

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN BAZI DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ
(IĞDIR İLİ DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Hakan BULUT

İstanbul, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON VE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN BAZI DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ
(IĞDIR İLİ DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Hakan BULUT

Öğrenci No:
130790057

Danışman:
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi (İğdır İli Devlet Hastanesi Örneği)**” konulu bu araştırmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Hakan BULUT



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

3. / 10 / 2015

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **130790057** numaralı **Hakan BULUT'un** "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık çalışanlarında depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin bazı demografik değişkenler açısından incelenmesi (İğdır İli Devlet Hastanesi Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 15.09.2015 tarih ve 2015/37 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

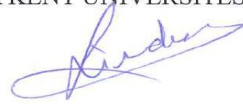
verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr. Hüseyin EBADİ
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)



ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Neslim Güvender DOKSAT
(BEYKENT ÜNİVERSİTESİ)



ÜYE
Yrd. Doç.Dr. Melek ASTAR
(FATİH SULTAN MEHMET ÜNİVERSİTESİ)



Adı ve Soyadı : Hakan BULUT
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Hüseyin EBADİ
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Depresyon, Tükenmişlik, Sağlık

ÖZ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN BAZI DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ (IĞDIR İLİ DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)

Bu araştırma Iğdır devlet hastanesi sağlık personelinde bazı demografik değişkenler yönünden depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirmiştir. Depresyon ve Tükenmişlik düzeyleri, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, mesleki unvan, gelir durumu, eğitim seviyesi ve çalışma süresi gibi değişkenler ile olan ilişkileri incelenmiştir.

Araştırmaya Iğdır Devlet Hastanesine mensup personeller arasından rastlantısal yöntemle seçilen 124 personel katılmıştır. Çalışmada veri toplamak amacıyla “Beck Depresyon Ölçeği” ve “Maslach Tükenmişlik Ölçeği” uygulanmış ve "Sosyo-demografik Bilgi Formu" kullanılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS 20,0 programı kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda katılan sağlık personellerinin tükenmişlik düzeyinin kişisel başarı alt boyutunda yaş, çocuk sayısı, eğitim seviyesi, mesleki ünvan ve gelir durumu değişkenleri açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. Ancak tükenmişlik düzeyinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarında cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim seviyesi, mesleki unvan, çalışma süresi ve gelir durumu değişkenleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ayrıca depresyon düzeylerininde değişkenler açısından anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Name and Surname : Hakan BULUT
Advisor : Assistant Professor Hüseyin EBADİ
Type and Date : Master's Thesis, 2015
Field : Clinic Psychology
Keywords : Depression, Burnout, Health

ABSTRACT

A STUDY OF THE LEVELS OF DEPRESSION AND BURNOUT IN HEALTHCARE PROFESSIONALS IN TERMS OF CERTAIN DEMOGRAPHICAL VARIABLES (THE CASE OF IGDIR STATE HOSPITAL)

This study aims to identify the levels of depression and burnout in healthcare professionals at Igdir State Hospital in terms of certain demographical variables. The levels of depression and burnout were studied here as they relate to such variables as sex, age, civil status, number of children, professional title, income level, educational level and working time.

124 persons selected randomly among the Igdir State Hospital personnel have participated in this study. The study used “Beck Depression Scale” and “Maslach Burnout Scale”, as well as “Socio-Demographical Datasheet”, as data collection tools.

SPSS 20.0 package program was used in data analysis. Results of the analyses made have pointed to a significant variation in terms of the age, number of children, educational level, professional title and income level variables in the personal achievement sub-dimension of the burnout level in the participating healthcare personnel. However, no significant variation was found in terms of the sex, age, civil status, number of children, educational level, professional title, working time and income level variables in the emotional burnout and desensitization sub-dimensions of burnout level. The study also found that depression levels are not significant in terms of the variables.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ..... vi

ŞEKİLLER LİSTESİ viii

KISALTMALAR..... ix

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ..... 1

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1.Tükenmişlik Kavramı	4
2.1.1.Tükenmişliğin Evreleri	8
2.1.1.1.Şevk ve Coşku Evresi	8
2.1.1.2.Durağanlaşma Evresi	9
2.1.1.3.Engellenme Evresi	9
2.1.1.4.Umursamazlık Evresi.....	10
2.1.2.Tükenmişlik Modelleri	10
2.1.2.1.Duygusal Tükenme	10
2.1.2.3.Kişisel Başarıda Düşme Hissi.....	12
2.1.3.Tükenmişliği Etkileyen Faktörler	12
2.1.3.1.Bireysel ve Sosyal Faktörler	13
2.1.3.2.İş ve Örgütle İlgili Faktörler	14
2.2.Depresyon	15
2.2.1.Depresyonun Nedenleri	17
2.2.1.1.Biyolojik Nedenler.....	18
2.2.1.2. Psikososyal nedenler.....	18
2.2.1.3.Psikoanalitik ve Psikodinamik Nedenler	19
2.2.2.Depresyonun Belirtileri.....	19
2.2.2.1.Bilişsel Belirtiler	20

2.2.2.2.Duygusal Belirtiler.....	20
2.2.2.3.Davranışsal Belirtiler	20
2.2.2.4.Fizyolojik Belirtiler.....	21
2.2.3.Depresyonda Risk Faktörleri	21
2.2.4.Depresyonun Alt Tipleri.....	24
2.2.4.1.Majör Depresyon	24
2.2.4.1.1.Majör Depresif Bozukluğun Tipleri.....	25
2.2.4.2.Distimi	26
2.2.4.3.Eşik Altı Depresif Bozukluklar	26
2.2.4.4.Minör Depresyon	27
2.2.5.Konuya İlişkin Kuramlar	27
2.2.5.1.Psikanaltık Kuram.....	27
2.2.5.2.Kognitif Kuram.....	28

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli.....	29
3.2.Evren ve Örneklem	29
3.3. Veri Toplama Araçları	29
3.3.1.Kişisel Bilgi Formu.....	29
3.3.2.Beck Depresyon Envanteri	30
3.3.3.Maslach Tükenmişlik Ölçeği	30
3.4.Verilerin Analizi	30

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği İle Çeşitli Değişkenlerin İlişkilerinin İncelenmesi	33
4.1.1. MTÖ Puanı ile Yaş Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi	33
4.1.2.MTÖ Puanı ile Cinsiyet Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi.....	35
4.1.3.MTÖ Puanı ile Medeni Durum Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi	35
4.1.4.MTÖ Puanı ile Çocuk Sayısı Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi.	36

4.1.5. MTÖ Puanı ile Eğitim Seviyesi Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi	38
4.1.6.MTÖ Puanı ile Mesleki Ünvan Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi	40
4.1.7.MTÖ Puanı ile Çalışma Süresi Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi	41
4.1.8. MTÖ Puanı ile Gelir Durumu Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi	43
4.2.Farklı Değişkenlere Göre Sağlık Personellerinin Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulgular	44
4.2.1.BDÖ Puanı İle Yaş Değişkeninin İncelenmesi	44
4.2.2.BDÖ Puanı İle Cinsiyet Değişkeninin İncelenmesi.....	45
4.2.3.BDÖ Puanı İle Medeni Durum Değişkeninin İncelenmesi	46
4.2.4.BDÖ Puanı İle Çocuk Sayısı Değişkeninin İncelenmesi.....	46
4.2.5.BDÖ Puanı İle Eğitim Seviyesi Değişkeninin İncelenmesi.....	47
4.2.6.BDÖ Puanı İle Mesleki Ünvan Değişkeninin İncelenmesi	48
4.2.7.BDÖ İle Çalışma Süresi Değişkeninin İncelenmesi	49
4.2.8.BDÖ İle Gelir Durumu Değişkeninin İncelenmesi.....	50
SONUÇ	51
KAYNAKÇA	55
EKLER	60
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu.....	60
Ek-2: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	61
Ek-3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği	65

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo.1: Katılımcıların, Cinsiyet, Yaş, Medeni Durumu, Çocuk Sayısı, Eğitim Seviyesi, Mesleki Ünvanı, Çalışma Süresi ve Gelir Durumuna Dair Sıklık ve Yüzde Dağılım Tablosu.	31
Tablo.2: Örneklem Grubunun Yaş Değişkenine Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları	34
Tablo.3: Örneklem Grubunun, Cinsiyete Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Sonuçları	35
Tablo.4: Örneklem Grubunun, Medeni Duruma Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Sonuçları.....	36
Tablo.5: Sağlık Personellerinin Çocuk Sayısı Değişkenine Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları.....	37
Tablo.6: Örneklem Grubunun, Eğitim Seviyesi DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları.....	39
Tablo.7: Örneklem Grubunun, Mesleki Ünvan Değişkenine Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarına İlişkin Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları.....	40
Tablo.8: Örneklem Grubunun, Çalışma Süresi DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları.....	42
Tablo.9: Örneklem Grubunun, Gelir Durumu Değişkenine Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarına İlişkin Ortalamaları, Standart Sapması ve Varyans Analizi Sonuçları.....	43
Tablo.10: Örneklem Grubunun, Yaş Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları	45

Tablo.11: Örneklem Grubunun, Cinsiyete Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Sonuçları.....	46
Tablo.12: Örneklem Grubunun, Medeni Duruma Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Sonuçları	46
Tablo.13: Örneklem Grubunun, Çocuk Sayısı Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları.....	47
Tablo.14: Örneklem Grubunun, Eğitim Seviyesi Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları.....	48
Tablo.15: Örneklem Grubunun, Mesleki Ünvan Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları.....	49
Tablo.16: Örneklem Grubunun, Çalışma Süresi Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları.....	49
Tablo.17: Örneklem Grubunun, Gelir Durumu Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları.....	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil.1: Majör Depresif Dönem (DSM-V).....	24
---	----

KISALTMALAR

BDÖ :Beck Depresyon Ölçeği

MTÖ :Maslach Tükenmişlik Ölçeği

DT : Duygusal Tükenme

D :Duyarsızlaşma

KB :Kişisel Başarı

Akt. :Aktaran

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Tükenmişlik kavramı, ilk kez 1974 yılında Freudenberger tarafından gönüllü sağlık personelleri arasında görülen yorgunluk, düş kırıklığı ve iş bırakma durumlarını açıklamak amacıyla "başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu" şeklinde araştırılmıştır (Demir, 2010).

Günüşen ve Üstün'ün (2010) Duquette ve arkadaşlarından aktardığına göre tükenmişlik, özellikle insan sağlığına hizmet veren mesleklerde yaygın görülen bir durumdur. Bu nedenle sağlık personellerinin tükenmişlik yönünden en kritik gruplardan biri olduğu bilinmektedir. (Günüşen ve Üstün, 2010). Tükenmişlik, öte yandan kişi öte yandan da örgütler açısından çalışma hayatını ileri derecede tehdit eden bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Arı ve Bal, 2008).

Maslach'a (2003) göre tükenmişlik, iş yerinde strese neden olan olaylara bir tepki olarak ortaya çıkan ve uzun süren psikolojik bir sendromdur. Genellikle yapılan meslek ve çalışan arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanan süregelen bir sorundur(Öztürk, Koçyiğit ve Bal, 2011).

Sürgevil'e (2007) göre tükenmişlik, iş yaşamının kalitesini düşüren ve çalışan personellerin sağlığını negatif yönde etkilemektedir. Chappell ve Martino (2006) uluslararası bir raporda; son zamanlarda çalışma yerlerinde yaşanan tükenmişlik gibi sıkıntıların dünya çapında artan bir problem olduğunu raporlamışlardır (Dağlar ve Tekşen, 2014).

Tunç'a göre (2008) ise, çevre ve aile ilişkilerinde bozulma yaşanmasına karşın, bireyin bedensel sorunlarının ortaya çıkması ve kurumsal verimliliği, etkin çalışmasını engellemesi gibi sonuçları itibarıyla hem bireysel hem de kurumsal olarak maliyeti yüksek olmaktadır.

Depresyon ise sık görülen ve genellikle tekrarlamalarla seyreden bir ruhsal hastalıktır. Özetle bir mutsuzluk, neşesizlik ve hayattan zevk alamama durumudur. Ayrıca daha önce kolayca yapılan işler bireyin gözünde büyümeye, zor gelmeye başlamaktadır. Depresyonu olan bireyin kendine olan güveni azalır, dikkatini toparlamak, bir işi sonlandırmak güçleşir (Mete, 2008).

Akıcı, Rezaki ve Aypar (2003), depresyonun sağlık çalışanlarında çok sık görüldüğünü ifade etmektedirler. Bazı araştırmacılar depresyon ile tükenmişlik arasında bir ilişki olduğunu savunurken, diğerleri ise tükenmişlik ve depresyonun farklı iki klinik sorun olduğunu savunmaktadırlar.

Problem

Bu çalışmada, Iğdır devlet hastanesi sağlık personelinde bazı demografik değişkenler yönünden depresyon ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Bu amaca yönelik, aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Sağlık personelinin depresyon ve tükenmişlik düzeyleri cinsiyete göre değişmekte midir?
2. Sağlık personelinin depresyon ve tükenmişlik düzeyleri medeni duruma göre değişmekte midir?
3. Sağlık personelinin depresyon ve tükenmişlik düzeyleri yaş değişkenine göre değişmekte midir?
4. Sağlık personelinin depresyon ve tükenmişlik düzeyleri meslek gruplarına göre değişmekte midir?
5. Sağlık personelinin depresyon ve tükenmişlik düzeyleri yönünden çalışma süresi değişkenine göre değişmekte midir?
6. Sağlık personelinin depresyon ve tükenmişlik düzeyleri gelir durumu değişkenine göre değişmekte midir?
7. Sağlık personelinin depresyon ve tükenmişlik düzeyleri çocuk sayısı değişkenine göre değişmekte midir?
8. Sağlık personelinin depresyon ve tükenmişlik düzeyleri eğitim duruma göre değişmekte midir?

Tanımlar

Tükenmişlik: Tükenmişlik kavramı, il defa Freudenberg tarafından 1974 yılında “yıpranma, başarısız olma, aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır (Demir, 2010).

Depresyon: Depresyonun genel tanımı, uzun süre devam eden ve bireyin yaşamını olumsuz şekilde etkileyen ümitsizlik, hayattan haz almama halidir (Demir, 2014).

Varsayımlar

1. Araştırmanın örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
2. Araştırmaya katılan bireylerin, Kişisel Bilgi Formu'na, Beck Depresyon Ölçeği'ne ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne içtenlikle ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde yanıt verdikleri varsayılmaktadır.
3. Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu'nun katılımcıların demografik özelliklerini, Beck Depresyon Ölçeği'nin; depresyon düzeyini ölçtüğü, ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin ise tükenmişlik düzeyini ölçtüğü varsayılmaktadır.

Sınırlılıklar

1. Bu araştırma Türkiye Iğdır Devlet Hastanesine mensup personeller arasında rastlantısal yöntemle seçilen 124 personel ile sınırlıdır.
2. Çalışma grubunun çalışma saati, meslek grupları ve medeni durum bakımından eşit olmaması bu değişkenlerle ilgili bulguların bu çerçevede değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1.Tükenmişlik Kavramı

Literatür'de “Tükenmişlik” kavramının ilk olarak 1974 yılında Freudenburg tarafından ortaya atıldığı ve günümüzde kabul gören tanımını 1981 yılında Maslach tarafından yapıldığı söylenmektedir (Kavaz ve arkadaşları, 2014). Maslach (1986) tükenmişliğin, iş ortamındaki stres yaratan nedenlere karşı bir tepki olarak tanımlamakta ve bu kavramın uzun bir sürede ortaya çıkan psikolojik bir hastalık tablosu olduğunu belirtmektedir. Maslach ve Jackson (1981), insanlarla birebir iletişimin daha sık olan mesleklerde tükenmişliğin daha sık meydana geldiğini vurgulamaktadır.

