



**SAKARYA'DA KAMU VE ÖZEL
HASTANELERDE ÇALIŞAN EBELERDE
DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI VE
İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: KESİTSEL ÇALIŞMA**

Hasret AKBAŞ

**2022
YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**SAKARYA'DA KAMU VE ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞAN EBELERDE
DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER:
KESİTSEL ÇALIŞMA**

Hasret AKBAŞ

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR**

**KARABÜK
Haziran 2022**

Hasret AKBAŞ tarafından hazırlanan “SAKARYA’DA KAMU VE ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞAN EBELERDE DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: KESİTSEL ÇALIŞMA” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

.....

Tez Danışmanı, Ebelik Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 29/06/2022

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Fadime ÜSTÜNER TOP (GRÜ)

.....

Üye : Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz ALTUNER (KBÜ)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Hasan SOLMAZ

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Hasret AKBAŞ

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

SAKARYA'DA KAMU VE ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞAN EBELERDE DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: KESİTSEL ÇALIŞMA

Hasret AKBAŞ

**Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı**

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

Haziran 2022, 74 sayfa

Bu çalışmanın amacı, Sakarya'da kamu ve özel hastanelerde çalışan ebelerde depresyon semptomlarının sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. Kesitsel çalışma, Haziran 2020-Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini Sakarya'da ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan 350 ebe oluşturmaktır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup ebelerin tümüne ulaşılması planlanmıştır. Ancak üç kamu ve iki özel hastaneden araştırma izni alınmadığı için çalışmada 11 hastanede çalışan 276 (%78,9) ebeden veri toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni ebelerde depresyon semptomlarının sıklığıdır. Bağımsız değişkenleri ise ebelerin sosyodemografik, mesleki, özlük hakları ve çalışma şartları ile ilgili özellikler ve tükenmişlik düzeyleridir. Veri toplama araçları olarak tanımlayıcı soru formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veriler, bivariate

ve multivariate lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. Çalışmada ebeler Beck Depresyon leği'nden $12,6 \pm 9,3$ puan almışlardır. Ebelerin %20,3'ünde orta düzeyde, %5,8'inde şiddetli depresyon semptomları vardır. Depresyon semptomlarının görülme olasılığını sigara kullanımı 3,7 kat (%95GA= 0,7-6,2), artan duygusal tükenme puanı 1,2 kat (%95GA=1,1-1,3), artan kişisel başarısızlık puanı 1,1 kat (%95GA= 1,0-1,2) artırmaktadır. Çalışmanın bulgularına göre yaklaşık olarak her dört ebeden birisinde (%26,1) depresyon semptomu görülmektedir. Çalışma, ebelerin çalışma ortamı ve koşullarından kaynaklanan psikososyal risk maruziyetinin önlenmesi için politika ve programlara gereksinimi vurgular.

Anahtar Kelimeler : Depresyon semptomu, ebe, hastane, ilişki faktr

Bilim Kodu : 10104.01

ABSTRACT

Master's Thesis

PREVALENCE OF DEPRESSION SYMPTOMS AND ASSOCIATED FACTORS IN MIDWIVES WORKING IN PUBLIC AND PRIVATE HOSPITALS IN SAKARYA: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Hasret AKBAŞ

Karabük University

Institute of Graduate Programs

Department of Midwifery Science

Thesis Advisor:

Assoc. Prof. Dr. Raziye ÖZDEMİR

June 2022, 74 pages

The present study analyzes the prevalence of depression symptoms and associated factors in midwives working in public and private hospitals in Sakarya. The cross-sectional study was carried out between June 2020 and June 2022. The universe of the study consisted of 350 midwives working in secondary and tertiary healthcare institutions in Sakarya. Sample selection was not made in the study, and it was planned to reach all of the midwives. Since the permits could not be obtained from three public and two private hospitals, the data were collected from only 276 (78,9%) midwives in 11 hospitals. The study's dependent variable was the frequency of depression symptoms in midwives. The study's independent variables were the midwives' sociodemographic, occupational, personal rights, working conditions, and burnout levels. The data collection tools were a descriptive questionnaire, Beck's Depression Inventory, and the Maslach Burnout Inventory. The data were collected by face-to-

face interviews and examined with bivariate and multivariate logistic regression analyses. The average score of the midwives on the Beck's Depression Inventory was 12.6 ± 9.3 . 20.3% of midwives had moderate depression symptoms, and 5,8% had severe depression symptoms. Smoking increased the likelihood of depressive symptoms by 3,7 times (%95GA= 0,7-6,2), emotional exhaustion score 1,2 times (%95GA=1,1-1,3), and personal failure score 1,1 times (%95GA= 1,0-1,2). According to the current study's findings, depression symptoms are observed in approximately one out of four midwives. The study highlights the importance of policies and programs to protect midwives from psychosocial risk exposure caused by their working environment and conditions.

Keywords : Depression symptom, midwife, hospital, relation factor

Science Code : 10104.01

TEŞEKKÜR

Bu tez alıőmasının planlanmasında, araőtırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalıőmamı bilimsel temeller ışığında őekillendiren sayın hocam Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR'e sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Süreç boyunca "Sen halledersin Hasret" diyen kuzenlerime ve arkadaşlarıma, manevi hiçbir yardımı esirgemedен her daim yanımda olan sevgili aileme tüm kalbimle teşekkür ederim. Ayrıca "Okuyabildiğin kadar oku sonuna kadar arkandayım" diyen en büyük destekçim biricik büyükbabam Mükерrem AKBAŞ'a sonsuz teşekkürler. Almış olduğum uzmanlık unvanı, torunundan sana armağan olsun...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ.	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ VE AMAÇ	1
BÖLÜM 2	5
GENEL BİLGİLER	5
2.1. DEPRESYON TANIMI VE ÖNEMİ.....	5
2.2. DEPRESYON RİSK FAKTÖRLERİ	6
2.3. DEPRESYON ALT TIPLERİ.....	8
2.3.1. Majör Depresyon	8
2.3.2. Distimik Bozukluk.....	10
2.3.3.Eşik Altı Depresif Bozukluklar	10
2.3.4. Minör Depresyon	11
2.3.5.Manik Depresyon.....	11
2.3.6.Maskeli Depresyon	11
2.4. DEPRESYON BELİRTİLERİ	12
2.5. DEPRESYON TEDAVİSİ	13
2.6. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI	13

	<u>Sayfa</u>
BÖLÜM 3	18
GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	18
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	18
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	18
3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	18
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	21
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	23
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER.....	23
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	24
3.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI	24
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE KARŞILAŞILAN DURUMLAR.....	24
BÖLÜM 4	25
BULGULAR.....	25
4.1. EBELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ	25
4.1.1. Ebelerin Sosyodemografik Özellikleri	25
4.1.2. Ebelerin Genel Sağlık Durumu ile İlgili Bazı Özellikleri	26
4.1.3. Ebelerin Mesleki Özellikleri ile İlgili Değişkenler.....	27
4.1.4. Ebelerin Özlük Hakları ve Çalışma Koşulları	29
4.1.5. Ebelerin COVID-19 Salgını Dönemindeki Deneyimleri.....	30
4.2. EBELERDE DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI.....	33
4.3. EBELERDE DEPRESYON SEMPTOMLARI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	34
BÖLÜM 5	39
TARTIŞMA	39
BÖLÜM 6	47
SONUÇ VE ÖNERİLER	47
6.1. SONUÇLAR	47

	<u>Sayfa</u>
6.2. ÖNERİLER	48
KAYNAKLAR	50
EK AÇIKLAMALAR A. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZİNİ	60
EK AÇIKLAMALAR B. SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ	62
EK AÇIKLAMALAR C. TANIMLAYICI SORU FORMU	64
EK AÇIKLAMALAR D. MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ	69
EK AÇIKLAMALAR E. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	71
ÖZGEÇMİŞ	74

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 4.1. Ebelerde Depresyon Semptomlarının Sıklığı	33
--	----

ÇİZELGELER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 3.1. Depresyon düzeyleri ve puan aralıkları.....	22
Çizelge 3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve puan aralıkları	23
Çizelge 4.1. Ebelerin sosyodemografik özellikleri	26
Çizelge 4.2 Ebelerin genel sağlık durumu ile ilgili bazı özellikleri.	27
Çizelge 4.3. Ebelerin mesleki özellikleri ile ilgili değişkenler.....	28
Çizelge 4.4. Ebelerin mesleki memnuniyeti	29
Çizelge 4.5. Ebelerin özlük hakları ve çalışma koşulları	30
Çizelge 4.6. Ebelerin COVID-19 salgın dönemi ile ilgili deneyimleri	32
Çizelge 4.7. Ebelerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanların sınıflaması.....	33
Çizelge 4.8. Beck Depresyon Ölçeği puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı arasındaki korelasyon analizi	34
Çizelge 4.9. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bivariante logistic regresyon analizi	35
Çizelge 4.10. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında multivariate logistic regresyon analizi.....	38

KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- DSM-V : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fifth Edition
(Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-Beşinci Baskı)
- BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği
- MTÖ : Maslach Tükenmişlik Ölçeği
- DT : Duygusal Tükenme
- KB : Kişisel Başarı
- DYZ : Duyarsızlaşma

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

Çalışma ortamı ve koşullarındaki olumlu ve olumsuz deneyimler insan sağlığını ve yaşam kalitesini büyük ölçüde etkiler. Özellikle doğrudan insanlar ile yakın ilişki kurmayı gerektiren meslek gruplarında çalışanların maruz kaldığı psikososyal risk faktörleri, çalışanların sağlığını fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tehdit etmektedir (Akyüz, 2015). Aralıksız tam gün hizmet veren, sürekli insanlar ile etkileşim halinde bulunmayı gerektiren, güvensiz ve güvencesiz ortamlarda çalışmak zorunda kalan ve daima yüksek performans ile hizmet vermesi beklenen ebeler de bu meslek gruplarından birine dahildir (Özdemir vd, 2015). Ebeler, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından kritik öneme sahip meslek elemanlarıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre bütün anne ölümlerinin, ölü doğumların ve neonatal ölümlerinin %83'ünün nitelikli ebelik hizmetleri ile önlenmektedir (ICM, 2020). Bu nedenle çalışma ortamı ve koşullarından köken alan stresörlerin ve ebelerin psikososyal sağlığını etkileyen faktörlerin tanımlanması önem taşımaktadır.

