdiğim için	12	3,20	0,75	
Genel Tatmin	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	2,96	1,02	0,336 0,852
	Annem istediği için	5	2,83	1,67	
	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	3,21	0,57	
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	2,90	0,71	
	Mesleği sevdiğim için	12	91,75	22,78	
Bilgi Düzeyi	Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için	7	79,86	22,53	1,633 0,185
	Annem istediği için	5	60,00	37,09	
	Dikey geçiş seçenekleri olduğu için	11	82,73	21,71	
	Ataması olduğunu düşündüğüm için	9	84,78	18,88	

p<0,05=fark var; p>0,05=fark yok

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin mesleği tercih nedeni bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre mesleği tercih nedeni farklı olan çalışanların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Ortalama puanlar incelendiğinde annesi istediği için mesleği seçenlerin depresyon düzeyleri en yüksek iken dikey geçiş seçenekleri olduğu için mesleği seçenlerin depresyon düzeyleri en düşük olduğu belirlenmiştir. İkili karşılaştırma için yapılan Tamhane testine göre mesleği sevdiği için seçenlerin, dikey geçiş seçenekleri olduğu için seçenlere göre depresyon düzeyleri daha yüksektir.

Analiz sonucuna göre mesleği tercih nedeni farklı olan çalışanların çevre alanı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Ortalama puanlar incelendiğinde dikey geçiş seçenekleri olduğu için mesleği seçenlerin çevre alanı

puanları en yüksek iken maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğü mesleği seçenlerin çevre alanı puanları en düşüktür. İkili karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre mesleği dikey geçiş seçenekleri olduğu için seçenlerin, maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğü için seçenlere göre çevre alanı puanları daha yüksektir.



BÖLÜM V

TARTIŞMA

Araştırmanın temel amacı radyoterapi teknikeri çalışanlarının mesleki bilgi seviyesi ve çalışma koşullarının depresyon üzerindeki etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda belirli ölçekler uygulanarak istatistiksel analizlerle cevap aranmış ve elde edilen bulgular ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır. Elde edilen verilerde radyoterapi teknikerlerinde mesleki bilgi seviyesinin yüksek olması ile depresyon düzeyinin düşük olması arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermiştir. Çalışmanın sonuçları beklentileri karşılar niteliktedir.

Radyoterapi teknikerlerinin tanımlayıcı özelliklerine baktığımızda, ankete katılan teknikerlerin 20 yaş üstü, kadın, ön lisans mezunu, anne baba ile birlikte yaşadıkları, anne ve babanın eğitim durumunun ilkökul mezunu olduğu, gelir seviyesinin 3001 TL ve üstü olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan radyoterapi teknikerlerinin mesleğe ilişkin verdikleri yanıtlarda en fazla çıkan yüzdeler dilimler, hayal edilen bölüm olmadığı, gelecek kaygısı yaşadıkları, mesleği sevdiği için tercih etme sırası ile en yüksek çıkan sonuçlardır.

Bulgularda ilk olarak radyoterapi teknikerlerinin mesleki bilgi düzeyine ilişkin sonuçlara bakıldığında, ortalama %82,67' dir. En fazla alınan dersler arasında %100,0 anatomi ve radyolojik anatomi, %92,1 fizik ve matematiğe giriş ile %88,6 hasta pozisyonlama ve immobilizasyon olmakla birlikte mesleki bilgiye dayalı sonuçların yüksek olduğu görülmektedir. Beck depresyon puanı ortalamalarına göre %11,3 ile radyoterapi teknikerlerinin depresyon düzeylerinin ise düşük olduğu görülmektedir.

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin test edilmesi amacıyla yapılan korelasyon testi sonuçlarına göre, depresyon ile bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler, çevre alanı, içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel tatmin arasında ters yönlü orta kuvvetli ilişki bulunmaktadır. Genel bir tanımlama ile, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı, içsel tatmin, dışsal tatmin, genel iş tatmini arasında bilgi düzeyleri açısından anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Yaşam Kalitesi, İş Tatmini ve Bilgi Düzeyinin Depresyon Üzerindeki Etkisinin analiz edilmesi amacıyla yapılan regresyon testi sonuçlarına göre, sosyal ilişkiler alanı ve bilgi düzeyi, depresyonu etkilerken bedensel alan, ruhsal alan, çevre alanı, içsel tatmin ve dışsal alan depresyonu etkilememektedir.

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin idari görev yapma durumu bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi analizleri sonucuna göre, çalıştığı yerde idari görevi olan teknikerler ile idari görevi olmayan teknikerlerin bedensel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin gelecek kaygısı duyma durumu bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi analizler sonuçlarına göre, gelecek kaygısı duyan teknikerler ile gelecek kaygısı duymayan teknikerlerin bedensel alan ve ruhsal alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır.

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin radyoterapi teknisyeni/teknikeri olarak çalışma süresi bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi analizlerine bakıldığında, radyoterapi teknikeri olarak çalışma süresi 4 yıl ve daha az olanlar ile 5 yıl ve daha fazla olanlar arasında depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin şu anki çalışma nedeni bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan t testi analizleri arasında, ekonomik ve zorunlu nedenlerle çalışanlar ile sevdiği için çalışanlar arasında depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyinin mesleği tercih nedeni bakımından karşılaştırılması amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçlarına göre, mesleği tercih nedeni farklı olan çalışanların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Ortalama puanlar incelendiğinde annesi istediği için mesleği seçenlerin depresyon düzeyleri en yüksek iken dikey geçiş seçenekleri olduğu için mesleği seçenlerin depresyon düzeyleri en düşük olduğu belirlenmiştir.