Haran ve arkadaşları (1997) tükenmişliğin, çalışanların meslekleri nedeniyle karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal olarak kendilerini tükenmiş hissetmeleri ve kişisel başarı duygularının azalması ile ortaya çıktığını tanımlamaktadır. Davison ve Neale'a (1997) göre tükenmişlik, kişinin hayata karşı negatif bir bakış açısı ve hâl geliştirmesine sebep olan, hayatının tümüyle etkileyebilen, kişilerarası ve aile ilişkilerinde sıkıntılar yaşamasına neden olan bir sendromdur (akt. Avcı, 2013).

Karadağ (2013) tükenmişlik sendromunu, insanlarla yüz yüze iletişim gerektiren meslek gruplarında bireylerin bedensel, duygusal ve zihinsel bitkinliğine neden olan bir sendrom olarak belirtmektedir. Bu hastalık tablosu, ilk olarak gönüllü sağlık personelleri arasında görülen bezginlik, halsizlik, düş kırıklığı ve iş bırakma ile tanımlamak amacı ile ortaya atılmıştır. Tükenmişliği, örgütsel kökenli diğer stres yaratan olaylardan ayıran özellik ise, çalışanların işleri nedeniyle karşılaştıkları bireylerle kurdukları sık iletişim sebebiyle ortaya çıkmasıdır (akt. Yakın, 2014). Bireyin stres yaratıcı çalışma koşulları altında sürekli tükenme hissine sahip olması halini belirten bu durum, hayatın bazı evrelerinde ortaya çıkabilmektedir (Şeşen, 2011).

Kaçmaz (2005) tükenmişlik kavramını, bireylerin çalıştığı mesleğe ilişkin anlamı ve hedeflerinden kopması ve görev verdiği kişilerle artık ilgilenmemesi ve işten zevk almamaya karşı olarak bireyin kendisini ruhsal olarak mesleğinden geri çekmesi olarak ifade etmektedir.

Barutçu ve Serinkan'a (2008) göre ise tükenme, bireysel sebeplerin sona dayandığı, rutin olaylar karşısında sürekli bir karamsar ve negatif düşüncenin yer aldığı, hayat enerjisinin sona ermesi olarak tanımlamaktadırlar. Bu durum karşısında ne yapılırsa yapılsın mevcut durumda bir değişiklik, farklılık yaratılamayacağı duygusunun sonucunda ortaya çıkan bir teslimiyet duygusu olarak ifade edilmektedir (akt. Mete, 2008).

Spanial ve Caputo ise tükenmişliği, "İş ve özel hayattaki stresle baş edebilme konusundaki yetersizlik" olarak tanımlamaktadır. Bir başka tanımlamaya göre tükenmişlik "anlamsızlık, güçsüzlük, uzaklaşma ve ilkesizlik" boyutlarını içeren bir kavramdır. Çoğu araştırmacıya göre ise, tutumlar, beklentiler, düşünceler ve duygular içeren, kişisel seviyede ortaya çıkan, ruhsal bir deneyimdir (akt.Ertuğrul, 2010).

Özyurt'a (2004) göre tükenmişlik, belirli bir süre içinde gelişen ve bunun sonucunda acı çeken bireyin fiziksel, psikolojik ve zihinsel olarak kendisini bitmiş hissetmesidir. Demirtaş ve Güneş ise bu kavramı, "özel olarak yaşanan, duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışmaktan kaynaklanan, fiziksel yıpranma, ümitsizlik duygusu, düş kırıklığı ve hayata karşı olumsuz tutumların gelişmesi" gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlamaktadır (Ertuğrul, 2010).

Aslan ve arkadaşları (2000), bireyin hayatı boyunca kendini zorlayan birçok zorluklarla karşı karşıya geldiğini ve bu zorlanmaların zamanla bireysel fiziksel ve psikolojik olumsuzluklar ortaya çıkmasına ve bireyin dengesini bozarak savunmasız kalmasına yol açabildiğini, söz konusu stresli halin uzun sürmesi durumunda da kişilerin tükenmişlikle karşı karşıya geldiğini vurgulamakta ve tükenmişliğin stresin ilerlemiş ve kronikleşmiş hali olduğunu belirtmektedir (akt.Tekin, 2009).

Yakın'ın (2010) Pines ve Aranson'dan aktardığına göre tükenmişlik, “duygusal ortamlara uzun zaman maruz kalmaktan kaynaklanan bedensel, duygusal, ruhsal, ve bilişsel tükenme” olarak ifade edilmektedir. Pines varoluşçu ve psiko-dinamik perspektifleri birleştirerek, bireylerin meslek seçimi sürecinde psiko-dinamik nedenlerden etkilendiğini belirtmektedir. Psiko-dinamik görüşe göre, psiko-dinamik nedenleri birbirine benzeyen bireyler aynı meslekleri seçmektedir ve nedenleri farklı olan bireyler farklı meslek dallarına yönelmektedir. Yani, meslek olarak yöneticiliği seçen bireyler, benzer psiko-dinamik nedenlere sahip olurken, bu bireyler ile hemşireliği mesleğini seçen bir kişinin psiko-dinamik nedenleri farklı olmaktadır. Bu nedenler, bireylerin seçtikleri mesleklerde yüksek hedefler ve beklentiler ile başlamasını sağlamaktadır (Yakın, 2010).

Tükenmişlik sendromuna sebep olan stres kaynaklarını diğerler özelliklerden ayırt eden en temel öge, kişinin iş ortamındaki kaynakların bir nedeni olmasıdır (Budak ve Sürgevil, 2005). Literatür'de tükenmişliğin, insanlar kadar örgütler üzerinde de kötü sonuçlar ortaya çıkaran bir durum olduğu belirtilmektedir. Tükenmişlik ile baş etmek ise; bireysel, yönetsel ve örgütsel bazı uygulamalarla mümkündür (Arı ve Bal, 2008).

Erol, Sarıççek ve Gülseren (2007) tükenmişliği, kişinin hayata karşı olumsuz bir bakış açısı geliştirmesine neden olan, hayatının her alanını etkileyebilen, kişiler arası ve aile ilişkilerinde sıkıntılar yaşamasına sebep olan bir sendrom olarak tanımamaktadır. Bu nedenle tükenmişlik ve depresyonun bazı ortak özellikleri paylaşmasına karşı, tükenmişlik ve depresyonun ayrı sendromlar oldukları ve birbiri ile ilişki olduğu ve bir arada ortaya çıkabildikleri var sayılmaktadır. Genel olarak tükenmişlik işle ilgili sıkıntılardan ortaya çıkan bir sendrom iken, depresyon işi de kapsayan çok boyutlu bir psikolojik rahatsızlıktır (Ahola ve ark., 2006).

Demirtaş ve Güneş'e ise tükenmişliğin, kişisel olarak yaşanan, duygusal taleplerin çok olduğu durumlarda uzun süre çalışma nedeniyle, bedensel yorulma, çaresizlik, düş kırıklığı, mutsuzluk olarak ve olumsuz bir benliğin gelişmesini ise iş ortamına, çalışanlara ve hayata karşı olumsuz tutumlar gibi belirtilerin ortaya çıktığı bir durum olarak belirtmektedir (Ertuğrul,2010)

Maslach ve Jackson (1986)'e göre mesleki tükenmişlik çoğu zaman insanlara hizmet etmeyi amaçlayan çalışma ortamlarında görüldüğünü savunmaktadır.

Yapılan farklı çalışmalarda özellikle hizmet sektöründe çalışan kişilerin örneğin: sağlık çalışanları, öğretmenler, avukatlar, sosyal hizmet uzmanları, mali müşavirler gibi alanlarda çalışanların mesleki tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya koyulmuştur (Avcı, 2013)

Çam'ın hemşireler üzerinde yaptığı çalışmanın sonucunda yaşın ve çalışma süresinin yükselmesi ile duyarsızlaşmanın ve duygusal tükenmenin düştüğü, ancak bireysel başarı puanının arttığı sonucunu vurgulamıştır. Hemşirelerin çalıştıkları yerde bölümlerini kendilerinin seçmeleri, takdir edilmelerinin, hastalarla iletişimlerinin iyi olması, çalışma saatlerinin azlığının tükenmişlikte olumlu etki yaptığını belirtmiştir. (Barutçu ve Serinkan, 2008).

Leither ve Maslach (1988) hastalar ve hemşireleri ile yaptıkları çalışmalarında hemşire-hasta ilişkisine yer vermişlerdir. Bu ilişkinin olumlu olduğu durumlarda hemşirelerde tükenmenin düştüğünü, kötü olduğu durumlarda tükenmenin yükseldiğini belirtmişlerdir. (Yakın, 2014)

Tükenmişliğin oluşmasında stresin önemli etken olduğu birçok araştırmacı tarafından öne sürülmektedir. Fakat bu iki kavramı birbiri ile karıştırmamak gerekmektedir. Schaufeli ve Enzmann tükenmişliğin uzun süren iş stresinin kişisel bir türü olarak belirtmektedirler. İş talepleri kişinin karşılayabileceğinin üzerinde olduğunda, birey iş stresi yaşar. Tükenmişlikte özellikle görev ile çalışan arasındaki uyumsuzluk sonucu ortaya çıkan sürekli bir gerginlik söz konusudur (Çalgan ve ark., 2009).

Tükenme sürecinde çalışan kişiler çalıştıkları insanlara karşı ilgilerini giderek kaybederler. Çalıştığı yere gitmek istemezler, gitseler bile hizmet verdikleri kişilere artı bir hissiyat, sempati ve ilgi hissetmeye başlarlar. Buda duygusal olarak tükenme sürecinde bireylerde genellikle diğer bireylere alaycı şekilde bir idrak gelişir. Gittikçe küçük düşürücü konuşmalar ve buna benzer olan yardım etme

davranışı ortaya çıkmaktadır. Bu tür davranışların sonucunda ise bu bireylerin bu sıkıntılara layık oldukları düşünülür. Tüm bu tutum ve davranışlar bireyin verdiği hizmet ya da gösterdiği ilginin içeriğinde büyük oranda bozulmaya yol açmaktadır (Bayramoğlu, 2009)

Tükenmişlik her meslek gruplarında hatta iş hayatına henüz adım atmamış üniversite öğrencilerinde bile görülmektedir. Fakat genelde insanlara hizmet veren meslek gruplarında duygusal stres etkenlerinin diğer faktörlerden ayrı bir şekilde tükenmişlik ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Çalgan ve ark., 2009).

2.1.1.Tükenmişliğin Evreleri

Tükenmişlik evresi, dört evreden oluşmaktadır ve sürekliliği olan bir süreçtir. Sırası ile her evre açıklanacaktır.

2.1.1.1.Şevk ve Coşku Evresi

Bu evrede enerji artışı, ulaşılmayacak düzeydeki mesleki amaçlar görülmektedir. İş her şeyden önemlidir, uykusuzluğa, sıkıntılı çalışma koşullarına, kişinin kendisi, ailesi ve sosyal hayatına vakit ayıramamasına karşı baskın bir uyum sağlama çabasındadır (Kutlu, 2010).

Şevk ve Coşku evresinde birey mesleği ile ilgili reel olmayan düşünceler içerisindedir. Bireyin işi her şeyin önüne geçmiş ve çalışırken sıklıkla hizmet verdiği kişilere çok fazla özenmektedir. Kişi yoğun bir çalışma temposu içindedir, kişi lüzumsuz yükler altına girmektedir. Kendisi ile ilgili beklentileri çok fazladır, dinlenmeye vakit ayırmamaktadır. Ayrıca tüm olaylardan en iyi biçimde davranmaya çalışmakta ve sürekli galip olmayı beklemektedir. Fakat bu yoğun çalışma temposu bireyin enerjisini hızlı ve yetersiz bir şekilde tüketmesine neden olmaktadır. Bu nedenle gittikçe daha güç olaylarla karşılaştıkça, işindeki bilgi ve tecrübe eksikliğinin de eklenmesiyle yıpranmaya ve mesleki doyumu azalmaya başlamaktadır (Bayramoğlu, 2009).

2.1.1.2.Durağanlaşma Evresi

Durağanlaşma evresinde bireyin arzu ve umutluluğunda bir azalma olmaktadır. Kişinin mesleğinde karşılaştığı güçlüklerden ve daha önce ilgisini çekmeyen durumlardan gittikçe rahatsız olmaya başlamaktadır. Ayrıca çalışmaktan başka ne yaptığını sorgulanmaya başlanmaktadır (Kutlu, 2010).

Bu evrede daha önce kişinin düşünmediği veya umursamadığı düşük maaş, fazla mesai, boş vaktinin olmaması gibi sıkıntılar giderek kişinin ilgisini çekmeye ve kişiyi olumsuz yönde etkilemeye başlamaktadır. Ayrıca o vakte kadar özel hayatını ertelediği ve geliştirmedeği için hayatın diğer alanlarında da haz elde edememektedir. Bu durumda eğer bireyin arzuları karşılanmazsa, zaman sonra bireyin meslek yaşamı çıkmaza girmektedir (Bayramoğlu, 2009).

2.1.1.3.Engellenme Evresi

Engelleme evresinde kişinin diğer bireylere yardım ve hizmet etmesi ön plandadır. Diğer bireylere yardım etmek amacıyla çalışmaya başlamış ve kişilere arzuladığı gibi hizmet sunamadığını görmektedir. İnsanları, sistemi ve kötü çalışma şartlarını değiştirmenin zor olduğunun farkına varır ve bunun sonucunda derin bir engellenmişlik duygusu içine girer. Üstlendiği yüke rağmen görevi kısıtlıdır ve değer görmediğine inanmaya başlamaktadır. Ödenen düşük maaş, terfi olamama ve yoğun çalışma temposunun düzelmediğini görmektedir. Ayrıca hizmet verdiği insanlardan aldığı olumsuz geri bildirimler de kişiyi daha çok yormaktadır. Bu durum da kişinin işini sorgulamasına neden olmaktadır (Bayramoğlu, 2009).

Eğer birey bu evrede kendisini dile getirebilir, sorunların çözülmesi için uğraşır ve sorumluluk üstlenirse tükenmişliğin son evresi olan umursamazlık evresine geçmekten kurtulabilir. Fakat birey kendini dile getirmek yerine içine kapanır, kendini dile getiremez, sıkıntılarından ve hizmet vermekten de kaçınmaya başlar ise bu yaklaşım zamanla kişiyi tükenmişliğin son evresine götürecektir (Bayramoğlu, 2009).

Bu durumda ise birey ya başa çıkma stratejilerini devreye sokar ya da kendini çekerek karşısına çıkan olaydan kaçmaktadır (Kutlu, 2010).

2.1.1.4.Umursamazlık Evresi

Umursamazlık evresinde birey engellenmişlik ve kızgınlık duygularını kaybeder ve işi ile olan duygusal bağını yitirir. Önceden çalıştığı mesleği severek uygularken yerini sıkıntı almaktadır. Ayrıca işini ekonomik ve sosyal güvence için devam ettirmekte ve artık ondan zevk almamaktadır. Umursamazlık evresinde kişi olumsuz olayları değiştiremeyeceğini düşünür ve bu konuda ümitsiz ve risk almaktan kaçınmaktadır. Bu gibi durumda çalışma hayatı birey için bir haz ve kendini geliştirmekten çok uzakta ve bireye sadece sıkıntı veren bir alan olacaktır (Bayramoğlu, 2009).