Sağlık çalışanları arasında gerçekleştirilen araştırmalar stres, iş yükünün fazla olması, şiddet maruziyeti, yönetsel etmenler, eğitim eksikliği, çalışma ortamında malzeme yetersizliği, mesleki doyumun düşüklüğü gibi faktörler ile ilişkili olarak ruhsal sorunlarda artma olduğunu göstermektedir (Jex vd, 1991). Araştırmalarda ebelerde yoğun stres nedeni olarak hata kabul etmeyen bir meslekte çalışma, düzensiz ve belirsiz çalışma şartları (Çolak, 2021), yoğun çalışma temposu (Muşlu vd, 2012; Softa vd, 2016; Yüksel ve Özgür, 2008), vardiyalı çalışma sistemi (Muşlu vd, 2012; Softa vd, 2016; Yakın, 2014; Escriba-Aguir, 1992; Çolak, 2021), uyku düzeninin olmaması (Escriba-Aguir, 1992; Softa vd, 2016; Çolak, 2021), şiddete uğrama riskinin özellikle son dönemlerde artması (Kaya, 2007; Softa vd, 2016; Escriba-Aguir, 1992), yönetsel sorunlar (Kaya,2007; Muşlu vd, 2012; Softa vd, 2016), ekip arkadaşları arasındaki iletişim sorunları (Kaya vd, 2007; Softa vd, 2016), hasta ve hasta yakınları

ile sürekli iletişim halinde bulunma (Muşlu vd, 2012; Softa vd, 2016; Yüksel ve Özgür, 2008), yıldırma davranışlarına maruz kalma (Yıldız ve Yıldız, 2009), mobbing (Yavuzer ve Çivilidağ, 2014), ücret yetersizliği (Yakın, 2014; Softa vd, 2016; Escriba-Aguir, 1992), istihdam tipi (Özyaman, 2007), çalışma ortamında ekipman ve araç gereç yetersizliği (Kaya, 2007; Yakın, 2014), çalışma sürelerinin ve bakılan hasta sayısının fazla olması (Yüksel ve Özgür, 2008; Yakın, 2014), COVID-19 salgını döneminde toplumdaki dışlanma (Çolak, 2021) gibi faktörler bildirilmektedir. Yoğun ve uzun süreli iş stresi sağlık çalışanlarında fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açar. Bu sorunlar arasında gastrointestinal yakınmalarda artış, önceden var olan hastalıkların alevlenmesi, kaza ve yaralanmalarda artış, psikosomatik rahatsızlıklar, zararlı madde kullanımında artış, depresyon veya var olan depresyon belirtilerinde artış, tükenmişlik, özgüven eksikliği, kendine zarar verme düşüncesi, konsantrasyonda azalma gibi sorunlar yer alır. Bu olumsuzluklar iş kazalarının artması, iş doyumunda azalma, işten ayrılma isteği, verilen hizmet kalitesinde düşme, işe devamsızlıkların artması, kalifiyeli elemanları istifa sonucu kaybetme gibi birçok olumsuzluğu da beraberinde getirmektedir (Taycan vd, 2006; Yüksel ve Özgür, 2008). Çalışanların uğradığı zararların yanı sıra hizmet verilen bireyler de risk altında kaldığı için sağlık çalışanlarının psikososyal sağlığının korunması toplum sağlığı açısından da çok önemlidir.

Dünya genelinde yaygın bir halk sağlığı sorunu olan depresyon, fertleri duygusal, fikir ve tavırsal yönde negatif etkileyen, günlük aktivitelerin yerine getirilmesini zorlaştıran, bireysel, toplumsal ve mesleki fonksiyonları ortadan kaldıran, derecesi insandan insana farklılık gösteren bir duygudurum bozukluğudur (Kaya vd, 2007; Kaya 2007; Doğan, 2001). İki yaşından itibaren tüm yaş gruplarını kapsayan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında ruhsal hastalık sıklığı %17; depresif nöbet sıklığı %4 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada duygudurum bozukluklarının kadınlarda, erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Erol vd, 1998). Ülkemizde 2013 yılında Sağlık Bakanlığınca sürdürülmüş olan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda hekim tarafından tanısı konulmuş depresyon sıklığı %9 olarak bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2013). Normal popülasyon ile kıyaslandığında sağlık çalışanlarında depresyon daha sık görülmektedir (Martin et al. 1997). COVID-19 salgını döneminde en ön safta yer alan ebeler de bu durumdan topluma göre daha

çok etkilenmiştir. Sahebi ve ark. (2021) tarafından gerçekleştirilen meta-analiz çalışmasında COVID-19 salgını sürecinde her dört sağlık çalışanından birinin (%25) anksiyete ve depresyon yaşadığı bildirilmiştir (Sahebi vd, 2021). Başka bir meta analiz çalışmasında 35 ülkeden 169 157 sağlık çalışanı arasında depresyon prevalansının %18-36 arasında değiştiği bulunmuştur (Fernandez vd, 2021). Sağlık çalışanlarında Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak gerçekleştirilen araştırmalarda, çalışanların ölçekten ortalama 8-32 arasında puan aldıkları bildirilmektedir (Muşlu vd, 2012; Bulut, 2015; Akyüz, 2015; Softa vd, 2016; Çolak, 2021; Yüksel ve Özgür, 2008; Didişen vd, 2015; Avcı ve Yağcı, 2021; Taycan vd, 2015; Elgin, 2017; Yakın, 2014; Özülkü, 2021). Türkiye genelinde sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada çalışanların %54'ünün depresyon riski taşıdığı (Türkili vd, 2022); Kars'ta sağlık çalışanlarının %24'ünün hafif düzeyde, %37'sinde orta düzeyde, %5'inin ciddi düzeyde olmak üzere toplam %66'sının depresyon semptomu gösterdiği saptanmıştır (Yıldız ve Yıldız, 2009). İstanbul'da 561 hemşire ile yapılan araştırmada ise depresyon semptomlarının sıklığı %11 (BDÖ puanı ≥ 17) olarak bulunmuştur (Taycan vd, 2006).

Ebelerin COVID-19 salgını sürecinde maruz kaldığı riskler fazlalaşmıştır. Ebeler, İl Sağlık Müdürlüğü'nde bulaşıcı hastalıklar ile ilgili birimlerde görev alan işgücünün mesleklerine göre dağılımında bütün personelin %40'ını oluşturmaktadır (Durusoy vd, 2011). Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli bir konuma sahip olan ebelerin, enfekte olma, gebe olarak hizmet vermeye devam etme, evde kronik rahatsızlığı olan yaşlı bireylere veya sevdiklerine virüsü taşıma korkusu, sosyal destek kaynaklarından uzakta kalma, virüs nedeni ile çalışma arkadaşlarının veya sevdiklerinin ölümüne tanık olma gibi nedenler ebelerde kaygı ve strese neden olmaktadır (Arpacıoğlu vd, 2021; Duran, 2022). Aynı zamanda ebeler salgının başlangıç evrelerinde hastalığın gebeler üzerine etkisi, enfekte gebenin doğum eylemi, toplum sağlığını koruma ve aşı hizmetleri gibi konularda bilinmezliklerin olması ebelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla kaygı yaşamasına neden olmuştur (Bay ve Ataş, 2021). Bu nedenle ebelerde COVID-19 salgını sürecinde artan psikososyal risk maruziyetine bağlı olarak depresyon semptomlarının da artması olasıdır.

Sağlık alışanlarında depresyon semptomlarının sıklığını araştıran çalışmalar genellikle tüm çalışanlara ve daha özel olarak hemşirelere yoğunlaşmıştır (Sartorious vd, 1996; Martin vd, 1997; Yüksel ve zgr 2008; Yıldız ve Yıldız 2009; Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011; Muşlu vd, 2012; Taycan vd, 2015; Didişen vd, 2015; Akyüz, 2015; Bulut, 2015; Softa vd, 2016; Elgin, 2017; Lai vd, 2020; Avcı ve Yağcı, 2021; olak 2021; Arpacıoğlu vd, 2021; Aba, 2022). Bu nedenle, ebelerde depresyon semptomlarının sıklığı konusunda planlanan çalışmalara gereksinim vardır. Bu gereksinimden yola çıkarak planlanan bu çalışmada, Sakarya’da kamu ve özel hastanelerde çalışan ebelerde depresyon semptomlarının sıklığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

Genel bilgiler bölümünde, depresyonun tanımı ve önemi, depresyon risk faktörleri, depresyonun alt tipleri, depresyon belirtileri, depresyon tedavisi ve son olarak sağlık çalışanlarında depresyon semptomlarının sıklığı konularına yer verilmiştir.

2.1. DEPRESYON TANIMI VE ÖNEMİ

Latince depressus sözcüğünden gelen depresyon sözcüğü “alçakta olmak, bastırmak” anlamına gelir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016). Türkçe’deki karşılığı ruhsal çöküntüdür (Toraman, 2019). Depresyon, toplumda çok yaygın görülen bir hastalıktır ve bütün tıbbi rahatsızlıklar arasında bellek yitimi açısından dördüncü sıradadır (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Depresyonun yaşam boyu görülme prevalansı %1-19 arasında değişmektedir. Depresyon erken dönemde tedavi edilmediği takdirde tedavi maliyetlerinin artmasına, yüksek mortalite ve morbidite hızlarına neden olur (Chen vd, 1993; Olchanski vd, 2013). Uluslararası literatürde depresyon prevalansı %0,9-10 (Regier vd, 1988; Myers vd, 1984; Hwu vd, 1989; Lee vd, 1990, Chen vd, 1993; Kessler vd, 1994; Ohayon vd, 1999; Marneros, 2006; Fekadu vd, 2007); major depresyon prevalansı %1-10 (Stefansson vd, 1991; Vega vd,1998; Kawakami vd, 2004; Ohayon, 2007; Ohayon ve Hong, 2006) arasında değişmektedir. Ülkemizde 2013 yılında Sağlık Bakanlığınca sürdürülmüş olan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması’nda hekim tarafından tanısı konulmuş depresyon sıklığı %9 olarak bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Soy geçmişte depresyon öyküsü, yalnız yaşamak, kadın olmak ve ekonomik güçsüzlük gibi özellikler depresyon riskini artırmaktadır (Mete, 2008). İnsanlar yaşanan

depresyonu küçümseme, alay, önemsenmeme gibi nedenlerden ötürü gizleme eğilimi gösterebilir. Belirtiler soyut olduğundan dolayı yaşanan depresyonu saptamak her zaman kolay olmayabilir ve süreç gerektirebilir. Depresyon çarpıntı, nefes darlığı, bayılma gibi somatik belirtiler şeklinde de kendini gösterebilir. Depresyonun kökenini daha önceden isteyerek ve severek yaptığı günlük aktivitelere karşı talepsizlik ve yaşamdan haz alamama durumu vardır bunlara ek olarak yeme isteğinde azalma veya artma, kilo yitimi, uyuyamama veya aşırı uyuma, psikomotor geririlik veya ajite olma, bitkinlik, geçmişe yönelik kendini suçlu bulma, cezalandırılmış hissi, geleceğe dair umutsuzluk ve karamarlık, değerli olmadığını düşünme, ağlama, iş yaşamında geriye gitme, toplumsal izolasyon, konsantrasyonda güçlük yaşama, libido kaybı, beden imajında değişim, ölüm fikirleri gibi belirtiler de eşlik edebilir. Depresyon, bireylerin sosyal ve mesleki işlevlerini bozan çok önemli bir halk sağlığı sorunudur (Taycan vd, 2006; Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011; Pınar ve Tel, 2012; Bulut 2013; Akyüz 2015).