İkili karşılaştırma için yapılan Tamhane testine göre, mesleği sevdiği için seçenlerin, dikey geçiş seçenekleri olduğu için seçenlere göre depresyon düzeyleri daha yüksektir.

İkili karşılaştırma için yapılan Tukey testine göre mesleği dikey geçiş seçenekleri olduğu için seçenlerin, maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğu için seçenlere göre çevre alanı puanları daha yüksektir.



BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgulara dayalı olarak genel sonuçlara ve önerilere yer verilmiştir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur.

Radyoterapi teknikerlerinin mesleki bilgiye dayalı sonuçların yüksek çıkması ile depresyon düzeylerinin ise düşük çıkması, mesleki bilgi seviyesiyle depresyon arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

Çalışma verilerine dayanılarak radyoterapi teknikerlerinde ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı, içsel tatmin, dışsal tatmin ve genel iş tatmini arasında bilgi düzeyi yönünden anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yapılan çalışmada sosyal ilişkiler alanı ve bilgi düzeyi depresyonu etkilerken bedensel alan, ruhsal alan, çevre alanı, içsel tatmin ve dışsal alanın depresyonu etkilemediği görülmüştür.

Çalışma verilerine göre, çalıştığı yerde idari görevi olan teknikerler ile idari görevi olmayan teknikerlerin bedensel alan puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Radyoterapi teknikerinin çalışma süresi ile depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyi açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Çalışma nedeni bakımından ekonomik ve zorunlu nedenlerle çalışanlar ile mesleğini sevdiği için çalışanlar arasında depresyon, yaşam kalitesi, iş tatmini ve bilgi düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

Mesleğini annesi istediği için seçenlerin depresyon düzeyleri en yüksekken, dikey geçiş seçenekleri olduğu için mesleği seçenlerin depresyon düzeyleri en düşük olarak bulunmuştur.

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmada; radyoterapi teknikerlerinin mesleki bilgi düzeyi ile çalışma koşullarının depresyona etkisi araştırılmış ve farklılıkların olup olmadığına bakılmıştır.

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Radyoterapi programını tercih ederken bölümle ilgili bilgi sahibi olunmalıdır.

Radyoterapi teknikeri tercih edeceği bölümün gerektirdiği yeterlilikler hakkında alana vakıf olmalı, tercihini bu doğrultuda yapmalıdır.

Eğitimi alınacak programın ders ve iş yükü açısından değerlendirilmesi yapılmalı, kişisel ilgi ve yeterlilik bu konuda etken olmalıdır.

Radyoterapi teknikeri meslek elemanı olmak isteyen adayın bölümün gerektirdiği her türlü olumlu ve olumsuz koşulları ile çalışma şartları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

BÖLÜM VII

KAYNAKÇA

05.07.2012 tarih ve 28344 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik”, <http://www.resmigazete.gov.tr>

Abrahamson, L.Y., Seligman, M.E.P. and Teasdale, J.D., 1978, “Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation”, *Abnormal Psychology*, 87:49-74.

Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. and Alloy, L.B., 1989, "Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression", *Psychological Review*, 96:358-372.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi – HASUDER İŞÇG. Sağlık çalışanlarının sağlığı çalışması: çalışan sağlığı birimlerinin organizasyonu, işlevleri ve finansmanı, <http://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/SCS-Calistay-Antalya.pdf> (Erişim tarihi: 24.07.2017).

Akiskal, H.S., 1992, “Duygu durum Bozukluklarının doğası ve çeşitliliğine yeni bir bakış”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3:163-169.

Akyurt, N., 2016, “Ders Notları”, İstanbul.

Alper, Y., *Depresyon Psikoterapisi*, Ara Yayıncılık, İstanbul, 1997.

Altınöz, F. ve Verimli, A., 1992, “İstanbul’da bir gece kondu bölgesinde duygu durum ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığı üzerine epidemiyolojik bir çalışma”, 28. Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde bildiri.

Angst, J., 1996, “Suicide risk in patients with major depressive disorder”, *J Clin Psychiatry*, 60(suppl.2): 57-62.

Antony, J.C. and Petronis, K.R., 1991, “Suspected risk factors for depression among adults 18-44 years old”, *Epidemiol*, 2:123-132.

Aşkın, R., *Depresyon El Kitabı*, Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. Selçuk Üniversitesi, Konya, 1999.

Atkinson, J.R. and Atkinson, C.R., *Anormal Psikoloji* (çev. Kemal Atalay, Mustafa Atalay), Sosyal Yayınları, İstanbul, 1995.

Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.

Aydın, B., *Çocuk ve Ergen Psikolojisi* (2. Baskı), Atlas Yayınları, İstanbul, 2005.

Baltaş, A. ve Baltas, Z., Stres ve Başa Çıkma Yolları, 21. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2002.

Başıoğlu, C. ve Buldukoğlu, K., 2015, “Depresif Bozukluklarda Psikososyal Girişimler”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(1): ss.1-15.

Beck, A., 1972, “Depression: Causes and Treatment Pennsylvania”, Universty of Pennsylvania Press.

Beck, A.T. and Clark, D.A., 1997, “An İnformation Processing Model of Anxiety: Automatic and Strategic Processes”, Behavior Research and Therapy, 35:49-58.

Beck, A.T., 1961, “An inventory for measuring depression”, Arch Gen Psychiatry, 4:561-71.