Son olarak, umursamazlık evresinde ileri derecede soyut olarak kopma, inançsızlık, çaresizlik ve umutsuzluk görülmektedir. Kişi işini ekonomik ve sosyal güvence için devam ettirmekte fakat yaptığı meslekten haz alamamaktadır. Bu nedenle kişi meslek hayatında kendini gerçekleştirememekte, sıkıntı ve mutsuzluk yaşamaktadır (Kutlu, 2010).

2.1.2.Tükenmişlik Modelleri

Tükenmişlik kavramını duygusal açıdan tükenme, depresyona girme eğilimi ile düşük başarı korkusu ve kendini yetersiz görme hisleri olmak üzere üç başlıkta ele alınmaktadır.

2.1.2.1.Duygusal Tükenme

Tükenmişliğin en önemli özelliği olan duygusal tükenme, karmaşık hastalık tablosunun öncelikli olarak göze çarpan belirtisidir. Kişiler kendilerini ya da başkalarını tükenmiş olarak ifade ettiklerinde, genellikle duygusal olarak tükenmeyi tanımlamaktadır. Kişinin mesleğindeki duygusal istekler, hasta ya da hasta yakınının ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan bireyin kapasitesini tüketebilir. Bu nedenle stres ve

engellenmişlik duyguları yoğun olan kişi bir sonraki gün tekrar işe gitme zorunluluğu, büyük bir kaygıdır (Çalgan, 2009).

Budak ve Sürgevil (2005) tükenmişliğin, kişisel stres faktörlerine işaret ettiğini ifade etmektedir. Eren ve Durna (2006) ise, tükenmiş soyut nedenlerin ve enerji yoksunluğunun hissedilmesi şeklinde ifade etmektedir. Buda çalışan bireyler işlerinin verdiği sorumluluğu yerine getirmekte güçlük çekmektedir. Ayrıca işi bitirdiklerinde bile mutluluk, rahatlama gibi duyguları hissetmemektedirler. Lingard'a (2003) göre ise, bu durumda çalışan bireylerin, psikolojik olarak kendilerini işe verme noktasında yetersiz hissetmektedir (akt. Orel, 2014).

Sucuoğlu ve Kuloğlu (1961) tükenmişliğin ilk duygusal tükenme ile başladığını, zamanla ise diğer boyutların hissedildiğini ifade etmektedir (Ertürk ve Keçioğlu, 2012).

Kaçmaz(2005), tükenmişliğin en önemli belirleyicisinin duygusal tükenme olduğunu belirtmektedir. Duygusal tükenme düzeyinde olan kişiler, hizmet verdiği bireylere önceki kadar verimli ve sorumlu davranmadığını düşünmektedir (Ertürk ve Keçioğlu, 2012).

2.1.2.2.Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma, bireyin hizmet verdiği kişilere karşı, kişilerin kendilerine özgü birer varlık olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun şekilde davranması olarak tanımlanmaktadır. Kuruçer de (2005) duyarsızlaşma içerisinde olan kişilerin, hizmet sunduğu insanlara karşılarında bir birey değil de nesne varmış gibi davrandıklarını belirtmektedir. Sünter ve arkadaşları (2006) duyarsızlaşmayı, kişinin iş arkadaşlarına olumsuz, alaycı tutum ve duygular geliştirmesi olarak ifade etmektedirler. Duyarsızlaşma kişinin hizmet sunduğu insanların varlığını aldırmayarak, bu bireyleri kendilerine özgü olsun özelliklerini hiçe sayarak ve onlara birer nesne gibi davranarak arasına bir mesafe koyma girişimi olarak tanımlanmaktadır.

2.1.2.3.Kişisel Başarıda Düşme Hissi

Kişisel başarıda düşme hissi modeli, bireyin kendisini negatif olarak değerlendirdiğini ve kişisel başarıdan yoksun olarak tanımladığını belirtilmektedir (Maslach, 1986). Ayrıca başarısızlık hissi, depresyon, düşük moral, sosyal ilişkilerde geri çekilme, bireyin kendisine ve bireysel başarısına ilişkin olumsuz tutumlarla tanımlanmaktadır (Maslach ve Jackson, 1981).

Çalgan'ın aktardığına göre, bireysel başarı da eksiklik, kişinin çalıştığı işle ilgili durumlarda kendini eksik idrak etmesi ve başarısızlık duygularının ortaya çıkmasıdır. Çalıştığı iş'te ilerlemediğini bunun aksine gerilediğini düşünen kişi kendisini suçlu hisseder ve gösterdiği çabanın bir işe yaramadığına inanmaktadır. Bireysel başarı da eksiklik, duygusal tükenmenin, duyarsızlaşmanın ya da her ikisinin bileşmesinin bir sonucu olarak görülmektedir. Bunaltıcı taleplerin karşılanmasını gerektiren bir çalışma ortamı, duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı artırabildiği gibi kişinin etkililik hissinde azalma da güçlü bir olasılıktır. Bununla birlikte, bireysel başarı noksanlığının diğer iki tükenmişlik boyutunu izlemesinden çok, onlara eşit olarak geliştiği görülmektedir. Duyarsızlaşma ve duygusal tükenme, yoğun çalışma temposu ve kişiler arası uyuşmazlık ortaya çıkarken, faaliyet noksanlığının, net olarak, ilgili kaynakların yetersizliğinden ileri geldiği görülmektedir (Çalgan, 2009).

2.1.3.Tükenmişliği Etkileyen Faktörler

Mesleki tükenmişliği etkileyen faktörler ikiye ayrılmaktadır. Bunlar; bireysel ve sosyal faktörler ile iş ve örgüt ile ilgili faktörlerdir.

Maslach ve arkadaşları'na göre, bazı demografik değişkenlerin, kişisel özelliklerin ve çalışma ortamına yönelik tutumun tükenmişliği etkileyeceğini belirtmiştir (Ertuğrul, 2010).

2.1.3.1.Bireysel ve Sosyal Faktörler

Kişisel özellikler, kişide olan kimi durumlarda tükenmişliğe yer hazırlayan fakat kimi durumlarda ise tükenmişliği ve onu etkilerini azaltan bir takım özellikleri ifade etmektedir. Tükenmişliği etkileyen bireysel ve sosyal özellikler arasında; cinsiyet,yaş, eğitim, medeni durum, kişilik özellikleri ve işe yönelik tutumlar sayılmaktadır (Cordes, Dogherty ve Review, 1993).

Bunlar şu şekilde açıklanmaktadır:

a- Yaş: Tükenmişlik araştırmalarında en etkili sonuçları veren etken olarak ifade edilmektedir. Tükenmişliğin yaşı büyük olan çalışanlarda düşük, genç çalışanlarda ise yüksek olduğu, bunun yaşı genç olan çalışanların tükenmişlik yaşadıklarında işlerini değiştirmiş olma olasılığının etkili olabileceği belirtilmektedir (Ertuğrul, 2010).

b- Cinsiyet: Cinsiyet ve tükenmişlik arasındaki ilişki açıklanabilmiş değildir. Ancak bayanların üst kademe görevlerde çok fazla rol almamalarının etken olabileceği, çalışma koşulları açısından erkeklere benzer güç ve sorumluluklar verildiğinde, cinsiyetin tükenme üzerindeki belirleyici etkisinin ortadan kalkabileceği, asıl belirlicisi unsurun işle ilgili etmenler olduğuna dikkat çekilmektedir (Ertuğrul, 2010).

c- Medeni durum: Çalışmalar daha çok aile sahibi olmanın tükenmişliği engellediğini savunmaktadır. Aile sahibi olmak, bireye güç duygusu, kararlılık aşilayarak yaşamı ve mesleki başarıyı olumlu yönde etkilemekte ve bireylerin sadece kendilerine değil çevrelerindeki insanlarda olumlu sonuçlar yansıtmasına yardımcı olmaktadır. Aile ortamının sağladığı huzur ve sevgi bireyin stresle basa çıkmasına yardımcı olduğu ve kişinin tükenmişliğe yatkınlığını azalttığı, ayrıca evli ve çocuk sahibi olmanın bir sosyal destek anlamına geldiği ve bu destek sebebiyle tükenmişliğin azaltıcı ve tedavi edici bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir (Ertuğrul, 2010).

d- Eğitim: Yüksek eğitim alanlarda daha az tükenmişliğe rastlandığı belirtilmekle birlikte, artan eğitimle paralel olarak çevreye olan duyarlılığın arttığı, bunun da tükenmişlik riskini arttırdığı da belirtilmektedir. Eğitim ve tükenmişlik arasındaki ilişkiye yönelik olarak, üniversiteyi terk etmiş veya üniversite okumamış çalışanların tükenmişliğe daha az yakalandıklarını, üniversiteyi bitirenlerin ise yüksek lisans mezunlara göre daha çok duyarsızlaşma, daha az bireysel başarı ve daha çok duygusal tükenme yasadıklarını belirtmektedir (Ertuğrul, 2010).

e- Kişilik özellikleri: Dayanıklılık düzeyi düşük olan insanlarda daha fazla tükenmişlik görülmektedir. Karşılaştıkları durumlara, yetkili kişilere veya şansa atfetme eğilimindeki dış kontrol odaklı kişilerde yaşadıklarını kendi yetenek ve çabalarına atfetme eğiliminde olan iç kontrol odaklılara göre tükenmişlik düzeyi daha yüksektir (Ertuğrul, 2010).

f- İşe yönelik tutumlar: Ertuğrul (2010), idealistlik ve gerçekçi olmayan beklentilerin bireyi çok fazla çalışmaya yönelteceği ve beklenti geliştirilen sonuçlara ulaşamamanın da tükenmişliğe yol açabileceğini ifade edilmektedir.

2.1.3.2. İş ve Örgütle İlgili Faktörler

Bu faktörde öncelikle iş yükü, kontrol, ödüller, adalet ve değerler olarak belirlenmektedir (Maslach, 1981).

İşteki sorumluluğun çok olması, çalışma süresinin uzun olması, kalıcı, ölümcül hastalar ile uğramsak, çalışma ortamında görev paylaşımı sıkıntılarının olması gibi işin kendisi ve çalışma koşullarına yönelik etkenlerin tükenmede rol oynayan en önemli özellikleri olarak bildirilmektedir (Ertuğrul, 2010)

Tükenmişlik usul ve gizlice başlayan, ortaya çıkması her ne kadar hızlı olsa da, sürekli gelişen, süregelen bir durumdur. Kişinin gün içerisinde yaşadığı ani bir olay, olan bir tükenmişliğin belirtisi haline gelebilir. Tükenmişlik düzeyine gelmeden önce, ya bir iş, ya bir aile üyesinin rahatsızlığı ya da arka arkaya gelen stres yaratıcı olaylar gibi bazı çevresel nedenlere rastlanmaktadır. Ender de olsa tükenmişlik herhangi bir neden olmadan direk ortaya çıkar. Tükenmişlik duygusu yaşayan

bireyler çoğu zaman zayıf yönlerini saklayabilen, başarılı kişiler oldukları için genellikle bu olay ilk zamanlarında içlerinde olup bitenlerin farkında bile değildirler (Sürgevil, 2006)

2.2.Depresyon

Literatür'de "Depresyon uzun bir zaman devam eden ve birey yaşamını olumsuz yönde etkileyen ümitsizlik, hayattan haz almama hali" olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca değersiz olma hissi, suçluluk, yalnızlık, düş kırıklığı ve üzüncü duyguları ile karakterize edilmektedir. Bu durum içerisinde olan kişide intihar düşünceleri de olmaktadır (Demir, 2014).

Davison ve Neale (1977) depresyonu, büyük bir üzüncü, kaygı, pişmanlık ve enerji yoksunluğu, sosyal ortamdan geri çekilme, uyku veya rutin olaylara karşı ilgisizlikle ortaya çıkan bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlamaktadır (Avcı, 2013).

Öztürk'e (2004) göre ise depresyon, “derin üzüntülü konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama durgunlaşma ve bunların yanı sıra çaresizlik, güçsüzlük, bıkkınlık, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli” bir sendromdur (Ertuğrul, 2010).

Depresyonda kişi kahırlı, mutsuz ve umarsız bir durum sergilemektedir. Bununla birlikte önceden haz duyduğu etkinlikler karşısında isteksiz göstermektedir. Bu bağlamda, kişiler arası ilişkiler azalmakta, olumsuz olarak hayatı görmekte, yorgunluk, güç kaybı ve tüm bunların sonucunda da hizmet kalitesinde düşme görülmektedir (Karabulut, 2012).

Avcı'nın (2013) Küvey'den (1998) aktardığına göre depresyonun evrensel olarak halk sağlığını en fazla tehdit eden sorunların başında yer aldığını vurgulamaktadır. Yüksek yaygınlık oranları gösterme dışında tanı güçlükleri içermesi, kronikleşme riskinin ve intihar davranışı sıklığının artması, yarattığı yeti yitimi ve ekonomik sonuçlar depresyon araştırmalarının önemini giderek arttırmaktadır.

Depresyon, en eski bilinen psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Bu bozukluğa eski Ahid’de ve eski Hindu tıbbi eserlerinde izine rastlanmaktadır. Tıp edebiyatında ise depresyonu ilk olarak tanımlayan Hippokrates olarak bilinmektedir. Hippokrates bu bozukluğu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için “melaine chole” olarak adlandırmıştır (Jadhav, 1996). Galen ise melankoliyi “korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret“ olarak tanımlamaktadır (Akıskal, 2005).

Yeşilbaş (2008) sonbaharın melankoliye en çok uyan mevsim olduğu düşünüldüğünü aktarmıştır. Efes’li hekim Soranus’un ruh hastalıklarının kurumsal tedavisinde hastalara tiyatro oyunları izlettiği, oyunlarda rol almalarını istediği ve melankolide komedi, manide trajediyi tercih ettiği bilinmektedir. 1854 yılında Fransız psikiyatristler bu bozukluğun döngülü olabileceğini “folie circulaire” terimi ile tanımlamışlardır. Sonraki yıllarda DSM-III’le birlikte belirti kümelerinin varlığına dayanarak tanı koyma noktasına gelmiştir (Akıskal, 2005). Literatür’de depresyonun mutsuzluk, olumsuz gelişmelere karşı insanların verdiği olağan tepkilerin bir parçası olduğu söylenmektedir. Eğer mutsuzluk beklenenden uzun sürerse, koşulların zorluğuyla orantısızsa ya da kişinin kontrolünün ötesindeyse, çökkün duyguduruma ilişkin bir semptom olabilmektedir. Çeşitli fiziksel hastalıklarda ve farklı psikiyatrik bozuklukların seyri esnasında çökkün duygudurum ve duygulanım ortaya çıkabilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal,2011).