2.2. DEPRESYON RİSK FAKTÖRLERİ

Depresyonun oluşmasında genetik, biyolojik ve demografik faktörler gibi birçok özellik etkilidir. Depresyon gelişimine etkili olan başlıca faktörler aşağıda sunulmuştur.

Yaş: Depresyon vakalarının büyük bölümü 20-50 yaşları arasında tanı alır. Depresyonun ortalama başlangıç yaşı yaklaşık 40 yaştır (Kessler vd, 1994; Savrun, 1999; Ohayon, 2007; Toraman, 2019). Amerika Birleşik Devletleri'nde 18-29 yaşındaki bireylerdeki depresyon prevalansının 60 yaş ve üzerindeki bireylere kıyasla üç kat daha fazla olduğu ve depresyonun yaklaşık 17 milyon yetişkini etkilediği tahmin edilmektedir (Chand ve Arif, 2021).

Cinsiyet: Depresyon sıklığı çocukluk yaşlarında kadın ve erkekler arasında farklılık göstermez. Ergenlik döneminden başlayarak kadınlarda depresyon geçirme olasılığı erkeklere göre iki kat artmaktadır (Myers vd, 1984; Marneros, 2006; Binbay vd, 2014). Depresyonun kadınlarda erkeklerden daha yüksek sıklıkta görüldüğü pek çok çalışmada vurgulanmıştır (Regier vd, 1988; Kessler vd, 1994; Erol vd, 1998; Sağlık

Bakanlığı, 2013). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na bakıldığında “Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları” açısından depresyonun kadınlarda ilk sırada (%11), erkeklerde ikinci sırada (%6) yer almaktadır. Yaşamının bir döneminde kadınların %10-25'i, erkeklerin %5-12'si depresif bozukluklardan biri ile karşı karşıya kalmaktadır (Klose ve Jacobi, 2014). Kadınlarda depresyonun daha çok görülmesinde, hormonların yol açtığı etkiler, gebelik, abortus, doğum sonrası dönem, menopoz öncesi ve menopoz gibi durumlar etkilidir (Elgin, 2017; Toprak, 2019).

Medeni durum: Araştırmalarda depresyon sıklığı bekar, eşinden ayrı yaşayan, boşanmış ya da dul olan bireylerde daha fazladır (Regier vd, 1988; Fekadu vd, 2007; Toraman, 2019).

Çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimler: Çocukluk döneminde travma, ayrılık ve kayıp gibi olaylar yaşama bireyin gelişimini, kişiliğini ve diğer insanlarla kurduğu ilişkileri etkiler. Bu dönemlerde yaşanan olumsuz deneyimler çocuğun ileriki yaşamında depresif yapı geliştirmesi açısından risk oluşturur (Yakın, 2014).

Aile öyküsü ve genetik özellikler: Monozigotik ikizlerden birinin depresyon yaşaması durumunda ötekinin depresyon yaşama ihtimali %50'dir (Yakın, 2014). Depresyon tanısı almış bireyler ile yapılan araştırmada %18'nin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan yakınların %82'sinin birinci dereceden akrabaları olduğu bildirmiştir (Ünal vd, 2002). Gershon ve ark. (1982) tarafından gerçekleştirilen sistematik analizde duygu durum bozukluğu öyküsü olan aile üyeleri arasında depresyon görülme olasılığı %5-18 olarak bildirmiştir (Gershon vd, 1982).

Sosyoekonomik durum: Depresyon oluşumunda genetik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörler de etkilidir. Murphy ve ark. (1964) depresyonu sosyoekonomik seviyesinin yüksek olduğu kişileri etkileyen bir hastalık olduğunu ileri sürmüştür (Murphy vd, 1964). Ancak araştırmalarda sosyal sınıf açısından düşük seviyede yer alan bireylerin depresyonu da kapsayan ruhsal rahatsızlıklarının yaygınlığı, sosyal sınıf açısından orta ve üst seviyede yer alan bireylerden daha yüksek bulunmuştur (Kaya, 2007). Almeida-Filho ve ark. (2004) da yoksulluğun ve düşük sosyal sınıfta

yer almanın ruhsal bozukluk riskini artırdığını bildirmişlerdir (Almeida-Filho vd, 2004). Düşük sosyoekonomik düzeye sahip olup depresyon yaşayanlar sağlık hizmetlerinden de düşük ölçüde yararlanmışlardır (Lorant vd, 2003).

2.3. DEPRESYONUN ALT TIPLERİ

Depresyonun pek çok alt tipi vardır. Bunlar bazı spesifik belirtilere, belirtilerin sayısına, belirtilerin devam etme süresine, kişinin günlük hayatındaki işlevselliğini ne derecede etkilediğine göre değişir. Başlıca depresyon tipleri majör depresyon (klasik unipolar depresyon), distimik bozukluk (kronik depresyon), eşik altı depresif bozukluklar, minör depresyon, manik depresyon (bipolar bozukluk), maskeli depresyon olmak üzere altı alt tipe ayrılır.

2.3.1. Majör Depresyon

Majör depresyon, en çok görülen depresyon türüdür. Majör depresyon, krizlerle seyrederek ve genelde 30'lu yaşların başlarında ortaya çıkar. Uluslararası araştırmalarda majör depresyon prevalansı %1-10 arasında bildirilmektedir (Stefansson vd, 1991; Vega vd,1998; Kawaki vd, 2004; Ohayon ve Hong, 2006; Ohayon, 2007). Yaşam boyu bir ya da en az iki ay aralıklarla birbirlerinden ayrılan yineleyen ataklar ile kendini gösterir (Yavuz, 1999).

Major depresyonun başlıca risk faktörleri arasında genetik eğilim, depresif kişilik yapısı, kadın cinsiyet, düşük öğrenim düzeyi, yaşamı olumsuz etkileyen deneyimler, göç, yakından ilişki kurduğu insan sayısının az olması, fiziksel hastalıklar ve tedavisi ve bellek kaybına yol açan psikiyatrik bozukluk yer alır (Ünal vd, 2002). Bireyin majör depresyon tanısı alabilmesi için geçmişte başka bir psikiyatrik hastalığının olmaması gerekir. Majör depresyon, depresif bozuklukların en şiddetlisidir. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-V) tanı kriterlerine göre majör depresyon teşhisi konulabilmesi için belirtilen dokuz bulgudan en az beş tanesinin karşılanıyor ve bunların en az iki hafta boyunca devam ediyor olması gerekir. Aynı zamanda başlıca belirtiler olan çökkün duygudurum ya da bireyin eskiden zevk aldığı aktivitelere karşı ilgisinin azalması olarak tanımlanan anhedoniden birinin

mutlaka olması gerekmektedir (Çolak, 2021). Majör depresif bozukluğun psikotik özellikleri olan ağır majör depresif bozukluk, katatonik özellikler gösteren majör depresif bozukluk, melankolik özellikler gösteren major depresif bozukluk, atipik özellikler gösteren major depresif bozukluk, postpartum başlangıçlı majör depresif bozukluk, mevsimsel yapı gösteren rekürren majör depresif bozukluk olmak üzere altı alt tipi vardır.

Major Depresyonun DSM-V Tanı Kriterleri

A. Son iki hafta içerisinde, geçmişteki işlevsellik seviyesinde bir farklılık olması ile aşağıda verilen belirtilerden az beşinin olmasının yanı sıra birinci ve ikinci maddelerde yer alan çökkün duygudurum ve geçmişte zevk ile yapılan şeylere karşı isteksizlik ya da ya da haz alamama maddelerinden bir tanesinin mutlaka olması gerekir.

1. Hastanın kendi ifadesi ya da başkaları tarafından farkedilen belirgin, hemen hemen her gün, bütün gün boyunca devam eden depresif duygudurum
2. Hemen hemen her gün bütün gün devam eden, etkinliklerin hepsine ya da aktivitelerin çoğunluğuna karşı belirgin ilgi kaybı ya da daha önce zevk alarak yaptığı etkinliklerden eskisi kadar zevk alamama
3. Diyetle olmadığı halde vücut ağırlığında azalma ya da artma ile sonuçlanan belirgin kilo değişikliği, örneğin bir ay içerisinde kilosunun %5'inden fazlasını kaybetme ya da alma veya yemek yeme isteğinde azalma ya da artma
4. Hemen hemen her gün uykusuzluk (insomnia) ya da aşırı uyku hali ve uyuma isteği (hipersomnia)
5. Hemen hemen her gün başkaları tarafından farkedilebilen psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Hemen hemen her gün kendini yorgun ve bitkin hissetme ya da güç kaybı
7. Hemen hemen her gün kendini değersiz hissetme, ileri derecede ve asılsız suçluluk duygularına kapılma
8. Hemen hemen her gün fikirlerini belirli bir konuya odaklama kabiliyetinde azalma, kararsız kalma

9. Sürekli intihar etmeyi ve ölmeyi düşünme, intihar planları yapma ya da girişiminde bulunma

B. Bu bulgular karma bir episodun teşhis kriterlerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan tıbbi bir soruna ya da toplum içerisinde, bireyin mesleğinde ya da diğer işlevsel alanlarda bozulmalara sebep olmaktadır.

D. Bu belirtilerin sakinleştirici ve uyuşturucu etkisi olan madde kullanımı ile ya da genel tıbbi bir bozukluğun etkileri ile ilişkisi yoktur.

E. Bu belirtilerin sevilen birinin kaybından sonra duyulan yasla bir ilgisi yoktur. Yas durumunun dışlanması gerekir (Köroğlu, 2000).