Beck, A.T. et al., Cognitive Therapy of Depression (4. Baskı), The Guildford Press, New York, 1983.

Bilir, N. ve Yıldız, A.N., Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.

Bilir, N., 2005, “İş Sağlığı ve Güvenliğinde Çağdaş Bir Yaklaşım: Risk Değerlendirilmesi ve Risk Yönetimi”, İSG İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi, Başak Matbaacılık, 25(5):9-12.

Blackburn, I.M., Depresyon ve Başa Çıkma Yolları (çev. N.H. Şahin ve R.N. Rugancı), Remzi Kitabevi, İstanbul, 1993.

Bostwick, J.M. and Pankratz, V.S., 2000, “Affective disorders and suicide risk: a reexamination”, Am J Psychiatry, 157:1925-1932.

Boyd, J.H. and Weissman, M.M., 1982, Epidemiology. ES Paykel (ed): Handbook of Affective Disorders'ta, Edinburg-London, Churchill Livingstone, ss.109-125.

Brown, G.W. and Moran, P.M., 1997, “Single mothers, poverty and depression”, Psychol Med, 27:21-33.

Bruce, M.L. and Hoff, R.A., 1994, “Socialand health risk factors for first-onset major depressive disorder in community sample”, Soc Psychiatry.

Bruner, D.W., Haas, M.L. and Gosselin-Acomb, T.K., “Manual for radiation oncology nursing practice and education (Third Edition)”, Oncology Nursing Society, 2005.

Buğdaycı, R. vd., 2001, “İçel İlinde Görev Yapan Hekimlerde Ruhsal Tükenmişlik Durumu ve Etkileyen Faktörler”, Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi, Genel-İş Matbaası, Ankara.

Bulakbaşı, M., Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, 2015.

Cichetti, D. and Toth, S.L., 1999, "Çocuk ve Gençlerde Depresyonun Gelişimi" (çev. Sibel Kazak), Türk Psikoloji Bülteni, 4(10):105-112.

Çelikkol, A., Ruh Hastalıklarından Korunma, Gendaş Yayıncılık, İstanbul, 1999.

Çetingöz, R., Temel ve Klinik Radyoterapi, Hürriyet Matbaa, İzmir, 2015.

Çifter, İ., "Depresyon Kavramının Gelişimi", Depresyon Monografılar Serisi, 1. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.

Dede, M., Radyasyon İnsan ve Çevre, TAEK, Ankara, 2009.

Demir, E., 1980, Yarı-Kırsal Kesimde Depresyon Epidemiyolojisi ve Ruhsal Bozuklukların Sıklığı Üzerine Bir Araştırma, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Dindar, İ., İşsever, H. ve Özen, M., 2004, "Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar ve Konulan Tanılar", Hemşirelik Forumu Dergisi, 7(1):59-63.

Docherty, JP., 1997, "Barriers to the diagnosis of depression in primary care", J Clin Psychiatry, 58 (Supplel 1), 5-10.

Doğan, O. vd., Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi, Dilek Matbaası, Sivas, 1995.

Doğan, F., 2013, "Radyoterapi Tedavisinde Ölçümün Yeri", VIII. Ulusal Ölçüm Bilim Kongresi, Gebze-Kocaeli.

DSM-V-TR, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı (Çev. Ertuğrul Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

Dünya Sağlık Örgütü, 2001, The World Health Report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO: 2001 Raporu.

Elgün, S., 2001, "Depresyon Nörobiyokimyası", Modern Tıp Seminerleri, 18:8-19.

Ergen, Ş.A. ve Koca, S., 2013, Hastane Yönetimi, "50.bölüm: Radyasyon Onkolojisi Klinik Yönetimi", Nobel Tıp Kitabevleri, ss.785-788.

Ergene, T. ve Yıldırım, İ., 2004, "Üniversite Adaylarının Depresyon Düzeyleri", 3P Dergisi, Haziran, 12(2):91-100.

Eser, S.Y. vd., "Psychometric properties of WHOQOL-100 and WHOWOL-BREF", 3P Dergisi 1999; 7(2):23-40).

Esmek, M. vd., 2003, "Yatağan Termik Santrali Çalışanlarında 1995-1999 Yılları Arasında Görülen Sistem Hastalıklarının İncelenmesi", III. Uluslararası Katılımlı İş Sağlığı ve İşyerleri Hemşireliği Sempozyumu, Zonguldak, ss.164-171.

Freud, S., 1957, Mourning and Melancholia, (çev. J. Strachey), The Standart edition of complete psychological Works of Sigmund Freud (Cilt 14), Hogarth Press, London (Orijinal çalışmanın yayımlanma tarihi 1917).

Ge, X. et al., 1994, "Trajectories of Stressful Life Events and Depressive Symptoms During Adolescence", *Developmental Psychology*, 30:467-483.

Gelder, M., Gath, D. and Mayou, R., *Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford, Oxford University, 1985.

Gençtan, E., *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*, Maya Yayınları, Ankara, 1984.

Guidano, V.F. and Liotti, G., *Cognitive Processes and Emotional Disorders* (3. Baskı), The Guilford Press, New York, 1986.

Güleç, C., 1981, *Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Konudaki Tutumlar Üzerine Sağlık Örgütlenişinin Etkisini Araştıran Bir Çalışma*. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Güleç, C., *Psikiyatrinin ABC'si* (2. Baskı), Say Yayınları, İstanbul, 2009.

Güleç, C., *Psikoterapiler*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.