Tezcan (2000) depresyonu ”duygusal alanda; disfori, anhedoni, irritabilite, üzüntü, anksiyete” kognitif alanda; “değersizlik, çaresizlik, benlik saygısında azalma, karamsarlık, umutsuzluk, kendini küçük görme, suçluluk duyguları, konuşma ve düşüncede retardasyon, varsanılar, sanrılar, takıncı düşünceler, hipokondriyak uğraşlar, ölüm ve intihar düşünceleri, bellek, dikkat ve yoğunlaşma bozuklukları” vejetatif alanda; “enerji azlığı, yorgunluk, bitkinlik, güçsüzlük, iştah değişiklikleri, kilo kaybı, uyku bozuklukları, ajitasyon, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, kabızlık, harekette yavaşlama, somatik yakınmalar, kadınlarda adet düzensizlikleri” sosyal alanda; “toplumdan uzaklaşma, sosyal-mesleki işlevlere karşı ilgi kaybı, suisit girişimleri gibi belirtileri içeren bir sendrom” olarak tanımlamaktadır (Avcı, 2010).

Depresyonun özellikleri; çökkün duygulanım, enerji azlığı ve alınan zevkin kaybolmasıdır. Ayrıca konsantrasyon eksikliği, özgüven eksikliği, karamsarlık, suisit düşünceleri, uyku düzeninde bozulma ve cinsel istek kaybı diğer sık görülen belirtilerdir. Bu bağlamda insancıl ve mesleki işlevlerde de bozulma görülmektedir. Kişide depresyon tanısı koyulması için tablo en az iki hafta sürmelidir. Her depresyon atağı farklı şiddette olabilir ve semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirlemektedir. DSM-V-TR depresyonun şiddetini hafif, orta ve şiddetli olarak üç gruba ayırmaktadır (DSM-V).

Yapılan araştırmalara göre depresyonun görülme sıklığı, genel nüfusun %20-30'unda depresif belirtilerden bir ya da daha fazlasının, %10-15'inde ise depresyon tanısı konabilecek ve tedavisi gerektirecek belirtilerin bulunduğunu göstermektedir.

Çocukluk döneminde depresyonun görülme sıklığı erkek ve kızlarda eşit iken ergenlik dönemi ile birlikte kadınlarda depresyon görülme sıklığı iki katına çıkmaktadır. Kadınlarda depresyonun daha sık görülmesinde, hormonal faktörler hamilelik, düşük yapma, doğum sonrası dönem, menopoza öncesi ve menopoza rol oynayabilir (Akdeniz ve Gönül, 2004).

Savrun (1999) depresyonun, cinsiyetler arasında fark göstermesinde hormonal faktörlerin yanında psikososyal faktörlerin etkisi de önem taşıdığını vurgulamaktadır. Özellikle günümüzde kadınlar maddi ve manevi olarak büyük yük altındadırlar. Kadınların erkeklerden daha düşük maaşlar almasına rağmen, hayattaki sorumlulukları erkeklerden daha fazladır (akt. Avcı, 2010).

2.2.1. Depresyonun Nedenleri

Depresyonun oluşmasında farklı nedenler görülebilmektedir. Bunlar biyolojik, biyokimyasal, psikososyal ve psikoanalitik ve psikodinamik nedenler olabilir.

2.2.1.1.Biyolojik Nedenler

Depresyonun biyolojik nedenlerinin basında kalıtım gelmektedir. Genetik yapıyı araştıran araştırmacılar duygu durum bozukluğu olanların birinci dereceden akrabalarında hastalanma riskinin belirgin olarak yüksek olduğunu göstermektedir (Ertuğrul, 2010). Ailesinde depresyon geçirmiş olan bir kişinin olması o bireyin de depresyon geçireceği anlamına gelmez. Fakat ailede depresyon öyküsünün olması, bireyde depresyonun ortaya çıkma olasılığını arttırmaktadır (Çevik, 1993 akt. Ertuğrul, 2010). Depresyonda ailenin etkisi güçlü bir biçimde vurgulanmakla birlikte, bu durumun genetik bir aktarım mı, ya da bir tür öğrenme sonucu mu olduğu kesinlik kazanmamıştır. Depresif bir ebeveyn ile yaşamak veya aileden birisi depresyonda olduğu için gerekli besini alamamak depresyona zemin hazırlamaktadır. Ayrıca evlat edinilmiş fakat biyolojik ailesinde depresif olan çocuklarda depresyonun görülme olasılığı oldukça yüksektir. İkizlerle yapılan araştırmalar genetik bağın etkisini desteklemektedir. Eğer eş yumurta ikizlerinden birisi depresyonda ise %65 olasılıkla diğeri de depresyona girer. Aynı yumurta ikizlerinde bu oran sadece %14'tür. Es yumurta ikizleri farklı ailelere evlatlık verildiğinde birisi depresyonda iken diğeri de depresyona girme olasılığının yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı yumurta ikizlerinde ise böyle bir durum söz konusu değildir (Ertuğrul, 2010).

2.2.1.2. Psikososyal nedenler

Ekonomik sıkıntılar, ailevi sorunlar, çalışma hayatındaki sorunlar ve doyumsuzluklar, iş kaybı, sevgi nesnesinin kaybı, fiziksel sağlığının bozulması, benliği inciten davranışlarla karşılaşmak ve daha birçok bedensel veya psikososyal olay depresyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Ertuğrul, 2010). Ancak olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik ya da psişik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Birçok insan olumsuz yaşam olayları yaşadığı halde depresyon epizoduna girmemektedir. Yaşanan olayların kendisinden çok, o olayın o kişi tarafından nasıl algılandığı da ruhsal açıdan çok daha önemlidir (Ertuğrul, 2010).

2.2.1.3.Psikoanalitik ve Psikodinamik Nedenler

Depresyon ile yas arasında benzerlikler bulunmaktadır. Bir yakını kaybeden kişi yas tutma sürecinde çoğu zaman depresyonda görülen belirtilere rastlanmaktadır. Ancak bu belirtiler genelde bir kaç hafta veya ay ile sınırlı kalmaktadır. Depresyonda ise gerçek bir yitim olabilmekle birlikte, çoğu zaman görsel bir kayıp duygusu sevdiği bir kişiyi veya nesneyi yitirdiğı duygusu vardır. Bu yitim duygusu sebebiyle ortaya çıkan kızgınlık, ilişkilerinde daha çok ambivalan duygular yaşayan bireyde sert üst benlik sebebiyle bireyin kendisine yönelmektedir (Ertuğrul, 2010).

2.2.2.Depresyonun Belirtileri

Depresyonun belirtileri dört alanda kategorize edilebilir (Şayan, 2010). Bunlar;

- 1.Duygusal semptomlar
- 2.Bilişsel semptomlar
3. Davranışsal semptomlar
- 4.Fiziksel semptomlar

Tezcan (2000), depresyonu emosyonel alanda; “irritabilite, disfori, anhedoni, anksiyete, üzüntü, kognitif alanda; benlik saygısında azalma, değersizlik, kendini küçük görme, çaresizlik, karamsarlık, umutsuzluk, suçluluk duyguları, obsesif düşünceler, hipokondriyak uğraşlar, konuşma ve düşüncede retardasyon, varsanılar, sanrılar, ölüm ve özkıyım düşünceleri, bellek, dikkat ve konsantrasyon bozuklukları, vejetatif alanda; enerji azlığı, bitkinlik, güçsüzlük, yorgunluk, iştah değışiklikleri, kilo kaybı (nadiren kilo artışı), uyku bozuklukları, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, ajitasyon, kadınlarda adet düzensizlikleri, kabızlık, harekette yavaşlama, somatik yakınmalar, sosyal alanda; toplumdan uzaklaşma, sosyal-mesleki işlevlere karşı ilgisizlik, intihar girişimleri” gibi belirtileri içeren bir sendrom olarak tanımlamaktadır.

2.2.2.1.Bilişsel Belirtiler

Depresyonda olan birey kendisine yönelik negatif idrakı, ters giden her olaydan kendisini sorumlu tutması ile beraber hiçbir şeyi yapamayacakmış duygusu içinde olması ile belirlidir.

Bu duruma olan bireyler şimdiki ve geleceğe ait düşüncelerinde karamsarlık yaşarlar. Takıntılı bir şekilde tekrarlanan ölüme ve intihara ilişkin düşünceler, fobiler yan belirtiler olarak ortaya çıkmaktadır. Basit durumlarda bile karar veremezler veya daha önce verdikleri kararlarına ilişkin pişmanlık duyguları yaşarlar. Unutkanlık bu hastaların sık sık ifade ettiği yakınmalardan birisidir (Yakın, 2014).

2.2.2.2.Duygusal Belirtiler

Duygusal boyutu depresyon belirtilerinin en yoğun olduğu boyutlardan birisidir. Duygusal olarak bu rahatsızlığın kilit belirtisi üzgün duygusal durumdur. Genellikle bu durum çaresizlik, mutsuzluk, umutsuzluk, keder, düş kırıklığı ya da hüznün olarak tanımlanır.

Duygusal olarak çökkün olan kişiler karar vermekten, bir etkinliği başlatmaktan ve ya herhangi bir şeye ilgi duymaktan yoksundur. Yetersizlik ve değersizlik duyguları üzerinde ağlama nöbetlerine kapılır, düşünceye dalar ve intiharı düşünür. Depresyonda olan bireylerin duyguları gün içerisinde değişiklik göstermektedir. Erken saatler genellikle bu duyguların en derin olduğu zamandır. Akşam vakti ise duygularda kısmen düzelme olmaktadır. Kaygı depresyonlu hastalarda en sık görünen belirtidir (Yakın, 2014).

2.2.2.3.Davranışsal Belirtiler

Depresyon ile beraber hareketlerde bir yavaşlama ve isteksizlik oluşmaktadır. Birey yeni bir olayı başlatma ya da sürdürme konusunda güçsüzlük çekmektedir. Ağır depresyon geçirenlerde faaliyette azalma o kadar ileri derecede olabilir ki kişi kamburu çıkmış bir biçimde oturup ve taş gibi bir yüz ifadesiyle yere bakıyor olabilir ve tekdüze ve kısık sesle konuşur (Yakın, 2014).

2.2.2.4.Fizyolojik Belirtiler

Uyku bozuklukları depresif kişiler yani hastalar için genel bir belirtidir ve çoğu zaman bildirilen ilk belirtiler arasında gelir. Depresyonlu kişilere aşırı uyuma veya uykusuzluk hakim olabilir ve bunun sonucu olarak da uyku bozukluğu görülebilmektedir, fakat uykusuzluk ağır basmaktadır. Uyuyamama, uykuyu sürdürmekte güçlük çekme veya sabahları yorgun ve erken uyanma şeklinde problemler görülür. Hasta depresif içerikli rahatsız edici rüyalar görür. İştah gözle görülür şekilde azalır ve aşırı şekilde kilo kaybı ortaya çıkar. Arada bir iştahsızlığın aksine iştah artışı da olabilir, ancak iştahsızlık daha yoğun görülmektedir. Aşırı iştah da birey içindeki boşluğu doldurmak istercesine sürekli yemek yeme ihtiyacı duymaktadır. İştahsız olan hastalar ise önceden zevkle tükettikleri gıdalardan alamaz olurlar. Fakat zorlayarak, bu gıdaları tüketmeye devam ederler. Libido kaybı da bu hastalarda ortaya çıkan genel bir belirtidir. Erkeklerde çoğunlukla cinselliğin ve libidonun azaldığı ya da tamamen bittiği şeklinde bilgi alınır. Erkeklerde ereksiyon kaybı görülebilir (Yakın, 2014)

2.2.3.Depresyonda Risk Faktörleri

Depresyonun etiyolojisini açıklayan çalışmalarda risk faktörleri üzerinde ayrıntılı bir şekilde durulmaktadır. Rahatsızlığın ortaya çıkmasında tek bir risk faktörü sorumlu değildir. Bununla birlikte; çevreyle olumsuz etkileşim, genetik yapı ve bunun zamanlaması önemli bulunmaktadır. Ailedeki sorumluluk, depresif özellikler, cinsiyet, eğitim düzeyi düşüklüğü, olumsuz hayat koşulları, yakın ilişki eksikliği, bedensel rahatsızlıklar ve bunların tedavisi, yeti yitimine yol açan psikolojik bozukluklar depresyon için temel risk faktörleri gibi görünmektedir. 18 ile 44 yaş arasında olma, işsiz ve bekar olmak, düşük sosyo-ekonomik düzey da depresyon için diğer risk fak (Ertuğrul, 2010).

Yaş: Depresyonun başlangıcı ortalama 40 yaş civarındadır. Çoğunlukla vakaların başlangıç yaşı 20 ile 50 yaş arasında değişmektedir. Araştırmaların çoğu çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun görülme ihtimalinin düşük olduğunu göstermiştir (Yakın, 2014).

Cinsiyet: Depresyonun tarihçesi ile ilgili çalışmalarda genel olarak varılan ortak kanı, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda ve kadın/erkek oranının yaklaşık 2 olduğudur. Birçok çalışmada ve gözden geçirmede bu durum belirtilmiştir. Oran vermeden kadınlarda daha yüksek oranlar bulan çalışmalar da vardır. Az sayıdaki çalışma cinsiyete göre fark bulamazken, iki cinsiyete göre fark olmadığı bulunmuştur. Depresyon sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda yüksek olmasının nedenleri tam olarak bilinmese de, daha çok hormonal değişikliklere, toplumsal değer yargılarına, farklı stresörlerle karşılaşmaya, çocuk yetiştirme biçimlerine bağlanmaya çalışılır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda depresyon oranı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Ertuğrul,2010).

İrk ve Etnik Gruplar: Yapılan bir araştırmada majör depresyon dağılımının etnik grup ve ırklara göre değişiklik göstermediği ve ırklar arasındaki bazı farklılıkların, daha çok sosyo-ekonomik düzeyin etkisinden ortaya çıktığı ileri sürmelerinden ziyade siyah ırkta daha az majör depresyon izlendiğini ileri sürülmüştür (Ertuğrul,2010).

Medeni Durum: Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda araştırılan bir başka özellik de kişinin medeni durumudur. Sonuçlar depresyonun medeni duruma göre farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Ancak bazı çalışmalarda depresyonun ayrılmış, boşanmış ya da dullarda daha yüksek oranda olduğunu sonucuna varılmıştır. Depresyonun bekârlarda daha yüksek, evlilerde ise daha düşük görüldüğü de ileri sürülmüştür. Evlilik ilişkilerinin kötü olması depresyon riskini arttırmaktadır. Erkekler için en yüksek risk dönemi boşanmadan sonraki altı ayı kapsamaktadır. Ülkemizdeki bir çalışmada depresyon oranı dullarda, diğer çalışmalarda dul ve boşanmışlarda daha yüksek bulunmuştur (Yakın, 2014).

Aile Öyküsü ve Genetik Özellikler: Depresyonun genetik etkenler ile ilişkisini araştıran ve epidemiyolojik oranları etkileyen çalışmalar aile, evlatlık, ikiz ve linkage çalışmalarıdır (Yakın, 2014).

Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları: Birçok araştırmacı ebeveynler tarafından verilen sevgi gibi olumlu duygular depresyon ortaya çıkmasını önlediğini, bunun aksine anne babadan ayrılmanın risk taşıdığını ileri sürmüşlerdir. Spitz, hayatın ikinci altı ayında anneden ayrılan bebeklerde açık depresif belirtiler tanımlanmıştır. Bireyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve yitimlerin, ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzeneği kullanarak depresyondan korunabileceği olgusuna dikkat çekmiştir (Yakın, 2014).