2.3.2. Distimik Bozukluk

Distimik bozuklukta depresif belirtiler iki yıl ya da daha fazla süre devam eder. Belirtiler major depresyona göre daha hafif şiddettedir (Yakın, 2014). Distimik bozukluğu olan hastaların %17'sinin intihara teşebbüs etmesi hastalığın önemini vurgulamaktadır (Çakır, 2009). Distimik bozukluk, uzun süredir var olan hafif depresyon şeklindedir. Bu belirtiler arasında genel olarak derin üzüntü, sürekli iç sıkıntısı ya da ümitsizlik, özgüvenin düşük olması veya kendini yeterli hissetmeme, eskiden sevilen şeylere karşı ilgi eksikliği, iştahta artma ya da azalma, sürekli uyku hali ya da uykusuzluk, enerji azlığı, odaklanma ve bellek sorunları, öğrenim veya mesleki hayatında güçlük yaşama, mutlu olunacak olay varlığında bile sevinçli hissetmeme ve toplumdan geri çekilme gibi belirtiler yer alır (İdikurt, 2019). Distimi, süreklilik gösterdiği için bireyin çalışma yaşamını ve yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir (Çakır, 2009).

2.3.3. Eşik Altı Depresif Bozukluklar

Eşik altı depresif bozukluklar, depresif bozukluk kriterlerini karşılamayan fakat yine de belirgin bellek kaybına sebep olan depresif belirtilerin yaşandığı bir bozukluktur (Çakır, 2009). Kadın cinsiyeti, işsizlik ve düşük sosyoekonomik düzeye sahip olma eşik altı depresyon için önemli risk faktörleridir (Sadek ve Bona, 2000). Eşik altı depresyon, depresif semptomlar ile seyreden fakat depresif bozukluk için tanı kriterlerini karşılamayan daha çok bireyin sosyal yaşamını ve işlevselliğini derinden

etkileyen bir bozukluktur (Rowe ve Rapaport, 2006; Acar, 2019). Eşik altı depresif bozukluk, depresif ruh hali ya da anhedoni belirtilerinden en az biri ile iki hafta ve daha fazla süre devam eden en az iki depresyon semptomunun görüldüğü bir bozukluktur (Acar, 2019).

2.3.4. Minör Depresyon

Minör depresyon, birinci basamak sağlık kuruluşlarında major depresyon kadar sık rastlanan bir bozukluktur. Minör depresyon, devresel özellik gösterir. Minör depresyonun mutlak bir DSM-V teşhisi olmayıp, “başka bir şekilde adlandırılmayan depresif bozukluk” şeklinde sınıflandırılmıştır. Minör depresyonu olan kişilerde bellek kaybı ve sosyal işlevsellik, depresyonu olmayan bireylere kıyasla belirgin biçimde bozulmaktadır. Minör depresyon, major depresyon açısından risk taşımaktadır ve minor depresyonu olan kişilerin beşte biri, bir yıl içerisinde major depresyon yaşamaktadır (Çakır, 2009).

2.3.5. Manik Depresyon

Depresyonda olan bireylerde depresif duygudurumu ve manik durum birbirini izler (Yakın, 2014). Manik depresyon, sıklıkla kişinin duygudurumunda aşırı yükselme ile seyreden mani ataklarından sonra depresif duyguduruma geçiş söz konusudur. Devamında tekrar yine mani atakları görülmekle birlikte aralarda normal duygudurum dönemlerinin de görüldüğü dalgalanmalar halinde seyreden bir bozukluktur (İdikurt, 2019). Depresif atakların olduğu dönemde major depresyon ile aynı belirtiler görülmektedir. Manik dönemde görülen başlıca belirtiler arasında asılsız özgüven, yüksek sesle ve çokça konuşma, düşünce uçuşmaları, düşünmeden kendini riske atacak davranışlarda bulunma, hiperseksüalite, alkol ya da ilaçların kötü kullanımı, uyku ihtiyacında azalma ve sinirlilik yer almaktadır (Yakın, 2014).

2.3.6. Maskeli Depresyon

Depresyon belirtilerinin arka planda kaldığı somatik belirtilerin, otonom sinir sistemi bozuklukların, karakter bozukluklarının, cinsel sorunların, beslenme ile ilgili davranış

bozukluklarının ya da alkolizm, madde bağımlılığı gibi problemlerin baskın olduğu depresyon çeşitidir (Yavuz, 1999; Yakın, 2014). Somatik yakınmalar arasında dolaşım, gastrointestinal ve üriner sistemle ilgili bulgular ile birlikte uyku problemleri, iş gücünde ve iştahta azalma bulunur. Ayrıca bu depresyon türünde parestezi, baş ağrıları, ense ağrısı, dorsalji ve lumbalji gibi duyu bozuklukları gibi belirtiler gözlenir. Belirtilen semptomlar özellikle sabahları şiddetli seyreder. Sürekli alkol tüketimi mevcut depresyonu gizleyebilir (Yavuz, 1999).

2.4. DEPRESYON BELİRTİLERİ

Tükenmişliğin sonunda sıklıkla görülen depresyon, geçmişte isteyerek ve zevk alarak yaptığı günlük aktivitelere karşı isteksizlik ve yaşamdan haz alamama durumu olarak tanımlanmaktadır. Depresyon varlığında kişi her şeyi negatif olarak değerlendirerek geçmişi ve geleceği düşünmekte ve yaşanmış mevzuların olumsuz ve iyi olmayan taraflarını görerek kendisini kabahatli bulmakta ve cezalandırılmış hissetmektedir. Aynı zamanda kişi geleceği de ümitsiz ve kötümser görerek gelecek dair çaresizlik fikirleri iyice pekişir. Kişi yaşamdan haz alamaz duruma gelerek yaşamının artık bir anlam ifade etmediğini düşünecek derecede kendini çökkün hissedebilir. Kişinin bu negatif bakış açısı günlük yaşamına, insanlar arası ilişkilerine ve/veya meslek hayatındaki veriminin azalmasına neden olabilir (Toraman, 2019). Depresyon belirtileri duygudurum belirtileri, bilişsel, somatik ve motor belirtiler olmak üzere dört grupta toplanabilir.

Duygudurum belirtileri: Duygudurum belirtileri, çökkün duygudurum, dışarıdan başkaları tarafından farkedilecek derecede keyifsiz veya mutsuz olma ve bu durumun gün boyu sürmesi ve hemen hemen her gün olması, çaresizlik, karamsarlık, üzüntü, hayal kırıklığı, çevresindeki insanlardan nefret etme, sık sık ağlama gibi belirtileri içerir (Özdel, 2001; Taycan vd, 2006; Gönül, 2012; Kafes 2021).

Bilişsel belirtiler: Bilişsel belirtiler, kıymetsizlik veya işe yaramazlık fikirleri, hayatındaki olumsuzlukların sorumlusu olarak kendini görme ve suçluluk duygusu, başkaları ile işbirliği içinde olma ihtimalini düşünememe, gelecek kaygısı, intihar ve ölüm gibi düşüncelerin yoğunluğu, kendini ifade etmede zorlanma ve konuşmada

yavaşlama, dikkatini ve düşüncelerini toparlayamama, unutkanlık, öz saygıda azalma gibi belirtileri içerir (Özdel, 2001; Taycan vd; 2006; Gönül, 2012; Yakın, 2014; Çelik ve Hoccoğlu, 2016; Kafes; 2021).

Somatik belirtiler: Somatik belirtiler, genellikle iştah azlığına bağlı kilo kaybı, aşırı uyku, uykusuzluk ya da sık uyku bölünmesi gibi uyku sorunları, libido kaybı, yorgun hissetme ve halsizlikten yakınma gibi belirtileri içerir (Özdel, 2001; Gönül, 2012; Çelik ve Hoccoğlu, 2016; Kafes; 2021).

Motor belirtiler: Motor belirtiler, hareketlerde yavaşlama ve ajitasyon, anhedoni, mutsuz yüz ifadesi ve sessizlik, mimiklerde azalma, bir işi başlatmada ve sürdürmede zorluk yaşama gibi belirtiler içerir (Gönül, 2012; Kafes, 2021).

2.5. DEPRESYON TEDAVİSİ

Bütün depresyon tiplerinde farmakolojik tedaviler ve yapılandırılmış psikoterapiler etkili olup bu iki tedavi şekli aynı zamanda gerçekleştirildiğinde etkinliği artmaktadır (Çakır, 2008). Tedavinin amacı akut evrede iyilik durumun sağlanması, sürdürme evresinde iyilik halinin korunması, idame evresinde yeniden hastalığa yakalanmanın engellenmesidir (Mete, 2008). Depresyon tedavisinde antidepresan ilaç tedavileri, elektrokonvülsif tedavi, fototerapi ve transmanyetik beyin uyarımı gibi yöntemler kullanılmaktadır (Argın ve Dursun, 2012). Aynı zamanda kısa süreli terapi, davranış terapisi, bilişsel davranış terapisi, evlilik terapisi ve aile terapisi, grup terapisi, kişilerarası terapi, psikodinamik psikoterapi ve psikanaliz gibi psikoterapi yöntemleri de uygulanmaktadır (Mete, 2008).

2.6. SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI

Depresyon, normal popülasyon ile kıyaslandığında sağlık çalışanlarında daha sık görülmektedir (Martin vd, 1997). Ebeler, çalışma ortamlarından kaynaklanan kimyasal, çevresel, psikolojik, biyolojik, ergonomik ve fiziksel riskler açısından risk altındadır. Amerikan Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü (National Institute

for Occupational Safety and Health - NIOSH), hastanelerde mevcut olan risk faktörlerini incelediğinde 29 tür fiziksel, 25 tür kimyasal, 24 tür biyolojik, 6 tür ergonomik ve 10 tür psikososyal tehlike ve risk olduğunu bildirmiştir (Solmaz ve Solmaz, 2017). COVID-19 salgını sürecinde yapılan bir araştırmada her dört sağlık çalışanından birinin (%25) anksiyete ve depresyon yaşadığı bildirilmiştir (Sahebi vd, 2021). COVID-19 salgını süreci ile artan riskler ile birlikte en ön safhada yer alan ebeler bu durumdan topluma göre daha çok etkilenmiştir.

Uluslararası literatürde depresyon prevalansı %0,9-10 (Regier vd, 1988; Myers vd, 1984; Hwu vd, 1989; Lee vd, 1990; Chen vd, 1993; Kessler vd, 1994; Ohayon vd, 1999; Marneros, 2006; Fekadu vd, 2007); major depresyon prevalansı %1-10 (Stefansson vd, 1991; Vega vd, 1998; Kawakami vd, 2004; Ohayon ve Hong, 2006; Ohayon, 2007) arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde Kessler ve ark.'nın 1994'deki çalışmalarında bir yıllık anksiyete prevalansı %17, depresyon prevalansı %12 olarak bulunmuştur (Kessler vd, 1994). 14 ülke, 15 merkezde yapılan Sartorius ve ark.'nın (1996) yaptığı çalışmada 25 000 erişkin psikiyatrik bozukluklar açısından taranmıştır. Anksiyete ve depresyon sıklıkları sırasıyla %11 ve %12 olarak bulunmuştur (Sartorius vd, 1996).