Güler, G., 2006, *Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon*, Uzmanlık Tezi, Aile Hekimliği, Sağlık Bakanlığı Şişli Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Gür, A., 1996, *Ergenlerde depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişki*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Ankara.

Hancıoğlu, M., 1981, *Kentleşme ve Psikiyatrik Epidemiyoloji: Gecekondu Bölgesi ve Kent Merkezinde Karşılaşmalı Alan Çalışması*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Hankin, B. I. et al., 1998, "Development of Depression from Preadolescence to Young Adulthood: Emerging Gender Differences in A10-Year Longitudinal Study", *Journal of Abnormal Psychology*, 107. 128-140.

Henkel, V. et al., 2003, "Identifying Depression in Primary Care: a comparison of different methods in a prospective cohort study", *BMJ*, 326:200:201.

Hisli, N., 1988, "Beck Depresyon Envanteri' nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma", *Psikoloji Dergisi*, 6: 118-122.

Hwang, W.C., Myers, H.F. and Takeuchi, D.T., 2000, "Psychosocial predictors of first-onset depression in Chinese Americans", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 35:133-145.

Janowitz, I.L. et al., 2005, "Measuring the Physical Demands Of Work in Hospital Setting: Design and Implementation of an Ergonomics Assessment", *Applied Ergonomics*.

Jesse, D.E. and Graham, M., 2005, "Are You Often Sad and Depressed?: Brief Measures to Identify Women at Risk for Depression in Pregnancy", *MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 30:40-45.

Johnson, L.S., "Therapist's Guide to Clinical Intervantion", Academic Pres, New York, 2003.

Kara, H., Ağargün, M.Y. ve Akman, N., 1996, "Güvenlik nedeniyle kırsal bölgelerden Van şehir merkezine göç etmek zorunda kalan göçmenlerde depresyon yaygınlığı", *Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12:165-170.

Karagöz, Y., 2011, Olumlu Düşünme Eğitim Programının Ergenlerin Geleceğe Yönelik İyimserlik, Depresyon ve Bilişsel Çarpıtma Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışma Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Katon, W., 1982, "Depression: Somatic symptoms and medical disorders in primary care", *Comprehensive Psychiatry*, 23(3):274-287.

Katon, W., Kleinman, A. and Rosen, G., 1982, "Depression and somatization: a review", Part I. *Am J Med*, 72:127-133.

Kavlu, İ. ve Pınar, R., 2009, Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği; Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 29(6):1543-55.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (2. Baskı), Siyasal Kitabevi, Ankara, 2012.

Kendler, K. et al., 1995, "Stressful Life Events, Genetic Liability, and Onset of an Episode of Major Depression", *American Journal of Psychiatry*, 152:833-842.

Kendler, K.S. and Prescott, C.A., 1999, "A population-based twin study of life time major depression in men and women", *Arch Gen Psychiatry*, 56:39.

Kessler, R.C., Mc Gonagle, K.A., and Zhao, S., 1994, "Life time and 12 month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the US; Result from the national comorbidity survey", *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19.

Kılıç, C., 1998, "Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları", N. Erol, C. Kılıç, M. Ulusoy (eds): Türkiye Ruh Sağlığı Profiliği'nde. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gn. Md., ss.77-94.

Kılınç, H., 2005, Ergenlerin Yalnızlık Düzeyleri ve Kişilerarası İlişkiler İle İlgili Bilişsel Çarpıtmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Koç, V., 2008, Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Korkmaz, B. ve Tuzcuoğlu, S., 2001, "Psikolojik Danışma ve Rehberlik Öğrencilerinin Boyuneğici Davranış ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi", M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 14:135-152.

Köknel, Ö., Depresyon: Ruhsal Çöküntü, Altın Kitapları Yayınevi, İstanbul, 1989.

Koroğlu, E., Depresyon Nedir Nasıl Baş Edilir (2. Basım), Hekimler Yayın Birliği Yayınları, Ankara, 2006.

Kuzgun, Y., Üniversiteler Yükseköğretim Programları ve Meslekler Rehberi, Yüksek Öğretim Kurumu Yayınevi, 2000.

Küey, L. ve Güleç, C., 1989, "Depression in Turkey in 1980s: epidemiological and clinical approaches", Clin Neuropharmacol, 12 (suppl. 2):1-12.

Küey, L. ve Küey, Y., 1988, "Depresyon ve Kadın: Gözden geçirme", 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara.

Küey, L., 1985, Yarı Kentsel Bir Bölgede Affektif Bozuklukların Yaygınlığı ve Bu Bozukluklara Karşı Gösterilen Tutumları Araştıran Epidemiyolojik Bir Çalışma, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Küey, L., 1992, "Epidemiological aspects of depressive disorders in Turkey an update review of community surveys", XIII. Dünya Sosyal Psikiyatri Kongresi, Yeni Delhi, Hindistan.

Küey, L., Aksaoğlu, G. ve Amato, Z., 1989, "Affektif bozukluklara ilişkin tutumlar", Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 4:72-81.

Lesse, S., 1979, "Behavioral Problems Masking Depression-Culturel and Clinical Survey", Am J Psychother, 33:41-53.

Lewinsohn, P.M. and Amenson, C.S., 1978, "Some Relations Between Pleasant and Unpleasant Mood-Related Events and Depression", Journal of Abnormal Psychology, 87:644-654.

Lewinsohn, P.M. and Graf, M., 1973, "Pleasant Activities and Depression", Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41:261-268.

Lewinsohn, P.M. and Libet, J., 1972, "Pleasant events, activity schedules, and depression", Journal of Abnormal Psychology, 79:291-295.