Çocukluk Dönemi Yaşantıları: Çocukluk çağındaki depresyonlar, çocuğun kişilik ve kişiler arası gelişimini doğrudan etkileyeceğinden tedavisinde çok önemli olduğu düşünülmektedir. Bebeklerde depresyona çok sık rastlanmamakla birlikte, bebek depresyonu bebek ile bakıcısı arasındaki rahatsızlığı yansıtmaktadır. Bebek ile bakıcı arasındaki bağ iyi kurulmamıştır veya ayrılık, ölüm gibi nedenlerle bozulmuştur. Başka bir durum ise; bebeğin gereksinimlerine “bakıcı” tarafından tam cevap verilememesidir. Burada “bakıcı” dan kastedilen sadece ücret karşılığı olarak bebekle ilgilenen kişi değil, bebeğin bakımını üstlenmiş olan anne, annanne, abla vb. gibi akrabaları olarak düşünülmelidir (Yakın, 2014).

Hastalık Öncesi Kişilik Özellikleri: Hiçbir kişilik yapısı tek başına depresyona yatkınlık yaratmamaktadır, kişilik yapısı ne olursa olsun bütün kişilerde riskli koşullarda depresyon gelişebilmektedir. Bununla birlikte oral-bağımlı, obsesif kompulsif ve histrionik kişilik tiplerinin anti sosyal ve diğer kişilik tiplerine göre daha büyük risk altında olduğu düşünülmektedir. Yakın'ın (2014) Öztürk'den aktardığına göre, depresyon geçirmeye yatkın kişiler genelde kimseyi incitmemeye, herkesi hoşnut etmeye çalışan, iyiliksever olmaya eğilimindedir. Ayrıca titiz, aşırı duyarlı, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı, sorumluluk duygusu güçlü, onurlarına düşkün, öfke duygularını dışa vurmayan, kendisinden ve yakınlarından yüksek beklentileri olan, mükemmeli arayan, çabuk etkilenen ve üzülen meraklı kişiler olduğu bildirilmektedir.

2.2.4. Depresyonun Alt Tipleri

2.2.4.1. Majör Depresyon

Majör depresyon en sık görülen depresyon türüdür. Kadınların %10-25'i, erkeklerin %5-12'si yaşamının bir döneminde majör depresyona maruz kalır. Alt sosyo-ekonomik gruplarda ve ailesinde depresyon geçirmiş bireylerde görülme ihtimali daha yüksektir. Majör depresyon tanısı konulabilmesi için hastanın daha önce diğer bir psikiyatrik hastalığının bulunmaması ve depresyonu ortaya çıkarabilecek organik bir etkenin bulunmaması gerekir (Ertuğrul, 2010).

Majör depresyon, depresif bozuklukların en şiddetlisidir. DSM-V tanı kriterlerine göre majör depresyon tanısının konabilmesi için belirtilen dokuz belirtiden en az beş tanesinin karşılanıyor ve bunların en az iki haftadır sürüyor olması gerekmektedir. Ayrıca depresif duygu durum ya da anhedoni ana belirtilerinden birinin mutlaka olması gerekmektedir.(Şekil.1). Klinik olarak bu belirtiler belirgin bir sıkıntıya ya da sosyal, mesleki işlevsellikte bozulmaya neden

- A. İki haftalık dönem içinde, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha azlasının bulunmuş olması; en az birinin (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da zevk alamama olması gerekir.
1. Hastanın kendisinin bildirimi ya da başkalarının gözlemlemesiyle belirli, hemen hergün, gün boyu süren depresif duygudurum (çocuk ve ergenlerde iritabl duygudurum olabilir)
 2. Hemen hergün gün boyu süren, tüm etkinliklere ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı belirgin bir ilgi azalması ya da eskisi gibi zevk alamama
 3. Diyet yapmadığı halde önemli derecede kilo değişikliği (azalma ya da artma), örneğin bir ayda vücut ağırlığının %5'inden fazlası kadar değişiklik; ya da iştahın azalmış veya artmış olması
 4. Hemen hergün uykusuzluk ya da aşırı uyuma
 5. Hemen hergün başkalarının da gözlenebilir bir psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun varlığı
 6. Hemen hergün yorgunluk, bitkinlik ya da enerjisizliğin varlığı
 7. Hemen hergün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (hezeyan düzeyinde olabilir)
 8. Hemen hergün düşüncelerini bir konuya yoğunlaştırma yetisinde azalma, kararsızlık
 9. Yineleyici ölüm ya da intihar düşünceleri, intihar tasarısı ya da girişimi
- B. Bu belirtiler karma bir episodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
- C. Bu belirtiler klinik açıdan belli bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve önemli diğer işlevsel alanlarda bozulmaya neden olmaktadır.
- D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi bir durumun etkilerine bağlı değildir.
- E. Bu belirtiler yas ile daha iyi açıklanamaz. Yani sevilen birinin kayından sonra ise, iki aydan daha uzun sürmekte ya da belirgin işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyon bulunmaktadır.

olması gerekmektedir (DSM-V).

Şekil.1: Majör Depresif Dönem (DSM-V)

2.2.4.1.1.Majör Depresif Bozukluğun Tipleri

Majör Depresif Bozukluk psikotik özellikli,katatonik özellikli,melankolik özellikli, atipik özellikli, postpartum başlangıçlı ve mevsimsel özellikli olarak ayrılmaktadır;

Psikotik özellikleri olan ağır majör depresif bozukluk:

Psikotik özellikleri olan ağır majör depresif hastada hezeyan ya da halüsinasyonlar gibi belirtiler görülmektedir. Bu tür belirtiler genellikle duygu duruma uygun olmakla birlikte, duygu duruma uygun olmayan belirtiler de görülmektedir (Bayramoğlu, 2009).

Katatonik özellikler gösteren majör depresif bozukluk:

Hareketsizlik ya da katelepsi, aşırı motor etkinlik, negativizm veya mutizm, istemli davranışlarla acayiplikler olması veya ekopraksi gibi semptomların görülebildiği majör depresif bozukluk türüdür (Bayramoğlu, 2009).

Melankolik özellikler gösteren major depresif bozukluk:

Hiçbir olaydan haz almama veya geçici olarak kendini kötü hissetme ile belirlidir. Ağır bir depresif duygu durum türüdür. Bunun yanı sıra belirtisi erken uyanma olur, hasta günün erken saatlerinde kendisini çok daha kötü hisseder, psiko-motor retardasyon ya da kıskırtma, kilo kaybı ve pişmanlık duyguları gibi belirtiler görülmektedir (Bayramoğlu, 2009).

Atipik özellikler gösteren major depresif bozukluk:

Klasik “a-tipik” özellikler; iştah artışı ve aşırı uyuma halidir. A tipik özellikler gösteren kişilerin hastalıkları erken yaşlarda başlar, daha fazla bir psiko-motor yavaşlama görülür, bu bireylerde genellikle, panik bozukluğu, madde kullanımı veya bağımlılığı ve somatizasyon bozukluğu tanısı konur. Bu hastalarda büyük bir sıklıkla kaygı semptomları da görülmektedir. Bu bireylerin depresif duygu durumlarında geçici düzelmeler olabilir, sosyal ilişkilerinde engellenmeye karşı aşırı duyarlıdırlar (Bayramoğlu, 2009).

Postpartum başlangıçlı majör depresif bozukluk:

Doğumdan sonraki dört hafta içerisinde bir majör depresif epizot başlarsa, postpartum başlangıçlı belirleyicisinin kullanılması gerekmektedir.

Mevsimsel yapı gösteren rekürren majör depresif bozukluk:

Mevsimsel yapı gösteren duygu durum bozukluğu hipersomnia, iştah da artış, kilo alma ve yorgunluk bitkinlikle belirlidir. Sözgelimi epizotlar sistemli olarak son baharda veya kışın ortaya çıkmaktadır, ilkbaharda düzelmektedir. Işık tedavisinin yararlı olduğuna dair çok sayıda yayın bulunmaktadır (Bayramoğlu, 2009).

2.2.4.2.Distimi

Distimik bozukluk, kronik ve daha hafif şiddetteki depresif belirtilerin en az iki yıl sürdüğü bir bozukluktur. Distimi de belirtiler hafif şiddette olsa da, neden olduğu morbidite majör depresyonun yarattığı ile aynı düzeydedir. Distimisi olan hastaların %17'sinin ciddi intihar girişimi olması hastalığın ciddiyetini göstermektedir (Çakır, 2010).

Uzun süreli devam eden hafif depresyondur ve sürekli bir iç sıkıntısı ve melankolik ruh hali şeklinde görünümle belirir. Sürekli olması nedeniyle iş performansını ve yaşam kalitesini büyük ölçüde bozar. Distiminin belirti ve bulguları majör depresyonunkine çok benzer ancak daha az yoğundur. Yani majör depresyonla farklılık duygulanım belirtilerinin sayısı ve boyutundadır. Toplumda %6 civarında görülür. Distimisi olan kişilerin majör depresyonu olan kişilere göre çok daha az belirtisi vardır ama bu belirtiler majör depresyonun aksine çok daha uzun sürer (Ertuğrul, 2010) Ayrıca, distimi daha sonra gelişecek majör depresyon için de bir risk faktörüdür (Çakır, 2010).

2.2.4.3.Eşik Altı Depresif Bozukluklar

Eşik altı depresif bozukluklarda depresif bozukluk ölçütlerini karşılamayan ama yine de belirgin yeti yitimine neden olan depresif belirtiler vardır. Bu bozukluklar birinci basamak sağlık kurumlarında majör depresyon kadar sık görülmektedir (Çakır, 2010).

2.2.4.4.Minör Depresyon

Dönemseldir ve eşik altı depresif belirtilerden 2 ya da 4 tanesinin olduğu klinik durumdur. Kesin bir DSM-V tanısı olmayıp, “başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk” adı altında sınıflandırılmıştır. Minör depresyon, majör depresyon gibi sık görülmektedir. Minör depresyonu olan bireylerde yeti yitimi ve sosyal işlevsellik, depresyonu olmayan bireylere göre belirgin bozulmaktadır. Minör depresyonu olan kişilerin beşte biri, bir yıl içinde majör depresyon geliştirmektedirler (Musselman ve diğ., 1998).

2.2.5.Konuya İlişkin Kuramlar

2.2.5.1.Psikanaltik Kuram

Psikanaltik kuramlara göre depresyon çocukluk yıllarında yaşanmış ve çözümlenememiş üzüntü ve kayıplara dair bilinçaltındaki duygusal çatışmalardan ve aklî savunma mekanizmalarının yıkımından kaynaklanmaktadır (Freud, 1986). Freud ve Abraham depresyon ve yas arasındaki benzerlikler üzerinde durmuş ve aralarındaki farkı "agresyonun bireyin kendine yönelmesi" kuramı ile açıklamışlardır. Bu modele göre bir sevgi nesnesi kaybı vardır. Kaybedilen kişi içe atılmaktadır edilmektedir, yani sevilen bireyin tasarımı benliğin içinde saklanmaktadır. Yalnız bu bireye hissedilen sevginin yanında bilinç dışı nefret, kin gibi olumsuz duygular da içermektedir. Bu olumsuz duygular sebebiyle bireyin kendine olan saygısında düşme olur ve suçluluk duyguları hisseder. Öte yandan içe-atılan kişiye karşı duyulan kırgınlık kişinin kendisine yönelmektedir.

Depresyon için öne sürülen "nesne kaybı" kavramı daha sonra Melanie Klein tarafından genişletilmiştir. Kayıp yalnızca sevilen bir kişi değil, sevilen, değer verilen herhangi canlı yada cansız bir nesne veya soyut bir kavram için de kullanılmaktadır. Benlik Psikolojisi'ne göre insanlarda güçlü, üstün, güvenli, iyi ve sevilen bir kişi olma arzuları vardır. Benliğin narsistik emelleri denilen bu arzular gerçekleşmesi mümkün olmayan düzeyde ise veya gerçekleşmesini engelleyen durumlarla karşılaşıldığında kişinin benlik saygısında düşme olur, bu da depresyona neden olur (Koç, 2013).

Horney'e göre, sevgisini göstermeyen veya soğuk davranan ebeveynler tarafından yetiştirilen çocuklar güvensiz ve yalnızlık duygularına eğilimlidir. Bu tür çocuklar ilerleyen yaşamlarında eleştiri ve reddedilmelere karşı daha fazla çaresizlik duygusuna kapılıp depresyona girmektedirler.

Rado ise depresyonun derin bir çaresizlik duygusu ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Depresyonun ana özelliği olan anhedoni, bireyin kendi becerilerinin farkına varamadığı ya da duygusal doyum sağlayamadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca Rado ağır depresyon da olan kişilerin, ölmüş olan bir sevgi nesnesine karşı duyulan bilinçdışı nefret duyguları nedeniyle katı süper-ego'nun hastayı cezalandırdığını belirtmektedir.

Bowlby'e göre bebek anne den ayrıldığı anda depresyon ve çaresizlik duyguları geliştirmektedir ve bu duyguların hayat boyu sürebileceği görüşünü öne sürmektedir. Sullivan ise olumsuz kişilerarası ilişkilerin depresyonun gelişmesinde rol oynadığını belirtmiştir (akt. Koç, 2013).

2.2.5.2.Kognitif Kuram

Beck ve Seligman gibi kognitif kuramlarda depresyonun, kişiliği yıkıcı düşünce süreçlerin ve kişiliğin, kognitif ve emosyonel yönleri arasındaki bir çatışmanın sonucunda ortaya çıkan bir tablo olarak görmektedir. Bilişsel davranışçı kuram ile kognitif kuram, bireyi bir bütün olarak gören bir zeminde yer almaktadır. (Yeşilbaş, 2008).

Davranışçı bilişsel kurama göre depresyon, doğru ödüllendirilmelerin olmaması veya uygunsuz tepkilerle karşılaşma ile bağlantılı olarak süregelenleşmektedir. Nedeni şu ki kişi tüm düşünce, algı ve dikkatini olumsuzlara odaklamaktadır. Her olumsuz yaşanan deneyim dış dünyanın olumsuzluklarla dolu olduğuna ve bireyin bu olayla başa çıkmakta yetersiz kaldığına ilişkin bir başka ispat oluşturmaktadır (Atılğan, 2007).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, araştırmada kullanılan ölçekler, araştırmanın süreci ve yapılan istatistiksel işlemler yer almaktadır.

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma betimsel bir araştırmadır. Yapılan bu araştırmanın modeli, sağlık personellerinin depresyon ve tükenmişliklerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, görev süresi, eğitim seviyesi, mesleki ünvan, çocuk sayısı ve gelir durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan tarama modelinde bir araştırmadır.

3.2.Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini Türkiye Iğdır devlet hastanesine mensup sağlık personelleri arasından rastlantısal yöntemle seçilen 124 personelden oluşturmaktadır. Ölçekler katılımcılara hastane içerisinde teslim edilmiş ve yönerge sözlü olarak katılımcılara verilmiştir. Uygulama süresi 15-25 dakika arasında değişmiştir.

3.3.Veriler Toplama Araçları

Bu araştırmada, araştırmaya katılan sağlık personellerine Beck Depresyon Envanteri, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır.

3.3.1.Kişisel Bilgi Formu

Çalışmada sosyo-demografik bilgiyi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış 8 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu uygulanmıştır. Kişisel bilgi formunda kişilerin yaş, cinsiyet, gelir durumu ve aile bilgileriyle ilgili sorular bulunmaktadır. Etik kurallara ve gerçekçi cevaplar alabilmek amacıyla araştırma sırasında bireylere kimlik bilgilerini içeren sorular yöneltilmemiştir (Ek-1).