Çin'de COVID-19 salgını döneminde gerçekleştirilen 1257 sağlık çalışanını kapsayan çalışmada, çalışanların %50'sinde depresyon semptomları, %47'sinde anksiyete semptomları görülmüştür (Lai vd, 2020). Sahebi ve ark. (2021) tarafından gerçekleştirilen meta-analiz çalışmasında COVID-19 salgını sürecinde her dört sağlık çalışanından birinin (%25) anksiyete ve depresyon yaşadığı bildirilmiştir (Sahebi vd, 2021). Başka bir meta-analiz çalışmasında 35 ülkeden 169 157 sağlık çalışanı arasında depresyon prevalansının %18-36 arasında değiştiği bulunmuştur (Fernandez vd, 2021). İran'da yapılan çalışmada hemşirelerin %73'ünde hafif düzeyde, %22'sinde orta düzeyde, %5'inde ise ağır depresyon saptanmıştır. Depresyon ile medeni durum, eğitim düzeyi, işte geçirilen süre arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Kavari vd, 2007). Roskies ve ark. (1990) iş güvencesizliğinin psikolojik sıkıntı, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu bildirmiştir (Roskies ve Louis-Guerin, 1990).

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırması bulgularına göre ülkemizde ruhsal hastalık sıklığı %17, depresif nöbet sıklığı %4 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada duygudurum bozukluklarının kadınlarda, erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Erol vd, 1998). Ülkemizde 2013 yılında Sağlık Bakanlığınca yürütülmüş olan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda hekim tarafından tanısı konulmuş depresyon prevalansı %9 olarak saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Türkiye genelinde COVID-19 salgını sürecince görev alan 618 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada, katılımcıların %52'sinin anksiyete, %54'ünün depresyon semptomları yaşadığı saptanmıştır (Türkili vd, 2022). Yine Türkiye genelinde COVID-19 salgın sürecinde hizmet veren sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir çalışmada, Beck Depresyon Ölçeği toplam puanlarının %34'ünün (0-11 puan) kayda değer bir depresif belirti düzeylerinin olmadığı, %21'inin (12-17 puan) orta şiddette depresif belirti düzeyine sahip olduğu, %45'inin (17 puan ve üzerinde) yüksek şiddette (klinik düzey) depresif belirti düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Araştırmada çalışmaya katılanların yaklaşık yarısının yüksek şiddette depresif belirti gösterdiği bildirilmiştir (Aba, 2022). Türkiye genelinde tüm sağlık çalışanlarını kapsayan diğer bir çalışmada ise çalışanların BDÖ ortalama puanı $14,2 \pm 9,5$ olarak saptanmıştır. Çocuk sahibi olmayanların, bekarların ve meslekte 6-10 yıl arası çalışanların BDÖ skorları daha yüksek bulunmuştur. Tüm sağlık çalışanlarını kapsayan çalışmada $18,5 \pm 11,6$ puan ortalaması ile ebeler en yüksek puana sahip olan meslek grubu olmuştur (Çolak, 2021).

Yozgat ilinde tüm sağlık personeli üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %26'sı tanısı konmuş bir sağlık problemi olduğunu bildirmiş ve en fazla belirtilen süreğen hastalıklar hipertansiyon (%3), astım (%2), kalp rahatsızlıkları (%2), diyabet (%1) ve Hepatit B taşıyıcılığı (%1) olmuştur. Son bir ay içerisinde sağlık çalışanlarının %43'ü ruhsal sağlığının bozuk olduğu günler olduğunu bildirirken, %22'si son bir ay içinde ruhsal sağlığının 14 ve daha fazla gün bozuk olduğunu bildirmiştir (Kılıç ve Çetinkaya, 2011). Antalya'da yapılan çalışmada ebelerin %31'inin sağlığı ile ilgili bir problemi vardır ve %35'i kalp damar hastalıklarına, %30'u endokrin hastalıklarına sahiptir (Yalnız ve Saydam, 2014). Kayseri'de hemşireler üzerinde yapılan

araştırmada hemşirelerin %23'ünün kendini sıklıkla depresyonda hissettiği bulunmuştur (Durmuş vd, 2018).

Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireleri kapsayan bir çalışmada, BDÖ puan ortalaması $9,2\pm 6,5$ olarak bulunmuştur (Muşlu vd, 2012). Yine Trabzon'da poliklinik ve servis hemşireleri üzerinde yapılan başka bir çalışmada hemşirelerin %56'sının ruhsal durumlarında yaşamakta oldukları iniş ve çıkışların normal olduğu (0-10 puan), %22'sinin orta seviyede bir duygudurum bozukluğu (11-16 puan) yaşadığı, %7'sinin klinik olarak depresyon belirtileri (17-20 puan) yaşadığı, % 12'sinin orta seviyede depresyon (21-30 puan) yaşadığı belirtilmiştir. Aynı zamanda yapılan çalışmanın BDÖ puan ortalaması $10,7\pm 8,5$ 'tir (Akyüz, 2015).

Kastamonu'da bir devlet hastanesinde 400 hemşire ile yapılan çalışmada 26-36 yaş aralığında, lise mezunu ve evli olanlarda ve çalışma yılı 16-20 yıl arası olanların depresyon puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin yaşı ve eğitim seviyesi arttıka depresyon puan ortalamalarının düştüğu saptanmıştır. Katılan hemşirelerin BDÖ puan ortalaması ise $28,5\pm 8,2$ bulunmuştur (Softa vd, 2016). Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan çalışmada 61 saat ve üzeri çalışanlarda, mesleği kendi isteğiyle semeyenlerde ve iş yerinde takdir edilmediğini bildirenlerde daha fazla tükenmişlik ve depresyon görölmüştür (Yakın, 2014). COVID-19 salgını döneminde acil servis çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada, sağlık personeli olanların ($10,0 \pm 6,4$) sağlık personeli olmayanlara ($6,1 \pm 2,5$) göre BDÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Avcı ve Yağcı, 2021). Iğdır'da sağlık personelleri üzerine yapılan çalışmada bekarların evlilere göre daha fazla depresyon semptomları yaşadığı görölmüştür (Bulut, 2015). COVID-19 salgını döneminde yapılan çalışmada da bekar katılımcıların depresyon ve tükenmişlik puan ortalamaları evlilerden daha yüksek bulunmuştur (Arpacıoğlu vd, 2021).

Balıkesir'de yapılan hemşireleri kapsayan çalışmada, BDÖ puan ortalaması $7,8\pm 6,3$ bulunmuştur. ocuk sahibi olmayanların, hizmet verilen hasta sayısının fazla olmasının ve çalışılan birimde hemşire sayısının azalmasının depresyon ortalamalarını yükselttiği bulunmuştur (Yüksel ve Özgür, 2008). İzmir'de pediatri hemşireleri

üzerinde yapılan başka bir çalışmada BDÖ puan ortalaması $8,4\pm 7,4$ olarak bulunmuştur (Didişen vd, 2015). Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 50 tıpta uzmanlık öğrencisi, 50 hemşire, 50 intörn ve 50 idari personel ile yapılan çalışmada BDÖ puan ortalamaları tıpta uzmanlık öğrencilerinde $9,8\pm 7,7$, intörnlere $7,9\pm 6,9$, idari personelde $10,5\pm 9,0$ bulunurken, en yüksek ortalama hemşirelerde ($11,8\pm 7,6$) saptanmıştır (Elgin, 2017). İstanbul'da 561 hemşire ile yapılan bir araştırmada depresyon semptomlarının sıklığı %11 ($BDÖ\geq 17$) olarak saptanmıştır ve hemşirelerde %19'unda orta derecede (11-16 puan) duygudurum rahatsızlığı, %6'sında klinik depresyon (17-20 puan) görülmüştür (Taycan vd, 2006). Kars'ta zorbalık mağduru sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada, %24'ünün hafif düzeyde (11-17 puan), %37'sinin orta düzeyde (18-23 puan), %5'inin ciddi düzeyde (24 puan ve üzeri) genel olarak ise %66'sının depresyon yaşadığı görülmüştür. Zorbalığa maruz kalanların kalmayanlara göre beck depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (Yıldız ve Yıldız, 2009).

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma kesitsel tipte tasarlandı.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Sakarya ilinde gerçekleştirilen çalışmanın tüm aşamaları Haziran 2020-Haziran 2022 arasında tamamlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, Sakarya’da 12 kamu ve dört özel hastanede çalışan ebeler oluşturmaktadır (N= 350). Çalışmada örnek belirlenmemiş olup tüm ebelere ulaşılması planlanmıştır. Ancak üç kamu ve iki özel hastaneden araştırma izni alınamadığı için bu kuruluşlarda çalışan 22 ebe kapsam dışında kalmıştır. Ayrıca 22 ebe araştırmaya katılmak istememiştir. Bunların dışında veri toplama aşamasında 15 ebe yıllık izinde, 10 ebe doğum izninde ve 5 ebe raporlu olduğu için ulaşılammıştır. Böylece çalışmada 276 (%78,9) ebeden veri toplanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

3.4.1. Bağımlı Değişken

Çalışmanın bağımlı değişkeni, ebelerde depresyon semptomlarının sıklığıdır. Depresyon semptomlarının sıklığı Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

3.4.2.1. Sosyodemografik Özellikler

Yaş: Ebeinin tamamlamış olduğu yaşı ifade eder.

Medeni durum: Medeni durum “evli, bekar (hiç evlenmemiş), boşanmış, ayrı yaşıyor ve dul” olmak üzere beş grupta sınıflandırılmıştır.

Öğrenim düzeyi: Öğrenim düzeyi, ebelerin en son mezun olduğu okulu ifade eder.

Çocuk sahibi olma: Ebelerin, çocuk sahibi olup olmadığı ve çocuğu var ise kaç çocuğu olduğu sorgulanmıştır.

Hanede yaşayan birey sayısı: Hanede aynı kaptan yemek yiyen kişi sayısını ifade eder.

Algılanan gelir düzeyi: Ebelerin aylık gelirinin yetip yetmediği konusundaki görüşleri sorgulanmıştır. Gelir algısı a) yetiyor, b) güçlükle yetiyor, c) yetmiyor şeklinde üç grupta sınıflandırılmıştır.

Eşin öğrenim düzeyi: Eşlerin tamamlamış olduğu en son öğrenim düzeyini ifade eder.