Lightsey, D.R., 1997, "Stress buffers and dysphoria: a prospective study", J Cong Psychother, 11:263-277.

Merikangas, K.R., Prusoff, B.A. and Weissman, M.M., 1988, "Parental concordance for affective disorders: psychopathology in offspring", J Affect Dis, 15:279-290.

Metalsky, G.I., Joiner, T.E., Jr., 1992, "Vulnerability to Depressive Symptomatology: A Prospective Test of the Diathesis-stress and Causal Mediation Components of the Hopelessness Theory of Depression", Journal of Personality and Social Psychology, 63:667-675.

Murray, C. and Lopez, A., 1997, "Alternative projections of mortality and disability by cause 1999-2020: Golden burden of disease study", Lancet, 349:1498-1504.

Nahçıvan, N., 1997, "Bir İşyeri ortamının Sağlık Riskleri Yönünden İncelenmesi", V. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özet Kitapçığı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sabancı Kültür Merkezi, ss.10-13.

Nezu, A. and Ronan, G.F., 1988, "Social problem solving as a moderator of stress-related depressive symptoms: a prospective analysis", J Counsel Psychol, 35:134-138.

Nolen-Hoeksema, S., Abnormal Psychology (International Edition), McGraw-Hill, Boston, 2004.

O'Leary, K.D. and Wilson, G.T., Behaviour Therapy: Application and Outcome (2. Baskı), Prentice-Hall Inc. 1986, 202-227.

Özbek, S., 2014, Türk Radyoloji Yeterlik Kurulu Uzmanlık Eğitimi Programı, Sürüm 3:7.

Özdel, L. vd., 2002, "Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi", Anadolu Psikiyatri Dergisi, (3);155-161.

Özdoğan, P., 2014, Radyoterapi Alan Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Gereksinimlerine Yönelik Öğretim Materyali Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Özkan, Ö. ve Emiroğlu, N., 2006, "Hastane sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, ss.10:43-50.

Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt-I (11. Baskı), Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2011.

Öztürk, M.O., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (10. Baskı), Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2004, 291-342.

Öztürk, M.O., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2001.

Parlar, S., 2008, "Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, ss.7(6):547-554.

Plante, T.G., Contemporary Clinical Psychology (2. Baskı), John Wiley & Sons, Inc., USA, 2005.

Quinn, B., Depresyon El Kitabı (Çeviri: A.E. Danacı), Hekimler Yayın Birliği Yayını, Ankara, 2002.

Rack, P.H., 1980, "Ethnic differences in depression and its response treatment", J Int Res, 4(suppl.3): 20-33.

Resmi Gazete. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Tebliği <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/11/20091125-10.htm> (Erişim tarihi: 04.08.2017).

Rezaki, M., 1995a, "Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Depresyon", Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):13-20.

Rezaki, M., 1995b, "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar Üzerine Bir Alan Araştırması", Türk Psikiyatri Dergisi, 6(1):3-11.

Sağduyu, A., vd., 2000, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon", Türk Psikiyatri Dergisi, 11:3-16.

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu. Gündem. Sağlıkçının Sağlığı, 2000;1:1-4.

Samuel, W., 1981, "Personality-Searching for The Sources of Human Behavior", McGraw-Hill Book Company, Tokyo.

Savaşır, I. ve Şahin, N.H., Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997.

Saygın, M. vd., 2011, "Radyoloji Çalışanlarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri", Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta.

Sayıl, I., (Editör), Bireyden Topluma Ruh Sağlığı (1. Baskı), Eczacıbaşı İlaç Paz., İstanbul, 2004.

Seligman, M.E.P., Helplessness: On Depression, Development, and Death, W.H. Freeman and Company, New York, 1992.

Singer, K., 1975, "Depressive disorders from a transcultural perspective", Soc Sci Med, 9:289-301.

Sorenson, M. J., Mors, O., and Thomsen, P. H., 2005, "DSM-4 or ICD-10-DCR diagnoses in child and adolescent psychiatry: does it matter?", European Child and Adolescence Psychiatry, 14:335-340.

Swindle, R.W., Jr Cronkite, R.C. and Moss, R.H., 1998, "Risk factors for sustained nonremission of depressive symptoms", J Nerv Ment Dis, 186:462-469.

Şaher, N., 1981, Kent Merkezinde Psikiyatrik Epidemiyoloji ile İlgili Bir Alan Çalışması, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Şahin, H. N. ve Rugancı, R. N., Depresyonla Başa Çıkma Yolları, Remzi Kitapevi, İstanbul, 1992.

Şenol, U., 2015, Bir Sanayi Kuruluşundaki Vardiyalı ve Vardiyasız Çalışanların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> (Erişim tarihi: 17.08.2017).

Tegin, B., 1980, Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Tegin, B., 1990, "Üniversite öğrencilerinde depresif belirtilerle atılganlık düzeyi arasındaki ilişki", H.Ü. Edebiyat Fakültesi Dergisi, (1-2). ss.51-63.

Tezcan, E., 2000, "Depresyonun Ayırıcı Tanısı", Duygudurum Dizisi. 2, ss.77-98.

Tezcan, E.A., Depresyonda (1.Baskı), Elma Yayınevi, Ankara, 2011.

Türk, M., 2011, "Türkiye’de sağlık kurumlarında işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri", Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3.Ulusal Kongresi, ss.106.

Tüzün, Ü., 1993, Okul çağı çocuklarında yaşam olayları depresyon semptomları ve self-esteem arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.