3.3.2.Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında erişkinlerde depresyonu davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresyona ilişkin davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır. Her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. 21 maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma göre sıralanmıştır (Hisli, 1989).

Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir ve alınan puanlara göre hastaların depresyon şiddetini; minimal (0-9 puan), hafif (10-16 puan), orta (17-29 puan), şiddetli (30-63 puan) şeklinde sınıflandırmaktadır (Hisli, 1989) (Ek-2).

3.3.3.Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin (MTÖ) 22 maddeden oluşan 3 alt ölçeği vardır: Duygusal tükenme (DT), kişisel başarı (KB) ve duyarsızlaşma (DU). MTÖ, Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engin ve Çam tarafından yapılmıştır (Ergin, 1992). MTÖ beş dereceli (0: Hiçbir zaman, 1:Çok nadir, 2:Bazen, 3:Çoğu zaman, 4:Her zaman) likert tipi bir ölçektir. Alt ölçek puanları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma için yukarıdaki gibi, kişisel başarı için ise tersine puanlanmaktadır. Puanların toplanması ile DT için 0-36, DU için 0-20 ve KB için 0-32 değişen puanlar elde edilir. Tüm alt boyutlardan alınan puan yükseldikçe tükenmişliğin yükseldiği kabul edilmektedir. Cronbach alpha güvenilirlik katsayılarını duygusal tükenme için 83, duyarsızlaşma için 65 ve kişisel başarı hissi için 72 olarak bulmuştur (Oruç, 2007) (Ek-3).

3.4.Verilerin Analizi

Araştırma verileri toplandıktan sonra bilgisayar ortamına aktarılarak analizler için hazır duruma getirilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde değişkenlere bağlı olarak SPSS 20,0 programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız örnek t testinden yararlanılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu araştırmanın genel amacı daha önce de belirttiğim gibi, Iğdır devlet hastanesinde çalışan sağlık personellerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyini bazı demografik değişkenler açısından incelemektir. Bu amaç çerçevesinde, bu bölümde, verilere uygulanan korelasyon analizi, t testi, regresyon ve varyans analizi sonuçları elde edilen bulgular verilmiştir. Tüm sonuçlar için anlamlılık düzeyleri 0,05 kabul edilmiştir. Analiz sonuçları alt başlıklar halinde verilmiştir.

Tablo.1:Katılımcıların, Cinsiyet, Yaş, Medeni Durumu, Çocuk Sayısı, Eğitim Seviyesi, Mesleki Ünvanı, Çalışma Süresi ve Gelir Durumuna Dair Sıklık ve Yüzde Dağılım Tablosu.

		N	%
Cinsiyet			
	Kadın	88	71,0
	Erkek	36	29,0
	Toplam	124	
Yaş			
	20-30 yaş	48	38,7
	31-40 yaş	49	39,5
	41-50 yaş	18	14,5
	51-60 yaş	8	6,5
	60 yaş ve üzeri	1	,8
Medeni Durum			
	Evli	78	62,9
	Bekar	46	37,1
Çocuk Sayısı			
	çocuk yok	54	43,5
	1 çocuk	19	15,3
	2 çocuk	32	25,8
	3 çocuk	14	11,3
	4 çocuk	4	3,2
	5 çocuk	1	,8

Eğitim Seviyesi			
	İlköğretim	2	1,6
	Lise	28	22,6
	Önlisans	36	29,0
	Lisans	43	34,7
	Lisansüstü	15	12,1
Ünvan			
	Tıbbi Sekreter	15	12,1
	Memur	16	12,9
	Hizmetli	9	7,3
	Doktor	24	19,4
	Hemşire	43	34,7
	Teknisyen	17	13,7
Çalışma Süresi			
	0-5 yıl	45	36,3
	6-10 yıl	29	23,4
	11-15 yıl	13	10,5
	16-20 yıl	17	13,7
	21 yıl ve üzeri	20	16,1
Gelir Durumu			
	1000TL'den az	10	8,1
	1001-1500TL	13	10,5
	2001-2500TL	27	21,8
	2500TL'den fazla	74	59,7

Katılımcıların 88'i (%71) kadın ve 36'sı (%29) kadındır.

Katılımcıların 48'i (%38,7) 20-30 yaş, 49'u (%39,5) 31-40 yaş, 18'i (%14,5) (41-50 yaş, 8'i (%6,5) 51-60 yaş, ve 1'i (%0,8) 60 yaş ve üzeridir.

124 katılımcının 78'i (%62,9) evli ve 46'sı (%37,1) bekardır.

Katılımcıların çocuk sayısı ranjı 0-5 arasındadır. 54 (%43,5) kişinin çocuğu yokken, 19'unun (%15,3) bir çocuğu, 32'sinin (%25,8) iki çocuğu, 14'ünün (%11,3) üç çocuğu, 4'ünün (%3,2) dört çocuğu ve 1 kişinin (%0,8) beş çocuğu bulunmaktadır.

124 katılımcının 2'si (%1,6) ilköğretim, 28'i (%22,6) lise, 36'sı (%29) önlisans, 43'ü (%34,7) lisans ve 15'i (%12,1) ise lisansüstü mezunudur.

Hastanedeki mesleklerinin bildiren katılımcıların 15'i (%12,1) Tıbbi Sekreter, 16'sı (%12,9) Memur, 9'u (%7,3) Hizmetli, 24'ü (%19,4) Doktor, 43'ü (%34,7) Hemşire ve 17'si (%13,7) Teknisyen olarak çalışmaktadır.

Çalışma süresini bildiren katılımcılardan, 45'i (%36,3) 0-5 yıl, 29'u (%23,4) 6-10 yıl, 13'ü (%10,5) 11-15 yıl, 17'si (%13,7) yıl ve 20 kişi (%16,1) 21 yıl'dan daha fazla hastaneye hizmet vermektedir.

Katılımcıların gelir durumlarına bakıldığında katılımcılardan, 10'u (%8,1) 1000TL'den az, 13'ü (%10,5) 1001-1500TL, 27'si (%21,8) 2001-2500TL ve 74'ü (%59,7) 2500TL'den fazla kazanmaktadır.

4.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği İle Çeşitli Değişkenlerin İlişkilerinin İncelenmesi

4.1.1. MTÖ Puanı ile Yaş Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi

Yaş gruplarına göre, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin skorlarının değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Yaş gruplarının ortalamaları, standart sapmaları ve varyans analizi sonuçları Tablo.2'de özetlenmiştir.

Tablo.2: Örneklem Grubunun Yaş Değişkenine Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	20-30 yaş	48	23,35	7,52	1,393	0,241
	31-40 yaş	49	24,40	6,62		
	41-50 yaş	18	20,33	7,36		
	51-60 yaş	8	26,12	5,79		
	60 yaş ve üzeri	1	23,00	.		
	Toplam	124	23,50	7,10		
Duyarsızlaşma	20-30 yaş	48	15,64	3,61	1,963	0,105
	31-40 yaş	49	15,36	3,87		
	41-50 yaş	18	13,27	5,23		
	51-60 yaş	8	17,62	3,88		
	60 yaş ve üzeri	1	17,00	.		
	Toplam	124	15,33	4,06		
Kişisel Başarı	20-30 yaş	48	18,14	4,06	2,459	0,049
	31-40 yaş	49	18,93	5,80		
	41-50 yaş	18	20,38	4,15		
	51-60 yaş	8	24,50	8,16		
	60 yaş ve üzeri	1	16,00	.		
	Toplam	124	19,17	6,45		

Tablo.2'de yaş grupları incelendiğinde; duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p>0,05$), kişisel başarı ile yaş gruplarına bakıldığında ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$)

4.1.2.MTÖ Puanı ile Cinsiyet Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin cinsiyetlerine göre tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanların aritmetik ortalama, standart sapma değerleri ve test sonuçları Tablo.2'de özetlenmiştir.

Tablo.3: Örneklem Grubunun, Cinsiyete Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Duygusal Tükenme	Kadın	88	23,55	7,23	,119	0,905
	Erkek	36	23,38	6,85		
Duyarsızlaşma	Kadın	88	15,22	3,90	-,442	0,660
	Erkek	36	15,58	4,46		
Kişisel Başarı	Kadın	88	18,84	5,59	1,180	0,315
	Erkek	36	20,00	6,30		

Tablo.3'de görüldüğü gibi, kadın ve erkek personellerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yaklaşık olarak aynı olduğu, ancak kişisel başarı puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Iğdır Devlet Hastanesi sağlık personellerinin tükenmişlik puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan t testi sonuçları incelendiğinde; Duygusal tükenme ($p>0,05$), duyarsızlaşma ($p>0,05$) ve kişisel başarı ($p>0,05$) alt boyutlarında farklılık bulunamamıştır.

4.1.3.MTÖ Puanı ile Medeni Durum Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin medeni durumlarına göre tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puanların aritmetik ortalama, standart sapma değerleri ve test sonuçları Tablo.4'de verilmiştir.

Tablo.4: Örneklem Grubunun, Medeni Duruma Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Duygusal Tükenme	Evli	78	24,05	6,76	1,110	0,269
	Bekar	46	22,58	7,62		
Duyarsızlaşma	Evli	78	15,21	3,97	-,401	0,689
	Bekar	46	15,52	4,23		
Kişisel Başarı	Evli	78	19,39	5,37	-,441	0,585
	Bekar	46	18,8043	6,52		

Tablo.4’de görüldüğü gibi, Iğdır Devlet Hastanesi sağlık personellerinin tükenmişlik puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan t testi sonuçları incelendiğinde; Duygusal tükenme ($p>0,05$), duyarsızlaşma ($p>0,05$) ve kişisel başarı ($p>0,05$) alt boyutlarında farklılık bulunamamıştır.

4.1.4.MTÖ Puanı ile Çocuk Sayısı Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi

Çocuk sayısına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının değişip değişmediği tek yönlü varyans analizi ile belirlenmiştir. Altı grubun ortalama ve standart sapma değerleri Tablo.5’de gösterilmiştir.

Tablo.5: Sağlık Personellerinin Çocuk Sayısı Değişkenine Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çocuk Sayısı	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	çocuk yok	54	24,0	7,54	1,074	0,378
	1 çocuk	19	23,10	6,10		
	2 çocuk	32	24,00	5,78		
	3 çocuk	14	22,42	8,40		
	4 çocuk	4	21,50	9,74		
	5 çocuk	1	9,00	.		
	Total	124	23,50	7,10		
Duyarsızlaşma	çocuk yok	54	15,83	3,49	1,591	0,168
	1 çocuk	19	15,21	4,63		
	2 çocuk	32	15,40	3,61		
	3 çocuk	14	14,71	5,83		
	4 çocuk	4	13,00	2,44		
	5 çocuk	1	6,00	.		
	Total	124	15,33	4,06		
Kişisel Başarı	çocuk yok	54	17,83	5,41	3,187	0,010
	1 çocuk	19	19,52	5,15		
	2 çocuk	32	21,00	5,40		
	3 çocuk	14	18,71	7,43		
	4 çocuk	4	18,50	1,29		
	5 çocuk	1	36,00	.		
	Total	124	19,17	5,81		

Altı grubun duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ortalama, ve standart sapma değerleri Tablo.5’de verilmiştir. Buna göre; duygusal tükenmede çocuğu olmayanların ortalaması 24,0 ve standart sapması 7,54, 1 çocuğu olanların ortalaması 23,10 ve standart sapması 6,10, 2 çocuğu olanların ortalaması 24,0 ve standart sapması 5,78, 3 çocuk sahibi olanların ortalaması 22,42 ve standart sapması

8,40, 4 çocuğu olanların ortalaması 21,50 ve standart sapması 9,74 ve 5 çocuk sahibi olan bir kişinin ortalaması 9,00'dır. Duyarsızlaşmada çocuğu olmayanların ortalaması 15,83 ve standart sapması 3,49, 1 çocuğu olanların ortalaması 15,21 ve standart sapması 4,63, 2 çocuğu olanların ortalaması 15,40 ve standart sapması 3,61, 3 çocuk sahibi olanların ortalaması 14,71 ve standart sapması 5,83, 4 çocuğu olanların ortalaması 13,00 ve standart sapması 2,44 ve 5 çocuk sahibi olan bir kişinin ortalaması 6,00 çıkmıştır. Son olarak Kişisel başarı ortalaması e standart sapma puanları şu şekildedir; çocuk sahibi olmayanların ortalaması 17,83 ve standart sapması 5,41, 1 çocuğu olanların ortalaması 19,53 ve standart sapması 5,15, 2 çocuğu olanların ortalaması 21,0 ve standart sapması 5,40, 3 çocuk sahibi olanların ortalaması 18,71 ve standart sapması 7,43, 4 çocuğu olanların ortalaması 18,50 ve standart sapması 1,29 ve 5 çocuk sahibi olan bir kişinin ortalaması 36,00 çıkmıştır.

İstatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığına bakıldığında Duygusal Tükenme ve duyarsızlaşma ile çocuk sayısı değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), ancak kişisel başarı ile çocuk sayısı değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

4.1.5. MTÖ Puanı ile Eğitim Seviyesi Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi

Eğitim durumlarına göre, Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının değişip değişmediği yine tek yönlü varyans analizi testiyle saptanmıştır. 4 grubun ortalaması ve standart sapma değerleri Tablo.6'da verilmiştir

Tablo.6: Örneklem Grubunun, Eğitim Seviyesi DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Eğitim Seviyesi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	İlköğretim	2	24,50	6,36	,331	0,857
	Lise	28	22,64	7,72		
	Önlisans	36	22,94	6,84		
	Lisans	43	24,11	7,52		
	Lisansüstü	15	24,60	5,75		
	Total	124	23,50	7,10		
Duyarsızlaşma	İlköğretim	2	13,50	3,53	,690	0,600
	Lise	28	14,53	3,96		
	Önlisans	36	15,30	3,92		
	Lisans	43	15,55	4,32		
	Lisansüstü	15	16,46	3,97		
	Total	124	15,33	4,06		
Kişisel Başarı	İlköğretim	2	22,50	,70	2,781	0,030
	Lise	28	17,07	5,11		
	Önlisans	36	19,80	6,38		
	Lisans	43	18,65	5,58		
	Lisansüstü	15	22,66	5,03		
	Total	124	19,17	5,81		

Örneklem grubunun eğitim seviyesi ile tükenmişliğin alt grupları skor ortalamaları ve standart sapmaları Tablo.6'da görüldüğü gibidir.

Eğitim seviyesi değişkeni ile tükenmişliğin alt grupları incelendiğinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt grubu arasında istatistiksel açıdan anlamı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kişisel başarı alt grubu incelendiğinde ise eğitim seviyesi ile istatistiksel açıdan anlamı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

4.1.6.MTÖ Puanı ile Mesleki Ünvan Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi

Unvan'a göre, Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin skorlarının değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Gruplarının ortalamaları ve standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları Tablo.7'de özetlenmiştir.