Eşin çalışma durumu: Eşinin kazanç getiren bir işte çalışma çalışmadığını ifade eder.

3.4.2.2. Tıbbi Özellikler

Tıbbi özellikler ile ilgili bölümde ebelerin, sigara alışkanlıklarının olup olmadığı, sigara kullanıyor ise günlük içilen sigara miktarı, tanısı konulmuş kronik bir hastalığının olup olmadığı, son 12 ay içerisinde antidepresan türevi bir ilaç kullanıp kullanmadığı, son 12 ay içerisinde olumsuz yaşam deneyiminin olup olmadığı gibi değişkenler sorgulanmıştır.

3.4.2.3. Mesleki Özellikler

Mesleki özellikler ile ilgili bölümde ebelerin ebelik mesleğini seçerken etkilendiği faktörler, mesleki istihdam tipleri, meslekte tamamladığı çalışma süreleri ve ebe olarak çalışmaktan memnun olup olmadıkları, memnun değil ise memnun olmama sebepleri gibi değişkenler sorgulanmıştır.

3.4.2.4. Ebelerin Özlük Hakları ve Çalışma Koşulları

Özlük hakları ve çalışma şartları ile ilgili olarak, ebelerin çalışmış oldukları birim, çalışmış olduğu birimi kendi isteği ile seçmiş olma durumu, bir hafta içerisinde çalışılan ortalama mesai saati, bir gün içerisinde hizmet verilen hasta sayısı, çalışmış olduğu birimde dinlenme amaçlı bir oda olup olmadığı, bir yıl içerisinde dinlenme/seyahat amaçlı tatil yapıp yapmadığı, gece ve gündüz olmak üzere çalışma şekli, bir ay içerisinde tutulan ortalama nöbet sayısı, tamamlaması gereken aylık mesai saatine ek olarak fazla mesai ile çalışıp çalışmadığı, hafta sonu tatillerinde çalışıp çalışmadığı gibi değişkenler sorgulanmıştır.

3.4.2.5. Ebelerin COVID-19 Salgını Dönemindeki Deneyimleri

İş sağlığı ve güvenliği koşulları ile ilgili olarak, ebelerin COVID-19 salgını sürecinde, koruyucu ekipman kullanım sıklığı, koruyucu ekipman erişiminde sıkıntı yaşayıp yaşamadığı, çalıştığı kuruluştaki İş Sağlığı ve Güvenliği Biriminin olup olmadığı, COVID-19 virüsü ile mücadele eden birimlerin (servis, yoğun bakım vb.) herhangi birinde aktif olarak çalışıp çalışmadığı, COVID-19 virüsü taşıyıcısı olabileceğinden ve bundan dolayı çevresindeki insanlara bulaştırma ihtimalinden endişe duyup duymadığı, çalışma arkadaşları ile bulaş riski açısından aynı ortamı paylaşmaktan korkup korkmadığı, COVID-19 salgını nedeniyle aile ve sosyal desteklerden geçici olarak uzak kalıp kalmadığı pandemi sürecinde istifa etmeyi düşünüp düşünmediği gibi değişkenler sorgulanmıştır.

3.4.2.6. Tükenmişlik Düzeyi

Ebelerin tükenmişlik düzeyi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak belirlenmiştir.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veri toplama araçların olarak iki ölçek ve sosyodemografik özellikleri sorgulayan bir form kullanılmıştır.

3.5.1. Tanımlayıcı Soru Formu

Tanımlayıcı soru formu, ebelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile özlük hakları, çalışma koşulları ve genel sağlık durumu ile ilgili bazı özellikleri sorgulayan 33 soruluk formdur (Ek: 3).

3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon Ölçeği, Beck ve ark. (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (Hisli, 1989; Beck vd, 1961). BDÖ, depresyonda var olan somatik, bilişsel, duygusal ve motivasyonel belirtileri ölçen bir öz bildirim ölçeğidir (Beck, 1961). Ölçek bir tanı koyma aracı olmayıp yalnızca depresyon belirtilerini objektif olarak taramayı amaçlar. Her madde 0'dan 3'e kadar azdan çoğa doğru giden dört seçenekten oluşur (Ek: 5). Ölçek, toplam 21 madde içerir. Bunlardan iki madde duygusal, on bir madde bilişsel, iki madde davranışsal, beş madde fiziksel, bir madde kişiler arası ilişkilere yönelik belirtileri sorgular (Hisli, 1989). Ölçek sonunda 0-63 puan arasında değişkenlik gösteren skorlar elde edilir. Puan yükseldikçe depresif belirti düzeyi artmaktadır. Ölçeği kesme noktası 17 puan kabul edilmiştir. BDÖ'den elde edilen 17 ve üstündeki puanların, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiğini görülmüştür (Hisli, 1989; Şahin ve Durak, 1995). Alınan puanlara göre hastaların depresyon şiddeti minimal (0-9 puan), hafif (10-16 puan), orta (17-29 puan), şiddetli (30-63 puan) şeklinde sınıflandırılmaktadır (Hisli, 1989) (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Depresyon düzeyleri ve puan aralıkları.

Depresyon Düzeyi	Puan Aralığı
Minimal	0-9
Hafif	10-16
Orta	17-29
Şiddetli	30-63

3.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Maslach ve Jackson tarafından tükenmişlik düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilen ve yaygın olarak kullanılan bir ölçektir (Maslach ve Jackson 1981). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması 1992 yılında Ergin tarafından gerçekleştirilmiştir (Cronbach Alfa katsayıları duygusal tükenme 0,83, duyarsızlaşma 0,65 ve kişisel başarı 0,72) (Ergin, 1992).

Ölçeğin duygusal tükenme, kişisel başarı ve duyarsızlaşma olmak üzere üç alt boyutu vardır ve toplam 22 maddeden oluşmaktadır (Ek: 4). Duygusal tükenme boyutu 1-2-3-6-8-13-14-16-20 sayılı maddeleri, duyarsızlaşma boyutu 5-10-11-15-22 sayılı maddeleri kişisel başarı boyutu ise 4-7-9-12-17-18-19-21 sayılı maddeleri içerir. Beş seçenekli likert tipi olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği, 0= Hiçbir zaman, 1= Çok nadir, 2= Bazen, 3= Çoğu zaman, 4= Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Puanlama sonucunda her alt boyut için ayrı ayrı puan elde edilir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutunu ölçen maddeler negatif ifadelerden kişisel başarı alt boyutunu ölçen maddeler ise pozitif ifadelerden oluştuğu için puanlama sırasında kişisel başarı boyutundaki maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Bazı çalışmalar kişisel başarı alt boyutunu ters puanlama yapmaksızın değerlendirebilmektedir. Bu çalışmada ters puanlanmış olup tek yönlü değerlendirme oluşturulmuştur yani kişisel başarı puanı yüksek ise yüksek tükenmişlik yaşadığı anlamına gelmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar duygusal tükenme alt boyutunda 0-36; duyarsızlaşma alt boyutunda 0-20; kişisel başarı alt boyutunda ise 0-32 arasındadır.

Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar alt boyutlarına göre sınıflandırılarak aşağıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre tükenmişlik alt boyutlarındaki puan arttıkça tükenmişlik düzeyi artmaktadır (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ve puan aralıkları.

Tükenmişlik alt boyutları	Alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar	Değerlendirme
Duygusal tükenme	0-36	Tükenmişlik alt boyutlarından alınan puanlar arttıkça tükenmişlik düzeyi artar.
Duyarsızlaşma	0-20	
Kişisel başarı	0-32	

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Soru formunun pilot uygulaması araştırma kapsamı dışında olan (birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan) beş ebe ile yapılmıştır. Pilot uygulamadan sonra anket formu revize edilmiş ve forma son şekli verilmiştir. Veriler, ebelerden çalışmaya gönüllü katılımlarına dair onayları alındıktan sonra onlar için uygun bir zaman diliminde iş yerlerinde ziyaret edilerek yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama aşaması Nisan 2021-Haziran 2021 arasında tamamlanmıştır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Verilerin analizi SPSS 16,0 programında yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler yüzde dağılım, Aritmetik Ortalama±Standart Sapma ($\bar{x}\pm SS$) şeklinde özetlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeği puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı arasında ilişkinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki nedensel ilişkinin incelenmesi için bivariante ve multivariate lojistik regresyon analizleri uygulanmıştır. Bivariate logistic regresyon analiz sonucunda p değeri 0,20'den küçük olan değişkenler, multivariate logistic regresyon

modeline alındı. Multivariate analizler sonucunda p değeri 0,05'ten küçük ise değişkenler anlamlı kabul edildi.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışma için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alındı (Tarih: 21.01.2021, No: 437), (EK: 1). Sakarya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kamu ve özel hastanelerden araştırma izni alınmıştır (Tarih 24.03.2021, Sayı: 434.99), (EK: 2). Ayrıca ebelerden çalışmaya gönüllü katılımlarına dair sözlü onay alınmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırmada sorulan anket formunun ve ölçeğin ebelerin gerçek düşüncelerini yansıtabilecek biçimde yanıtladıkları kabul edilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE KARŞILAŞILAN DURUMLAR

1. Çalışma kesitsel tasarımından dolayı bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki neden sonuç ilişkisi bir arada incelenmiştir.
2. Çalışma birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan tüm ebelerde planlanmıştır. Ancak Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışma yapılmasına izin vermediği için birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan 300 ebe çalışma kapsamına dahil edilememiştir. Ayrıca üç kamu ve iki özel hastane de çalışma yapılmasına izin vermemiştir. Bu nedenle çalışmanın genellenebilirliği çalışmanın gerçekleştirildiği hastanede çalışan ebelerle sınırlıdır.

BÖLÜM 4

BULGULAR

Sakarya’da özel ve kamu hastanesinde çalışan ebelerde depresyon semptomlarının sıklığının ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışmada toplam 276 ebeye ulaşılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular 1) ebelerin tanımlayıcı özellikleri, 2) ebelerde depresyon semptomlarının sıklığı, 3) ebelerde depresyon semptomları ile ilişkili faktörler olmak üzere üç başlık altında sunulmuştur.

4.1. EBELERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

4.1.1. Ebelerin Sosyodemografik Özellikleri

Çizelge 4.1’de ebelerin sosyodemografik özellikleri sunulmuştur. Ebelerin büyük çoğunluğu (%43,8) 22-31 yaş aralığında, evli (%56,9) ve lisans ve lisans üstü mezundur (%78,3). Ebelerin %26,8’inin eşi devlet memuru olarak görev yapmaktadır ve %56,5’i en az bir çocuk sahibidir. Yaklaşık olarak her beş ebeden birisi (%21,0) yalnız yaşamaktadır. Ebelerin %44,2’si aylık gelirlerinin geçimini sağlamaya yettiğini, %55,8’i güçlükle yettiğini ve yetmediğini bildirmiştir (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Ebelerin sosyodemografik özellikleri.