Uzbaş, A., 2003, İlköğretim 4. ve 5. Sınıflarda Okuyan Öğrencilerin Sosyal Becerileri ve Okul Uyumu ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

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

Üstün, T.B., Ceylan, M., ve Yaşar, A.K., 1981, "Kazan Sağlık Ocağı bölgesinde (kırsal ve yarı kırsal kesimde) depresyon prevalansı ve ocakta verilen ruh sağlığı hizmetinin değerlendirilmesi. 18. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi’nde bildiri, İstanbul.

Valenstein, M., 2001, "The cost-utility of screening for depression in primary care", Ann. Intern. Med, 134:345-360.

Watson, D. and Clark, L.A., 1995, "Depression and the melancholic temperament", *European Journal of Personality*, 9(5):351-366.

Weissman, G., Weissman, M.M., and Klerman, G.L., 1977, "Sex differences and the epidemiology of depression", *Arch Gen Psychiatry*, 34:98-111.

Whooley, M.A., et al., 1997, "Case-finding instruments for depression", *J Gen Intern Med*, 12:439-445.

Wierzbicki, M. and Sayler, M.K., 1991, "Depression and Engagement in Pleasant and Unpleasant Activities in Normal Children", *Journal of Clinical Psychology*, 47:499-505.

Williams, J.M.G. et al., *Cognitive Psychology and Emotional Disorders* (2. Baskı), John Wiley & Sons, Great Britain, 1997.

Williamson, D.E., 1995, "A case-control family history study of depression in adolescents", *J American Acad Child Psy.* 34:1596-607.

Yağıbasan, T., 2012, "Türkiye’de Radyoterapi Teknikerliği Eğitim ve Meslek Standartları", Dokuz Eylül Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi, Antalya.

Yelkenci, İ., 2013, Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Depresyon İle Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Yemez, B. ve Alptekin, K., 1998, "Depresyon Etiyolojisi" *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 1:21-25.

Yıldız, M., 2016, "Üniversite öğrencilerinde duygusal zeka yaşam doyumu ve depresyonun cinsiyet ve sınıf seviyelerine göre etkileri", *OPUS – Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 6(11) ss.451-474.

Yıldız, S. ve Yıldız, S.E., 2009, "Bullying ve Depresyon Arasındaki İlişki: Kars İlindeki Sağlık Çalışanlarında Bir Araştırma", İstanbul. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (15) ss.133-150.

Yüksel, N., *Birinci Basamakta Depresyon Tanı ve Tedavi*, Çizgi Tıp Yayınevi, İstanbul, 2000.

EKLER

EK I. Radyoterapi Teknikeri Anket Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma Radyoterapi Teknikerlerinin mesleki bilgi seviyesinin depresyona etkisini belirlemek amacıyla Yrd. Doç. Dr. Nuran Akyurt ile Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ozan Tekin danışmanlığında Yüksek Lisans Tez Öğrencisi Sema Arıtürk tarafından yürütülmektedir. Çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz. Elde edilen veriler yalnızca bilimsel araştırmalar için kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Adı Soyadı:

E-mail, telefon:

1. BÖLÜM

1. Cinsiyetiniz : Kadın Erkek

2. Yaşınız:

3. Mezun olduğunuz/okuduğunuz Üniversite:

Devlet

Kamu

4. Mezuniyet durumunuz : Düz lise Sağlık Meslek Lisesi Ön

lisans Lisans Yüksek lisans Doktora

Diğer.....

5. Hayal ettiğiniz bölümden mi okuyorsunuz/mezun oldunuz? Evet

Hayır

6. Şu ana kadar yaşamınızı geçirdiğiniz yer:

Şehir merkezi

İlçe

Kasaba

Köy

Diğer.....

7. Aile yapınız:

Anne-baba birlikte yaşıyor

Anne-baba birlikte yaşamıyor

Anne hayatta

değil Baba hayatta değil

Anne-baba başka il / ülkede birlikte yaşıyor

Diğer.....

8. Ailenizdeki birey sayısı (siz dahil):

3 kişi ve altı

4 kişi

5 kişi

6 kişi

7 kişi

8 kişi ve üstü

9. Siz kardeşler arasında kaçınıcı çocuksunuz?

1.Çocuk

2.Çocuk

3.Çocuk

4.Çocuk

5.Çocuk

Diğer.....

10. Anne ve babanızın eğitim durumu:

	Anne	Baba
Okur-yazar değil		
Sadece okur-yazar		
İlkokul mezunu		
Ortaokul mezunu		
Lise mezunu		
Üniversite mezunu		
Diğer.....		

11. Ailenizin gelir durumu:

- 900 YTL ve altı 901-1500YTL 1501-1900 YTL 1901-2500 YTL
 2501-3000YTL 3001 YTL üst

12. Aylık harcama miktarınız:

- 300 YTL ve altı 301-1000 YTL 1001-1500 YTL 1501-2000YTL
 2001-2500 YTL 2501-3000 YTL 3001 YTL ve üstü

13. Üniversite öğrencisi iken kültürel etkinliklere katılır mıydınız? Evet Hayır

14. Cevabınız evet ise; katıldığınız kültürel etkinlikler: (birden fazla seçebilirsiniz):

- Sinema Tiyatro Konser Sergi Gezi Kulüp faaliyetleri
 Diğer.....

15. Üniversite öğrencisi iken kurslara, seminerlere ve kongrelere katılır/ mıydınız?