Tablo.7: Örneklem Grubunun, Mesleki Ünvan Değişkenine Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarına İlişkin Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Meslek	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	Tıbbi Sekreter	15	23,20	8,47	0,666	0,657
	Memur	16	22,93	6,98		
	Hizmetli	9	19,66	6,53		
	Doktor	24	24,16	7,89		
	Hemşire	43	24,09	6,40		
	Teknisyen	17	23,94	7,06		
	Total	124	23,50	7,10		
Duyarsızlaşma	Tıbbi Sekreter	15	16,86	3,66	1,953	0,091
	Memur	16	15,81	5,68		
	Hizmetli	9	12,77	3,15		
	Doktor	24	15,50	3,93		
	Hemşire	43	14,53	3,65		
	Teknisyen	17	16,64	3,58		
	Total	124	15,33	4,06		
Kişisel Başarı	Tıbbi Sekreter	15	16,13	4,50	2,887	0,017
	Memur	16	22,62	7,46		
	Hizmetli	9	17,66	5,26		
	Doktor	24	20,83	6,26		
	Hemşire	43	18,90	5,12		
	Teknisyen	17	17,76	4,71		
	Total	124	19,17	5,81		

Ünvan değişiminin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı ortalama, ve standart sapma değerleri Tablo.7'de verilmiştir. Buna göre; duygusal tükenmede; Tıbbi sekreterlerin ortalaması 23,20 ve standart sapması 8,47, Memurların ortalaması 22,93 ve standart sapması 6,98, Hizmetlinin ortalaması 19,66 ve standart sapması 6,53, Doktorların ortalaması 24,16 ve standart sapması 7,89, Hemşirelerin ortalaması 24,09 ve standart sapması 6,40 ve Teknisyenlerin ortalaması 23,94 ve standart sapması 7,10 bulunmuştur. Duyarsızlaşmada; Tıbbi sekreterlerin ortalaması 16,86 ve standart sapması 3,66, Memurların ortalaması 15,81 ve standart sapması 5,68, Hizmetlinin ortalaması 12,77 ve standart sapması 3,15, Doktorların ortalaması 15,50 ve standart sapması 3,93, Hemşirelerin ortalaması 14,53 ve standart sapması 3,65 ve Teknisyenlerin ortalaması 16,64 ve standart sapması 3,58 olarak saptanmıştır. Kişisel başarı için ise; Tıbbi sekreterlerin ortalaması 16,13 ve standart sapması 4,50, Memurların ortalaması 22,62 ve standart sapması 7,46, Hizmetlinin ortalaması 17,66 ve standart sapması 5,26, Doktorların ortalaması 20,83 ve standart sapması 6,26, Hemşirelerin ortalaması 18,90 ve standart sapması 5,12 ve Teknisyenlerin ortalaması 17,76 ve standart sapması 4,71 bulunmuştur.

İstatistiksel açıdan anlamlı olup olmadığına bakıldığında Duygusal Tükenme ve duyarsızlaşma ile ünvan değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$), ancak kişisel başarı ile ünvan değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

4.1.7.MTÖ Puanı ile Çalışma Süresi Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi

Çalışma süresine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının değişip değişmediği tek yönlü varyans analizi ile belirlenmiştir. Grupların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo.8'de gösterilmiştir.

Tablo.8: Örneklem Grubunun, Çalışma Süresi DT, D ve KB Alt Boyutlarının Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çalışma Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	0-5 yıl	45	21,60	7,05	1,729	0,148
	6-10 yıl	29	25,31	8,01		
	11-15 yıl	13	23,38	7,24		
	16-20 yıl	17	25,70	3,91		
	21 yıl ve üzeri	20	23,40	7,24		
	Total	124	23,50	7,10		
Duyarsızlaşma	0-5 yıl	45	15,48	3,86	0,494	0,740
	6-10 yıl	29	15,93	4,23		
	11-15 yıl	13	14,30	3,81		
	16-20 yıl	17	14,64	3,53		
	21 yıl ve üzeri	20	15,35	4,93		
	Total	124	15,33	4,06		
Kişisel Başarı	0-5 yıl	45	19,08	5,89	1,017	0,401
	6-10 yıl	29	18,20	5,41		
	11-15 yıl	13	20,07	6,00		
	16-20 yıl	17	18,05	2,79		
	21 yıl ve üzeri	20	21,15	7,63		
	Total	124	19,17	5,81		

Örneklem grubunun çalışma süresi ile tükenmişliğin alt grupları skor ortalamaları ve standart sapmaları Tablo.8'de görüldüğü gibidir.

Çalışma süresi değişkeni ile tükenmişliğin alt grupları incelendiğinde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.1.8. MTÖ Puanı ile Gelir Durumu Değişkenine Dair Bulguların İncelenmesi

Maddi duruma göre, Maslach Tükenmişlik Ölçeği skorlarının değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo.9'da gösterilmiştir.

Tablo.9: Örneklem Grubunun, Gelir Durumu Değişkenine Göre DT, D ve KB Alt Boyutlarına İlişkin Ortalamaları, Standart Sapması ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Gelir Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Duygusal Tükenme	1000TL'den az	10	19,70	9,52	2,493	0,063
	1001-1500TL	13	25,00	6,69		
	1500-2000TL	0	.	.		
	2001-2500TL	27	21,44	6,58		
	2500TL'den fazla	74	24,51	6,78		
	Total	124	23,50	7,1003		
Duyarsızlaşma	1000TL'den az	10	14,70	4,39	0,103	0,958
	1001-1500TL	13	15,15	3,89		
	1500-2000TL	0	.	.		
	2001-2500TL	27	15,37	4,69		
	2500TL'den fazla	74	15,43	3,87		
	Total	124	15,33	4,06		

Kişisel Başarı	1000TL'den az	10	15,30	4,87	1,183	0,009
	1001-1500TL	13	16,76	4,47		
	1500-2000TL	0	.	.		
	2001-2500TL	27	21,55	7,04		
	2500TL'den fazla	74	19,25	5,27		
	Total	124	19,17	5,81		

Gelir durumu ile duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı skor ortalamaları ve standart sapmaları Tablo.9'da gösterilmektedir.

Tablo.9 incelendiğinde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt grubu ile gelir durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kişisel başarı alt grubu incelendiğinde ise gelir durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

4.2.Farklı Değişkenlere Göre Sağlık Personellerinin Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulgular

4.2.1.BDÖ Puanı İle Yaş Değişkeninin İncelenmesi

Yaş gruplarına göre, Beck Depresyon Ölçeğinin skorlarının değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Yaş gruplarının ortalamaları ve standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları Tablo.10'da özetlenmiştir.

Tablo.10:Örneklem Grubunun, Yaş Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Yaş	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
BDÖ Puanı	20-30 yaş	48	13,56	5,81	0,256	0,906
	31-40 yaş	49	12,42	9,85		
	41-50 yaş	18	13,38	7,56		
	51-60 yaş	8	13,37	10,73		
	60 yaş ve üzeri	1	20,00	6,16		
	Toplam	124	13,12	.		

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin BDÖ skor ortalamaları ve standart sapmaları Tablo.10'da özetlenmiştir. Buna göre 20-30 yaş arasında olanların ortalaması 13,56 ve standart sapması 5,81'dir. 31-40 yaş arasında olanların ortalaması 12,42 ve standart sapması 9,85'dir. 41-50 yaş arasında olanların ortalaması 13,38 ve standart sapması 7,56'dır. 51-60 yaş arasında olanların ortalaması 13,37 ve standart sapması 10,73'dür ve 60 yaş ve üzeri olanların ortalaması 20,00 ve standart sapması 6,16 bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların, yaş değişkenine göre BDÖ puanlarının tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.2.2.BDÖ Puanı İle Cinsiyet Değişkeninin İncelenmesi

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanların aritmetik ortalama, standart sapma değerleri ve test sonuçları Tablo.11'de özetlenmiştir.

Tablo.11:Örneklem Grubunun, Cinsiyete Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
BDÖ Puanı	Kadın	88	13,72	9,48	1,180	0,240
	Erkek	36	11,66	6,92		

Tablo.11'de görüldüğü gibi, cinsiyet değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p<0,05$). Ancak puan ortalamaları incelendiğinde Kadınların BDÖ puanlarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.2.3.BDÖ Puanı İle Medeni Durum Değişkeninin İncelenmesi

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin medeni durumlarına göre Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanların aritmetik ortalama, standart sapma değerleri ve test sonuçları Tablo.12'de verilmiştir.

Tablo.12:Örneklem Grubunun, Medeni Duruma Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve T Testi Sonuçları

Alt Boyutlar	Medeni Durum	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
BDÖ Puanı	Evli	78	12,85	9,16	-0,441	0,660
	Bekar	46	13,58	8,33		

Tablo.12 incelendiğinde BDÖ ile Medeni durum değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Fakat grup ortalamalarına göre bekarların çok büyük bir fark olmasa da BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.2.4.BDÖ Puanı İle Çocuk Sayısı Değişkeninin İncelenmesi

Çocuk sayısına göre Beck Depresyon Ölçeği skorlarının değişip değişmediği tek yönlü varyans analizi ile belirlenmiştir. Altı grubun ortalama ve standart sapma değerleri Tablo.13'de gösterilmiştir.

Tablo.13:Örneklem Grubunun, Çocuk Sayısı Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çocuk Sayısı	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
BDÖ Puanı	çocuk yok	54	14,29	9,27	0,478	0,792
	1 çocuk	19	10,78	4,97		
	2 çocuk	32	12,68	8,53		
	3 çocuk	14	12,64	11,77		
	4 çocuk	4	13,25	10,87		
	5 çocuk	1	15,00	.		
	Total	124	13,12	8,84		

Altı grubun Beck depresyon Ölçeği puan ortalama, ve standart sapma değerleri Tablo.13'de verilmiştir. Buna göre; çocuğu olmayanların ortalaması 14,29 ve standart sapması 9,27, 1 çocuğu olanların ortalaması 10,78 ve standart sapması 4,97, 2 çocuğu olanların ortalaması 12,68 ve standart sapması 8,53, 3 çocuk sahibi olanların ortalaması 12,64 ve standart sapması 11,77, 4 çocuğu olanların ortalaması 13,25 ve standart sapması 10,87 ve 5 çocuk sahibi olan bir kişinin ortalaması 15,00 çıkmıştır ve standart sapması görülmemektedir.

Yapılan test sonucuna göre altı grubun BDÖ skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)

4.2.5.BDÖ Puanı İle Eğitim Seviyesi Değişkeninin İncelenmesi

Eğitim durumlarına göre, Beck Depresyon Ölçeği skorlarının değişip değişmediği yine tek yönlü varyans analizi testiyle saptanmıştır. 4 grubun ortalama ve standart sapma değerleri Tablo.14'de verilmiştir

Tablo.14:Örneklem Grubunun, Eğitim Seviyesi Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Eğitim Seviyesi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
BDÖ Puanı	İlköğretim	2	10,50	2,12	0,229	0,922
	Lise	28	13,78	7,51		
	Önlisans	36	13,66	10,24		
	Lisans	43	12,23	9,09		
	Lisansüstü	15	13,53	7,84		
	Total	124	13,12	8,84		

Araştırmaya katılanların eğitim durumu ortalama ve standart sapması şu şekildedir; ilköğretim grubunun ortalaması 10,50 ve standart sapması 2,12'dir. Lise grubunun ortalaması 13,78 ve standart sapması 7,51'dir. Önlisans grubu için ortalama 13,66 ve standart sapma 10,24'tür. Lisans grubu için ortalama 13,53 ve standart sapma 9,09'dur. Lisansüstü grubu için ortalama 13,53 ve standart sapma 7,84 çıkmıştır. Yapılan test sonucu, 5 grubun BDÖ skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$)(Tablo.14).

4.2.6.BDÖ Puanı İle Mesleki Ünvan Değişkeninin İncelenmesi

Ünvana göre Beck Depresyon Ölçeğinin skorlarının değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Gruplarının ortalamaları ve standart sapmalar ve varyans analizi sonuçları Tablo.15'de özetlenmiştir.

Tablo.15:Örneklem Grubunun, Mesleki Ünvan Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Meslek	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
BDÖ Puanı	Tıbbi Sekreter	15	15,20	9,91536	0,815	0,541
	Memur	16	10,93	7,97		
	Hizmetli	9	9,88	4,48		
	Doktor	24	12,20	7,25		
	Hemşire	43	13,74	9,56		
	Teknisyen	17	14,82	10,45		
	Total	124	13,12	8,84		

Tablo.15'de görüldüğü gibi Meslek grupları ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p<0,05$). Ancak Tablo incelendiğinde insanlarla birebir iletişimde olan meslek gruplarının BDÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

4.2.7.BDÖ İle Çalışma Süresi Değişkeninin İncelenmesi

Çalışma süresine göre BDÖ skorlarının değişip değişmediği tek yönlü varyans analizi ile belirlenmiştir. Grupların ortalama ve standart sapma değerleri Tablo.16'da gösterilmiştir.

Tablo.16:Örneklem Grubunun, Çalışma Süresi Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Çalışma Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
BDÖ Puanı	0-5 yıl	45	12,3778	9,41780	1,48	0,212
	6-10 yıl	29	14,8966	8,23904		
	11-15 yıl	13	10,4615	5,88239		
	16-20 yıl	17	16,3529	10,06194		
	21 yıl ve üzeri	20	11,2500	8,33430		
	Total	124	13,1290	8,84093		

Tablo.16'daki bulgular incelendiğinde çalışma süresi ile Beck depresyon ölçeği skorları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.2.8.BDÖ İle Gelir Durumu Değişkeninin İncelenmesi

Maddi duruma göre, Beck Depresyon Ölçeği skorlarının değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Sonuçlar Tablo.17'de gösterilmiştir.

Tablo.17:Örneklem Grubunun, Gelir Durumu Değişkenine Göre BDÖ Skor Ortalamaları, Standart Sapmaları ve Varyans Analizi Sonuçları

Alt Boyutlar	Gelir Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
BDÖ Puanı	1000TL'den az	10	17,30	9,83	1,183	0,319
	1001-1500TL	13	12,23	6,46		
	1500- 2000TL	0	.	.		
	2001-2500TL	27	11,33	7,94		
	2500TL'den fazla	74	13,37	9,30		
	Total	124	13,12	8,84		

Gelir durumu değişkeninin ortalama ve standart sapmaları Tablo.17'de görüldüğü gibidir. Buna göre 1000TL'den az kazananların ortalamaları 17,30 ve standart sapması 9,83'tür. 1001-1500TL kazananların ortalaması 12,23 ve standart sapması 6,46'dır. Gelir durumu 1500-2000TL arasında olan katılımcı bulunmamaktadır. 2001-2500TL kazananların ortalaması 11,33 ve standart sapması 7,94'dür. 2500TL'den fazla kazananların ortalaması 13,37 ve standart sapması 9,30'dur.

SONUÇ

Bu bölümde, sağlık personellerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyleri yaş, medeni durum, cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, görev süresi ve gelir durumu ile ilgili araştırmalarla karşılaştırılarak tartışılacaktır.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin % 71'i kadın, % 29'u ise erkek çalışanlardan oluşturmaktadır. Elde edilen bulgularımıza göre erkek çalışanlar ile kadın çalışanlar arasında tükenmişlik ve depresyon düzeyleri arasında bir fark çıkmamıştır (Tablo.2). Bunun nedeni erkek ve kadın sağlık personellerinin hastane ortamında aynı işi yapmalarına bağlanabilir. Tükenmişlikle ilgili yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanmıştır. Örneğin Demir (2010) yaptığı bir çalışmaya göre Kadın ve erkeklerin Depresyon ve Tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir fark bulamamıştır.

Yakın'ın (2014) “ İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmasında bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Araştırmasına göre erkek çalışanlar ile kadın çalışanlar arasında tükenmişlik ve depresyona yatkınlık düzeyleri arasında bir fark çıkmamıştır.