Değişken	n	%
Yaş		
22-31 yaş	121	43,8
32-41 yaş	72	26,1
42 ve üstü	83	30,1
Medeni durum		
Evli	157	56,9
Bekar	92	33,3
Boşanmış, dul, ayrı yaşayan	27	9,8
Öğrenim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	20	7,2
Ön lisans	40	14,5
Lisans ve lisans üstü	216	78,3
Eşin mesleği		
Devlet memuru	74	26,8
İşçi	39	14,1
Kendi hesabına	30	10,9
İşsiz	3	1,1
Emekli	13	4,7
Bekar/dul/boşanmış	119	42,4
Sahip olduğu çocuk sayısı		
Çocuğu yok	120	43,5
1-2 çocuk	127	46,0
3 çocuk ve üzeri	29	10,5
Aynı hanede yaşayan kişi aayısı		
Yalnız yaşıyor	58	21,0
2-4	178	64,5
5 ve üstü	40	14,5
Gelir algısı		
Yetiyor	122	44,2
Güçlükle yetiyor	110	39,9
Yetmiyor	44	15,9
Total	276	100,0

4.1.2. Ebelerin Genel Sağlık Durumu ile İlgili Bazı Özellikleri

Çizelge 4.2’de ebelerin genel sağlık durumu ile ilgili bazı özellikler sunulmuştur. Yaklaşık olarak her beş ebeden birisinin (%21,7) tanısı konulmuş kronik bir hastalığı mevcuttur. Ebelerin, %13,4’lük bir kısmının 12 ay içerisinde olumsuz bir yaşam deneyimi mevcuttur. Ebelerin, %32,2’si sigara kullanmaktadır. Sigara kullananların yarısından fazlası (%58,4) en az 10 yıldır sigara alışkanlığına sahiptir ve %24,7’si bir günde 10-14 adet sigara tüketmektedir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Ebelerin genel sağlık durumu ile ilgili özellikleri.

Değişken	n	%
Kronik hastalık (n= 276)		
Yok	216	78,3
Var*	60	21,7
Son 12 ayda antidepresan kullanımı (n= 276)		
Hayır	265	96
Evet	11	4
Son 12 ayda olumsuz yaşam deneyimi (n= 276)		
Hayır	239	86,6
Evet	37	13,4
Sigara kullanım (n= 276)		
Hayır, hiç içmemiş	180	65,2
Evet, halen içenler ve bırakanlar	96	34,7
Sigara içilen süre (n= 89)		
10 yıl ve üstü	52	58,4
5-9 yıl	21	23,6
1-4 yıl	16	18
Bir günde içilen sigara sayısı (n= 89)		
20 ve üstü	20	22,5
15-19	12	13,5
10-14	22	24,7
5-9	20	22,5
1-4	15	16,9

*Endokrin sistem ve metabolizma hastalıkları (n=22, %8), solunum sistemi hastalıkları (n=13, %4,7), kalp damar hastalıkları (n=16, %5,8), diğer hastalıklar (immün sistem hastalıkları, kadın hastalıkları, dermatolojik hastalıklar, beyin ve sinir hastalıkları, psikolojik hastalıklar), (n=9, %3,3).

4.1.3. Ebelerin Mesleki Özellikleri ile İlgili Değişkenler

Çizelge 4.3’de ebelerin mesleki özellikleri sunulmuştur. Ebelerin %41,3’ü iş bulma kolaylığından dolayı ebelik mesleğini tercih etmiştir ve yaklaşık üçte ikisi (%62,0) 657 sayılı yasa 4/A maddesine göre istihdam edilmiştir. Ebelerin, %33,0’ı 20 yıl ve daha fazla süredir çalışmaktadır ve çoğunluğu (%73,6) eğitim ve araştırma hastanesinde hizmet vermektedir. Ebeler, yoğunlukta olarak yenidoğan ve çocuk ile ilgili birimlerde (%17) ve doğumhanede (%13,8) çalışmaktadır. Ebelerin %45,3’lük büyük bir kısmının ise hemşirelik ile ilgili alanlarda çalıştığı görülmektedir (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Ebelerin mesleki özellikleri ile ilgili değişkenler.

Değişken	n	%
Mesleği seçme nedeni		
İş bulma kolaylığı	114	41,3
Sevdiği ve istediği için	100	36,2
Ailesi istediği için	43	15,6
Puanı bu bölüme yettiği için	19	6,9
İstihdam tipi		
657 sayılı yasa 4/A	171	62,0
657 sayılı yasa 4/B	99	35,9
Özel sektörde sözleşmeli	6	2,2
Meslekteki çalışma süresi (yıl)		
1-9	121	43,8
10-19	64	23,2
20 ve üstü	91	33,0
Çalıştığı kuruluş		
Eğitim ve araştırma hastanesi	203	73,6
Genel hastane	33	12,0
Entegre hastane	30	10,9
Özel Hastane	6	2,2
Acil yardım hastanesi	4	1,4
Çalıştığı birim		
Yenidoğan ve çocuk ile ilgili birimler	47	17,0
Doğumhane	38	13,8
Jinekoonkoloji ve perinatoloji servisi	22	8,0
Kadın doğum acil ve çocuk acil	18	6,5
Kadın hastalıkları ve doğum servisi	18	6,5
Kadın doğum ve çocuk polikliniği	8	2,9
Diğer*	125	45,3
Total	276	100,0

*: Acil servis (n=19, %6,9), ameliyathane (n=19, %6,9), yoğun bakım ünitesi (n=13, %4,7), hemşirelik ile ilgili yataklı servisler (n=15, %5,9), poliklinikler (n=14, %5,4), idari birimler (n=11, %4,3), diğer birimler (n= 31, %11,3)

Çizelge 4.4’de ebelerin mesleğinden memnun olup olmasına ilişkin görüşleri sunulmuştur. Ebelerin %40.9’u ebe olarak çalışmaktan memnun değildir. Memnun olmama nedenlerinin başında aşırı iş yükü (%28,3) ve çalışma koşullarının ağır olması (%23,9) gelmektedir. Bunları sırasıyla atama ve özlük haklarının korunmaması (%17,0), can güvenliğinin olmaması (%17,0), üstlerin takdir etmemesi (%17,0), mesleki doyum alamama (%14,5) üstlerin tüm çalışanlara eşit davranmaması (%13,4), görev kapsamında olmayan işlerde çalıştırılma (%13,0) ve ekip arasındaki iletişim sorunları (%12,7) izlenmektedir (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.4. Ebelerin mesleki memnuniyeti.

Değişken	n	%
Mesleğinden memnuniyet (n= 276)		
Evet	163	59,1
Hayır	113	40,9
Mesleğinden memnun olmama nedenleri (n= 113)*		
Aşırı iş yükü	78	28,3
Çalışma koşullarının ağır olması	66	23,9
Atama ve özlük haklarının korunmaması	47	17,0
Can güvenliğinin olmaması	47	17,0
Üstlerin takdir etmemesi	47	17,0
Mesleki doyum alamama	40	14,5
Üstlerin tüm çalışanlara eşit davranmaması	37	13,4
Görev kapsamında olmayan işlerde çalıştırılma	36	13,0
Ekip arasındaki iletişim sorunları	35	12,7

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

4.1.4. Ebelerin Özlük Hakları ve Çalışma Koşulları

Çizelge 4.5'te ebelerin özlük hakları ve çalışma koşulları ile ilgili özellikleri görülmektedir. Ebelerin %74,3'lük büyük bir kısmı gün bir içerisinde en az 50 hastaya hizmet vermektedir. Ebelerin %42,8'i bir haftalık çalışma saatinin 40 saat ve üzerinde olduğunu belirtmiştir. Ebelerin %69,2'si mesai saati ve nöbet şeklinde çalışmaktadır ve çoğunun (%46,4) ayda 5 ila 9 adet nöbet tuttuğu aynı zamanda %64,9'unun çalışması gereken aylık mesai saatinden fazla çalıştığı görülmüştür. Fazla mesaisi olanların %76,8'lik büyük bir kısmı aylık ortalama en az 40 saat fazla mesai yapmaktadır (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Ebelerin özlük hakları ve çalışma koşulları ile ilgili özellikleri.

Değişkenler	n	%
Bir gün içerisinde bakılan ortalama hasta sayısı		
≤49 hasta	205	74,3
50-99 hasta	21	7,6
100-149 hasta	18	6,5
150 hasta ve üzeri	32	11,6
Haftalık çalışma saati		
≤40	118	42,8
41-50	102	37,0
51-60	30	10,9
61 ve üzeri	26	9,4
Çalışma şekli		
Yalnız mesai saatlerinde	85	30,8
Mesai saati ve nöbet	191	69,2
Aylık nöbet sayısı		
0-4	111	40,2
5-9	128	46,4
10-14	37	13,4
Fazla mesai ile çalışma durumu		
Evet	179	64,9
Hayır	97	35,1
Çalışılan fazla mesai aylık ortalama saat		
≤40	212	76,8
41-50	25	9,1
51-60	13	4,7
61 ve üstü	26	9,4
Total	276	100,0

4.1.5. Ebelerin COVID-19 Salgını Dönemindeki Deneyimleri

Çizelge 4.6’da ebelerin COVID-19 salgın dönemi ile ilgili deneyimlerine yer verilmiştir. Ebelerin yarısına yakını (%46,7) COVID-19 salgını döneminde aktif olarak rol almıştır ve %5,1’i filyasyon çalışmalarına katılmıştır. Ebelerin büyük çoğunluğu (%83,7) COVID-19 virüsü ile enfekte olmaktan ve çevresindeki insanlara bulaştırma ihtimalinden endişe duymaktadır. Ebelerin %90,2’si ekip arkadaşlarının COVID-19 virüsü ile enfekte olduğunu bildirmiş, %24,6’sı ise bakım verdiği hastanın ya da ekip arkadaşının COVID-19 virüsü sebebi ile ölümüne tanık olmuştur. Ebelerin %44,9’u COVID-19 virüsü ile enfekte olmuştur ve COVID-19 salgın sürecinde yarısından fazlası (%56,9) sosyal destek kaynaklarından uzakta kalmıştır. Ebelerin %68,8’i bulaş riski açısından çalışma arkadaşları ile aynı ortamı paylaşmaktan

korkmaktadır. Ebelerin %30,9'u COVID-19 salgını boyunca ücretsiz konaklama, ulaşım hakkı ve tavandan ek ödeme gibi imkanların herhangi birinden yararlanabilmiştir. Ebelerin yarısına yakını (%46,0) COVID-19 salgını döneminde istifa etmeyi düşünmüştür. COVID-19 salgını sürecinde ekipman erişiminde sıkıntı en çok (%18,1) filtre maskede yaşanmıştır. Bunu siperlik (%9,1), tulum önlük ve cerrahi maske (%6,5), eldiven (%3,6) takip etmiştir (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Ebelerin COVID-19 salgını dönemindeki deneyimleri.