- Evet Hayır

16. Cevabınız evet ise; katıldığınız kurslar: (birden fazla seçebilirsiniz):

- Mesleki kongreler Mesleki kurslar Yabancı dil kursu Bilgisayar kursu
 Müzik kursu Tiyatro kursu Diğer.....

17. Üniversite öğrencisi iken sportif faaliyetlerle ilgilenir miydiniz? Evet Hayır

18. Cevabınız evet ise; katıldığınız sportif faaliyetler:

- Profesyonel olarak Amatör olarak Yalnızca izleyici olarak takip ederim
 Diğer.....

19. Çalıştığınız yerde İdari Göreviniz var mı?

- Evet
 Hayır

20. Gelecek Kaygısı duyuyor musunuz?

- Evet
 Hayır

21. Radyoterapi Teknisyen/Teknikeri olarak Çalışma Süreniz?

- 1 yıl altı
 1-4 yıl
 5-9 Yıl
 10 yıl ve üzeri

22. Bu işte çalışma nedeniz?

- Ekonomik ve zorunlu nedenler
 Sevdiğim için
 Diğer

23. Bu mesleği tercih etme sebebiniz nedir?

- Mesleği sevdiğim için
 Maddi anlamda kazancının iyi olduğunu düşündüğüm için
 Dikey geçiş seçenekleri olduğu için
 Ataması olduğunu düşündüğüm için
 Annem istediği için

24. Radyoterapi teknisyeni/ teknikerliği mesleğine yönelik aşağıdaki hangi temel dersleri aldınız?

- | | |
|---|--|
| • Biyoloji | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Kimya | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Biyokimya | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Fizik ve matematiğe giriş | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Anatomi | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Radyolojik anatomi | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Psikoloji ve sosyoloji | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Onkoloji bilimleri | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Radyobiyojoloji ve moleküler onkoloji | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Medikal Radyoterapi fiziği | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Profesyonellik ve etik | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Hastaya yaklaşım | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Hasta pozisyonlama ve immobilizasyon | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Tedavi planlama | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Tedavi uygulaması | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Kalite kontrol | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Risk yönetimi | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| • Eleştirel değerlendirme | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |

2.BÖLÜM: Radyoterapi teknisyeni/teknikerlerinin mesleki bilgi seviyesini ölçmek amacıyla hazırlanmış soru kısmını içermektedir.

1. Radyoterapi teknikeri mesai saatlerine uyar.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

2. Radyoterapi teknikerinin mesleğe ilgisi olmalıdır.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

3. Radyoterapi teknikerinin hasta yakınları ile iletişimi iyi olmalıdır.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

4. Radyoterapi teknikerinin sağlık personeli ve diğer personel ile iletişimi iyi olmalıdır.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

5. Radyoterapi teknikeri genel tıbbi terimleri kullanabilmelidir.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

6. Radyoterapi teknikeri radyoterapide bireysel blok işlemleri yapabilmelidir.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

7. Radyoterapi teknikeri radyoterapi uygulamalarını yapabilmelidir.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

8. Radyoterapi teknikeri radyoterapide simülasyon işlemlerini uygulayabilmelidir.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

9. Radyoterapi teknikeri radyoterapide immobilizasyon işlemlerini yapabilmelidir.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

10. Radyoterapi teknikeri radyoterapi tedavi planının uygulanmasını yapabilmelidir.

- (1) Kesinlikle katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kısmen katılıyorum
(4) Katılıyorum (5) Kesinlikle katılıyorum

11.Radyoterapi teknikeri sorumluluğu altındaki cihazları kullanıma hazır hale getirir, arızaları en kısa sürede sorumlu kişiye bildirir.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

12.Radyoterapi teknikeri tedavi sarf malzemelerini tedaviden önce hazır bulundurur.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

13.Radyoterapi teknikeri radyasyon onkolojisi uzmanının belirlediği tedaviyi, sağlık fizikçisinin belirlediği ölçü ve hesaplara göre uygular.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

14.Radyoterapi teknikeri, radyasyon onkolojisi uzmanı ve sağlık fizikçisi tarafından belirlenen fokalize blok dökümü ve diğer mould uygulamaları ile bolus, termoplastik maske ve aparatlarını uygulamaya hazır hale getirir ve uygulamada görev alır.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

15.Radyoterapi teknikeri, radyasyon onkolojisi uzmanı ve sağlık fizikçisi ile birlikte simülasyon işlemlerine katılır ve cihazları kullanır.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

16.Radyoterapi teknikeri tedavi alanlarının simülasyon ve port filmlerinin çekimi ile ilgili iş ve işlemlerini yapar.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

17.Radyoterapi teknikeri radyoterapi sırasında hastayı izler, beklenmeyen bir durum veya komplikasyon gelişmesi halinde ilgili tabip ve sağlık fizikçisine haber verir.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

18.Radyoterapi teknikeri imhası gereken radyoaktif atık malzemenin bertaraf edilmesine nezaret eder ve çevreye zararlı olmasını önlemek için gereken tedbirlerin alınmasında görev alır.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

19.Radyoterapi teknikeri radyasyon güvenliği ve kalite-kontrol biriminde görev alır.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

20.Radyoterapi teknikeri tehlike anında radyasyon güvenliği kurulunca hazırlanmış olan acil durum planını uygular.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum

21.Radyoterapi teknikeri radyasyon güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

- (1)Kesinlikle katılmıyorum (2)Katılmıyorum (3)Kısmen katılıyorum
(4)Katılıyorum (5)Kesinlikle katılıyorum



EK II. Minnesota İş Doyum Ölçeği

Yönerge: Aşağıda verilen maddeler işinizi farklı yönleriyle ele almaktadır.