Ardıç ve Polatçı (2008) araştırmalarının sonucunda da cinsiyetin tükenmişlik üzerinde etkili olmadığını bulmuşlardır. Ayrıca gençlerin duyarsızlaşmaya daha çok yakalandığını, tükenmişliğin evli ve çocuk sahibi olanlarda çok görülmediğinden, idari görevde çalışanların duyarsızlaşma puanlarının yüksek olduğundan, ders saatindeki artışın olumsuzluğundan, akademisyenliği gönüllü olarak seçmeyenlerin duyarsızlaşma puanlarının yüksekliğinden bahsetmişlerdir (Yakın, 2014).

Ertuğrul'un (2010) yaptığı çalışma ise araştırmamızla uyumluluk göstermemektedir. Ertuğrul'un sonuçlarına göre duygusal tükenme ve kişisel başarı alt alanlarında tükenmişliğin kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tümkiye (1996) da erkeklerin kadınlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadığını belirtmektedir.

Sağlık Personellerin DT, DU ve BDÖ puanları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$), tükenmişlik düzeyinin KB altboyutunda yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$).

Bulgularımızla çelişmekte olan Ergin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda, her üç alt ölçekle yaş arasında anlamlı ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Fakat bulgularımızla örtüşür nitelikte olan Sayıl ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, yaş ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (Dolunay, 2002).

Bulgularımızda Sağlık Personellerin DT, DU, KB ve BDÖ puanları ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Maslach ve Jackson, evlilerde tükenmişlik oranının daha düşük olmasını, başkalarının sorumluluğunu üstlenmenin kazandırdığı yaşam deneyimine bağlamakta ve evli olanların, kişilerarası ilişki kurabilme kapasitesinin ve sorunlarla baş etme ve çözme becerilerinin daha gelişmiş olduğunu belirtmektedir (Maslach ve Jackson, 1986).

Kırılmaz ve arkadaşları da bulgularımızla çelişerek medeni durum ile sadece KB ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı olduğunu bildirmişlerdir (Kırılmaz; Ay; Sarp, 2003).

Görev süresi değişkeni incelendiğinde, tükenmişliğin alt boyutu olan DT, D, KB ve Depresyon arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Birkaç çalışma ise bulgularımız ile çelişmektedir. Örneğin Randall ve Scott, mesleğe yeni başlayanlarda ortaya çıkan bu tepkiyi, yaşama ve mesleğe bağlanmanın henüz tam

anlamıyla gerçekleşmemiş olmasıyla açıklamaktadır(Ergin, 1992). Demir ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, meslekte geçirilen süre ile alt ölçeklerden sadece KB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğunu, diğer alt ölçeklerle anlamlı bir ilişki saptanmadığı bildirmişlerdir (Ergin, 1992).

Çalışmamızda yaş değişkenine göre DT, D ve BDÖ anlamlı bir fark bulunmamışken ($p>0,05$), Tükenmişliğin alt boyutu olan KB ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Tablo.1'de görüldüğü gibi KB puanının yaşı artmasıyla yükseldiği görülmektedir.

Ertuğrul (2010) yaptığı araştırmada ise katılımcıların yaşı tükenmişlik yönünden farklılık yaratmamıştır. Bu da bulgularımızla çelişmektedir.

Çalışmamızda Eğitim seviyesi değişkeni ile tükenmişliğin alt boyutu olan DT, D ve BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0,05$), KB alt boyutu ile daha yoğun olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Ertuğrul'un çalışmasına göre ise yüksek düzeyde eğitime sahip olanlarda duygusal tükenmenin daha yoğun olduğu saptanmıştır (Ertuğrul, 2010).

Buna karşılık bazı çalışmalar ise eğitim durumunun tükenmişliği etkilemediğini belirtmektedir (25, 60, 79, 84, 92–94). Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olanlarda tükenmişliğini daha yoğun olarak saptanması, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin çalışma ortamına ait beklentilerinin de yüksek olması ve bu beklentilerin karşılanamamasının tükenmişliği kolaylaştırıcı bir etki yaratacağı düşündürmektedir.

Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde sağlık personellerinin tükenmişlik ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Tükenmişlik ve depresyon düzeyini aza indirmek için; Uzun çalışma saatlerinin azaltılması, düşük ücret sorunun giderilmesi, tatil ve sosyal etkinlik olanaklarının artırılması, görev tanımlarının açık ve net olması, ödül kaynaklarının

çoğaltılması, zor işlerin dönüşümlü olarak yapılması, düzenli nöbetlerin oluşturulması, vardiyalı çalışanlara servis olanağının sağlanması, danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, motivasyon ve toplam kalite çalışmalarının sürekli olarak yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Ahola K. ve arkadaşları (2006)** Contribution of Burnout to the Association Between Job Strain and Depression: the Health 2000 Study. JOEM 48(10); 1023-1030.
- Arı G. ve Bal E. (2008)** Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi 15(1); 131-148.
- Avcı S. (2013)** Farklı Mesleklerde Çalışan Kadınların Yaşam Doyumu, İş Doyumu, Tükenmişlik ve Algılanan Cinsiyet Ayrımcılığı Düzeylerinin Depresyon İle İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Barutçu E. ve Serinkan C. (2008)** Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış Dergisi 8(2);541-561.
- Bayramoğlu MB. (2009)** Mental Ve Fiziksel Bir Nedene Bağlı Kronik Hastalık Tanısı Alan Çocuk Ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Anksiyete, Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyi. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütü Kırdar Kartal Eğitim Ve araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği.
- Budak G. ve Süregevil O. (2005)** Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama. D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi 20(2);95-108.
- Çakır S. (2010)** Genel Tıpta Depresyon. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Anabilim Dalı.
- Çalgan Z., Yeğenoğlu S. ve Aslan D. (2009)** Eczacılar da Mesleki Bir Sağlık Sorunu: Tükenmişlik. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 29(1);61-74.
- Dağlar H. ve Tekşen Ö. (2014)** Muhasebecilerin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri İle Rol Çelişkisi Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Muhasebe Finansman Dergisi 37-54.

- Demir S. (2010)** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Çalışanlarının Tükenmişlik Ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Demir V. (2014)** Bilinçli Farkındalık Temelleri Hazırlanan Eğitim Programının Bireylerin Depresyon Ve Stres Düzeyleri Üzerine Etkisi. T.C. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Dolunay A. (2002)** Keçiören ilçesi “Genel liseler ve Teknik-Ticaret-Meslek Liselerinde Görevli Öğretmenlerde tükenmişlik durumu” araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 55; 51-62.
- Eren V. ve Durna F. (2006)** Üç Boyutlu Bir Yaklaşım Olarak Örgütsel Tükenme. Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 10(9):40-51.
- Ergin C. (1992)** Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. 7.Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Erol A., Sarıçicek A. ve Gülseren Ş. (2007)** Asistan Hekimlerde Tükenmişlik: İş Doyumu ve Depresyonla İlişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry 8:241-247.
- Ertuğrul E. (2010)** Üniversite Uygulama Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyenlerinin Tükenmişlik Ve Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Zonguldak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.
- Ertürk E. ve Keçioğlu T. (2012)** Çalışanların İş Doyumları İle Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. Öğretmenler Üzerine Örnek Bir Uygulama. Ege Akademik Bakış 12(1); 39-52.
- Freud S. (1986)** Mourning and melancholia. In Strachey, F.A. (ed.) Collected Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press,.

- Günüşen N. ve Üstün B. (2010)** Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. DEUHYO ED 1;40-51.
- Haran S. ve arkadaşları (1997)** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Ve Ankara Numune Hastanesi'nde Çalışan Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik Düzeyleri. Kriz Dergisi 6(1);75-84.
- Hisli N. (1989)** Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 7:3-13.
- Jadhav, S. (1996)** The cultural origins of western depression. The International Journal of Social Psychiatry, 42: 269-286.
- Kaçmaz N. (2005)** Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 68:29-32.
- Karabulut Ş. Ve arkadaşları (2012)** Radyasyon Onkolojisi Kliniği Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi. J Kartal TR 23(1); 11-17.
- Kavaz İ. Ve arkadaşları (2014)** Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 3(1).
- Kessler R. ve arkadaşları (1994)** Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders In The United States. Arch Gen Psych. 51;8-19.
- Kırılmaz Y, Çelen Ü. Ve Sarp N. (2003)** İlköğretimde Çalışan Bir Öğretmen Grubunda “tükenmişlik durumu” Araştırması. İlköğretim-online 2:2-9.
- Koç E. (2013)** Gabriel Marcel Felsefesinde Varoluşsal Bir Problem Olarak Ölüm. Süleyman Demirel Üni Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi 29:201-217.

- Kuruçer MA. (2005)** Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu Ve Tükenmişlik. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa.
- Kutlu L. (2010)** Tükenmişlik ve Başa Çıkma Yöntemleri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Maslach C. ve Jackson SE. (1981)** The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Occupational Behaviour 2: 99-113.
- Maslach C. (1986)** Burnout Self-Test.
- Mete H. (2008)** Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri 11:3-18.
- Musselman D., Evans D. ve Nemeroff C. (1998)** The Relationship Of Depression To Cardiovascular Disease. Arch Gen Psychiatry 55;580-592.
- Onay M. ve Kılıcı S. (2011)** İş Stresi Ve Tükenmişlik Duygusunun İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkileri: Garsonlar Ve Aşçıbaşılar. Organizasyon Ve Yönetim Bilimleri Dergisi 3(2); 363-372.
- Orel O. (2013)** Organize Perakende Sektöründe Çalışanların Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri İle İşe Bağlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.
- Oruç S. (2007)** Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Adana İli Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Öztürk V., Koçyiğit S. ve Bal E. (2011)** Muhasebe Meslek Mensuplarının Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri İle İşe Bağlılık Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Ankara İli Örneği. Doğu Üniversitesi Dergisi 12(1);84-98.
- Sünter A. ve arkadaşları. (2006)** Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri. Genel Tıp Dergisi 16:9-14.

- Şayan E. (2010)** Kanserlerde Depresyon Ve Tükenmişlik. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şeşen H. (2011)** Adalet Algısının Tükenmişliğe Etkisi: İş Tatmininin Aracı Değişken Rolünün Yapısal Eşitlik Modeli İle Testi.
- Tekin A. (2009)** Yönetici Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tunç T. (2008)** Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastane Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Tümkiye S. (1996)** Öğretmenlerdeki Tükenmişlik Görülen Psikolojik Belirtiler ve Başa Çıkma Davranışları. Doktora Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Yakın G. (2014)** İstanbul Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru ve Acil Tıp Teknisyeni) Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.

EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

Tarih :...../...../.....

Bu bilgi formu, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yapmakta olduğum tez çalışmasına veri toplamak için hazırlanmıştır. Bu çalışmadaki amacım İğdır Devlet Hastanesi çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerini belirlemektir. Bu anketin değeri yanıtlarken göstereceğiniz samimiyete bağlıdır. Genel bir sonuç elde etmek istediğimden **lütfen isminizi yazmayınız**. Yanıtlar sadece araştırmayı yapan kişi tarafından değerlendirilecektir.Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Saygılarımla,

Psikolog Hakan Bulut

Aşağıdaki sorulara size en uygun seçenekleri işaretleyerek ya da açıklamalar yazarak yanıtlayınız.

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Medeni Durumunuz : ☐ Evli ☐ Bekâr
- 4.Çocuk Sayısı:.....
5. Öğrenim Durumunuz : ☐İlköğretim ☐Lise
☐Lisansüstü ☐Önlisans ☐Lisans
- 6.Kurumdaki Ünvanınız: ☐Tıbbi Sekreter ☐Memur ☐Hizmetli
☐Doktor ☐Hemşire ☐Tekniker
- 7.Meslekteki Çalışma Süreniz: ☐0-5 Yıl ☐6-10 Yıl ☐11-15 Yıl
☐16-20 Yıl ☐21 Yıl ve Üzeri
- 8.Aylık Geliriniz: ☐1000TL'den az ☐1001-1500TL
☐1500-2000 TL ☐2000-2500 ☐2500TL'den fazla

Ek-2: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Lütfen aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

A- 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.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 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.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

I- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O-0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P-0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0.Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0.İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U-0.Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 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.

Ek-3: Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Aşağıda işinizin çeşitli yönleriyle ilgili cümleler bulunmaktadır. Her cümleyi dikkatle okuyarak işinizin o cümlede belirtilen yönünden ne derece memnun olduğunuzu 0 Hiçbir zaman - 4 Her zaman aralıkları arasında size uygun olan seçenek ile ilgili rakamı **yuvarlak içine alarak** değerlendiriniz

		Hiçbir Zaman 0	Çok Nadir 1	Bazen 2	Çoğu Zaman 3	Her zaman 4
1	İşimden soğuduğumu hissediyorum.	0	1	2	3	4
2	İş günü sonunda kendimi tükenmiş hissediyorum.	0	1	2	3	4
3	Sabah kalkıp, yeni bir iş gününe başlamak zorunda olduğum zaman, yorgunluk hissediyorum.	0	1	2	3	4
4	Hizmet verdiğim kişilerin, olaylarla ilgili neler hissettiğini çok kolay anlayabiliyorum.	0	1	2	3	4
5	Hizmet verdiğim bazı kişilere karşı soğuk ve ilgisiz davrandığımı hissediyorum.	0	1	2	3	4
6	Gün boyu insanlarla birlikte çalışmak, beni gerçekten geriyor.	0	1	2	3	4
7	Hizmet verdiğim kişilerin sorunlarını çok etkili bir şekilde ele alıyorum.	0	1	2	3	4
8	İşimden dolayı tükendiğimi hissediyorum.	0	1	2	3	4
9	Yaptığım iş ile başkalarının hayatını olumlu etkilediğimi düşünüyorum.	0	1	2	3	4
10	Bu işe girdiğimden beri, insanlara karşı daha duyarsız oldum.	0	1	2	3	4
11	Bu işin, beni duygusal olarak körelttiğinden endişe ediyorum.	0	1	2	3	4
12	Kendimi çok enerjik hissediyorum.	0	1	2	3	4
13	İşimin beni kısıtladığını düşünüyorum.	0	1	2	3	4
14	İş yerinde çok yoğun çalıştığımı düşünüyorum.	0	1	2	3	4
15	Hizmet verdiğim bazı kişilere ne olup ne olmadığı beni gerçekten ilgilendirmiyor.	0	1	2	3	4
16	İnsanlarla doğrudan birlikte çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.	0	1	2	3	4
17	Hizmet verdiğim kişilerle birlikte, kolaylıkla rahat bir ortam oluşturabiliyorum.	0	1	2	3	4
18	Hizmet verdiğim kişilerle yakından ilgilendikten sonra kendimi canlanmış hissederim.	0	1	2	3	4
19	İşimde birçok önemli şey yaptım.	0	1	2	3	4
20	Sabrımın tükendiğini hissediyorum.	0	1	2	3	4
21	İşimde, duygusal sorunlara soğukkanlılıkla yaklaşırım.	0	1	2	3	4
22	Hizmet verdiğim kişilerin, bazı sorunları yüzünden, beni suçladıklarını hissediyorum.	0	1	2	3	4

ÖZGEÇMİŞ

6 Temmuz 1990 tarihi, Türkiye Iğdır doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi yine Iğdır'da tamamladıktan sonra, 2009 yılında Beykent Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümüne kaydoldum. Bu bölümden 2013 yılında mezun olduktan sonra, yine Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimime başladım.

Hakan BULUT