Kendinize “İşimin bu yönünden ne kadar memnunum?” sorusunu sorunuz ve cevabınızı 1= Hiç memnun değilim, 2= Biraz memnunum, 3= Orta düzeyde memnunum, 4= Memnunum, 5= Çok memnunum biçiminde belirtiniz.

		1	2	3	4	5
1	Sürekli bir şeylerle meşgul olabilme imkânı					
2	Tek başına çalışma imkânı					
3	Zaman zaman farklı şeyler yapabilme imkânı					
4	Toplumda bir yer edinme imkânı					
5	Yöneticimin elemanlara karşı davranış tarzı					
6	Yöneticimin karar verme konusunda yeterliliği					
7	Vicdanıma ters düşmeyen şeyleri yapabilme imkânı					
8	Sürekli bir işe sahip olma imkânı					
9	Başkaları için bir şeyler yapabilme imkânı					
10	Başkalarına ne yapacağını söyleme imkânı					
11	Yeteneklerimi kullanabilme imkânı					
12	Firma politikasını uygulama imkânı					
13	Aldığım ücret					
14	Bu işte ilerleme imkanı					
15	Kendi kararımı verme özgürlüğü					
16	İş yaparken kendi yöntemlerimi deneme imkanı					
17	Çalışma koşulları					
18	Çalışma arkadaşlarımla birbiriyle anlaşması					
19	Yaptığım iyi bir iş karşılığında aldığım övgü					
20	İşimden elde ettiğim başarı duygusu					

EK III. WHOQOL - BREF(World Health Organization Quality Of Life Questionnaire Abbreviated Version)

Yönerge: Bu anket sizin yaşam kalitenizi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır. Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

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

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor. Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

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

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

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

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
4 F11.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5

5 F4.1 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7 F5.3 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F 16.1 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F 22.1 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

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

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F 18.1 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F 20.1 Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşıyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F 21.1 Boş zamanlarınızı değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatlarınız olur?	1	2	3	4	5

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

	Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F 9.1 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

	Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 13.3 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4 İş görme kapasitenizden ne kadar	1	2	3	4	5

hoşnutsunuz?					
19 F 6.3 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F 13.3 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F 15.3 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F 17.3 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F 19.3 Sağlık hizmetlerine ulaşma olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F 23.3 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1 Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

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

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

EK IV. Beck Depresyon Ölçeği

Yönerge: Sayın katılımcı, aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. **BUGÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA İÇİNDE** kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz. Sorulara vereceğiniz dürüst ve samimi cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2. (0) Gelecekte umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecekte karamsarım.
(2) Gelecekte hiçbir şey beklemiyorum.
(3) Geleceğimden umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Kendimi çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızmışım gibi hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Her şeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (0) Kendimden hoşnudum.
(1) Kendi kendimden pek hoşnut değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.

- 8. (0)** Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanlarım veya hatalarımdan dolayı kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan her zaman kendimi kabahatli bulurum.
(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
- 9. (0)** Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10. (0)** İçimden her zamankinden fazla ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim; şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11. (0)** Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
(1) Eskisine göre daha kolay kızıyor veya sinirleniyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12. (0)** Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
(1) Başkalarıyla ekişinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
(2) Başkalarıyla görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
(3) Hiç kimse ile görüşüp, konuşmak istemiyorum.
- 13. (0)** Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Karar verirken eskisine göre çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14. (0)** Aynaya baktığımda kendimde bir değişiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15. (0)** Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
(2) Bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16. (0)** Her zamankinden daha iyi uyuyabiliyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve yeniden uyuyamıyorum.

- 17.** (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Yaptığım her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 18.** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.

- 19.** (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
(1) İki kilodan fazla kilo verdim.
(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.

- 20.** (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmem zorlaşıyor.
(3) Sağlığımdan o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

- 21.** (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

ÖZGEÇMİŞ

Sema ARITÜRK

İletişim Bilgileri

E-Posta: sema.artrk@gmail.com

Cep Telefonu: 0(539) 329 81 66

Kişisel Bilgiler

Çalışma Durumu: Çalışmıyor

Eğitim Durumu: Yüksek Lisans (Öğrenci)

Medeni Durumu: Bekar

Uyruk: T.C.

Doğum Tarihi: 14.01.1989

Doğum Yeri: Türkiye – İstanbul

Sürücü Belgesi: B

İş Deneyimleri

Özel Umutlar Sönmez Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (2015-2016)

Özel Mehmet Oyal Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (2014-2015)

Staj Deneyimleri

Balıklı Rum Hastanesi / Psikiyatri Kliniği

Çağlayan Adalet Sarayı / Aile Mahkemesi

Bahçeşehir Koleji / PDR

TEGEV / Gönüllü

Eğitim Bilgileri

Yüksek Lisans: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji / Tezli
(Beklenen)

Lisans: İstanbul Aydın Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji (Örgün Öğretim),
3,29/4

Lise: Barbaros Lisesi (Eşit Ağırlık)

Yabancı Dil

İngilizce: Orta (Okuma, Yazma, Konuşma)

Yetkinlikler

▪ Sertifika Bilgileri

Rorschach Mürekkep Lekesi Testi / Rorschach ve Projektif Testler Derneği

Objektif Testler / Psikoloji Akademisi

SCID-2 ve Klinik Ölçekler / Psikoloji Akademisi

MMPI / Psikoloji Akademisi

TAT (Tematik Algı Testi) / Rorschach ve Projektif Testler Derneği (halen)