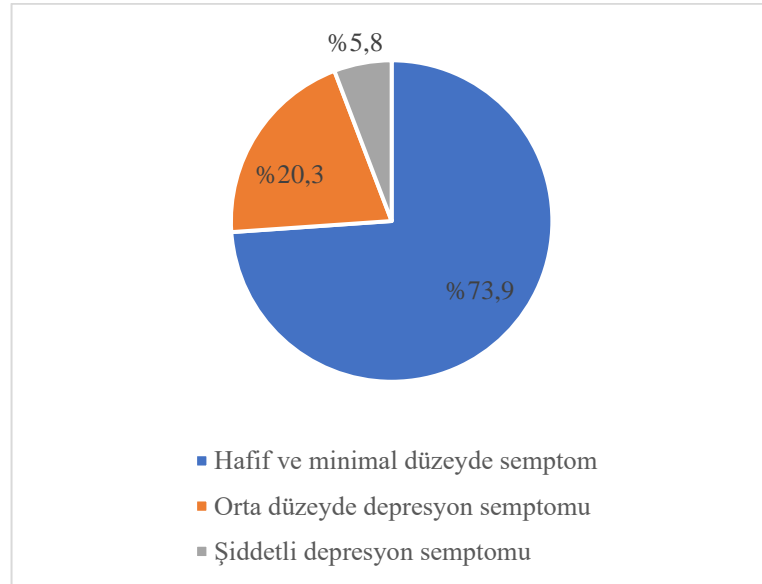
Değişken	n	%
Salgın sürecinde COVID-19 ile ilgili birimlerde (servis, yoğun bakım) aktif olarak görev aldınız mı?		
Evet	129	46,7
Hayır	147	53,3
Salgın sürecinde filyasyon çalışmaları için görevlendirildiniz mi?		
Evet	14	5,1
Hayır	262	94,9
COVID-19 virüsü taşıyıcısı olabileceğinizden ve bundan dolayı çevrenizdeki insanlara bulaştırma ihtimalinizden endişe duyuyor musunuz?		
Evet	231	83,7
Hayır	45	16,3
Çalışma arkadaşlarınızdan COVID-19 virüsü ile enfekte olan var mı?		
Evet	249	90,2
Hayır	27	9,8
Bakım verdiğiniz hastanın ya da ekip arkadaşınızın COVID-19 virüs sebebi ile ölümüne tanık oldunuz mu?		
Evet	68	24,6
Hayır	208	75,4
Siz COVID-19 virüsü ile enfekte oldunuz mu?		
Evet	124	44,9
Hayır	152	55,1
Çalışma arkadaşlarınız ile bulaş riski açısından aynı ortamı paylaşmaktan korkuyor musunuz?		
Evet	190	68,8
Hayır	86	31,2
Salgın süreci boyunca aile ve sosyal destek kaynaklarından uzakta kaldınız mı?		
Evet	157	56,9
Hayır	119	43,1
Salgın boyunca ücretsiz konaklama, ulaşım hakkı ve tavandan ek ödeme gibi imkanların herhangi birinden yararlanabildiniz mi?		
Evet	110	30,9
Hayır	166	60,1
Salgın sürecinde istifa etmeyi düşündünüz mü?		
Evet	127	46,0
Hayır	149	54,0
Salgın sürecinde aşağıda verilen ekipmanlara erişimde sıkıntı yaşadınız mı?		
Eldiven		
Evet	10	3,6
Hayır	266	96,4
Cerrahi maske		
Evet	18	6,5
Hayır	258	93,5
Filtre maske		
Evet	50	18,1
Hayır	226	81,9
Siperlik		
Evet	25	9,1
Hayır	251	90,9
Tulum önlük		
Evet	18	6,5
Hayır	258	93,5
Total	276	100,0

4.2. EBELERDE DEPRESYON SEMPTOMLARININ SIKLIĞI

Çizelge 4.7’de ebelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların sınıflaması verilmiştir. Ebelerin Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları ortalama puan $12,6\pm 9,3$ (minimum 0, maksimum 50)’tür. Beck Depresyon Ölçeği değerlendirilirken kesme noktası 17 olarak alınmaktadır. Puan aralığı 17-29 olanlar orta düzeyde depresyon, puan aralığı 30-63 olanlar ise şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. Buna göre ebelerin %20,3’ü orta düzeyde, %5,8’i şiddetli düzeyde olmak üzere toplam %26,1’i depresyon semptomları göstermektedir (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Ebelerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların sınıflaması.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)		
Puan Sınıflama	n	%
Minimal	120	43,5
Hafif	84	30,4
Orta	56	20,3
Şiddetli	16	5,8
Total	276	100,0



Şekil 4.1. Ebelerde depresyon semptomlarının sıklığı

4.3. EBELERDE DEPRESYON SEMPTOMLARI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Ebeler Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin duygusal tükenme alanından ortalama $18,4 \pm 7,1$ (minimum 1, maksimum 36) puan almıştır. Duygusal tükenme alanından alınabilecek en düşük ve en yüksek puan aralığı (0-36) dikkate alındığında ebelerin duygusal tükenme puanı orta düzey olarak değerlendirilebilir. Duyarsızlaşma puan ortalaması $6,0 \pm 4,4$ (minimum 0, maksimum 20)'tür. Bu alandan alınabilecek en düşük ve en yüksek puan aralığı 0-20'dir. Ölçeğin kişisel başarısızlık puan ortalaması ise $7,8 \pm 4,9$ (minimum 0, maksimum 21) olarak bulunmuştur. Bu alandan alınabilecek en düşük ve en yüksek puan aralığı 0-32'dir. Elde edilen puanlar tek yönlü olup skor arttıkça tükenmişlik düzeyi artmaktadır (kişisel başarısızlık puanı ters puanlanmış olup, artan puan olumsuz durumu yansıtmaktadır).

Çizelge 4.8'de Beck Depresyon Ölçeği puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı arasındaki korelasyon analizi sunulmuştur. Beck Depresyon Ölçeği ile duygusal tükenme puanı arasında ($r=0,564$, $p<0,001$), Beck Depresyon Ölçeği ile duyarsızlaşma puanı arasında ($r=0,417$, $p<0,001$), Beck Depresyon Ölçeği ile kişisel başarısızlık puanı ($r=0,224$, $p<0,001$) arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon vardır (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Beck Depresyon Ölçeği puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı arasındaki korelasyon analizi.

	$\bar{x} \pm SS$	Beck Depresyon Ölçeği		Duygusal tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel başarısızlık	
		r	p	r	p	r	p	r	p
Beck Depresyon Ölçeği	12,5±9,3	1	-	0,564	0,000	0,417	0,000	0,224	0,000
Duygusal Tükenme	18,4± 7.1	0,564	0,000	1	-	0,606	0,000	0,242	0,000
Duyarsızlaşma	5,6± 4,4	0,417	0,000	0,606	0,000	1	-	0,388	0,000
Kişisel Başarısızlık	7,8± 4,9	0,224	0,000	0,242	0,000	0,388	0,000	1	-

Çizelge 4.9'da bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bivariante logistic regresyon analizi sunulmuştur. Analiz sonucunda p değeri 0.20'den küçük olan değişkenler yaş,

gelir algısı, sigara, kronik hastalık, son bir yıl içerisinde olumsuz olay deneyimi, istihdam tipi, meslekteki süre, ebelik mesleğinden memnuniyet, çalışılmakta olan kuruluş, haftalık çalışma süresi, ücret, dinlenme odası, bir yıl içerisinde tatil yapabilme, iş güvencesi/garantisi, eldiven erişim, filtre maske erişim, COVID-19 sürecinde aktif olarak görev alma, endişe, ekip arkadaşının COVID-19 virüsü ile enfekte olması, çevredeki insanları bulaştırma açısından duyulan korku, COVID-19 salgını sürecinde destek kaynaklarından uzak kalma, istifa etme düşüncesi, duygusal tükenme, duyusuzlaşma, kişisel başarısızlıktır. Bu değişkenler multivariate logistic regresyon modeline alınmıştır (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında bivariante logistic regresyon analizi (beck depresyon ölçeği $\leq 17 = 0$; $>17=1$).

Değişken	Beta	OR	%95GA	p
Yaş	0,027	0,1	0,9-1,0	0,068
Medeni durum				
Evli (ref)		1,0		
Bekar/dul/ayrı yaşayan	0,301	1,4	0,8-2,3	0,274
Öğrenim düzeyi				
Ön lisans	0,368	1,4	0,7-2,9	0,320
Sağlık meslek lisesi/ lisans/lisansüstü (ref)		1,0		
Çocuk varlığı				
Evet (ref)		1,0		
Hayır	0,408	1,5	0,6-3,4	0,337
Hanede yaşayan kişi sayısı	0,019	1,0	0,8-1,2	0,842
Gelir algısı				
Yetmiyor	0,825	2,3	1,1-4,4	0,016
Yetiyor ve güçlükle yetiyor (ref)		1,0		
Eşin öğrenim düzeyi				
Ortaokul ve altı	0,957	2,6	0,5-12,2	0,225
Lise ve üstü (ref)		1,0		
Sigara alışkanlığı				
Evet	1,128	3,1	1,7-5,4	0,000
Hiç içmedim (ref)		1,0		
Kronik hastalık durumu				
Var	0,751	2,1	1,1-3,9	0,016
Yok (ref)		1,0		
Son 12 ayda olumsuz yaşam deneyimi				
Evet	0,642	1,2	0,9-3,9	0,084
Hayır (ref)		1,0		
Mesleği seçme nedeni				
İş bulma kolaylığı, sevdiği ve istediği için, ailesi istediği için	0,300	1,3	0,4-4,2	0,606
Diğer (ref)		1,0		
İstihdam tipi				
Sözleşmeli	0,439	1,6	0,9-2,6	0,115
Kadrolu (ref)		1,0		
Meslekte geçirilen süre(yıl)	-0,026	0,1	0,9-1,0	0,061
Meslekten memnuniyet				
Memnunum (ref)		1,0		
Memnun değilim	0,964	2,6	1,5-4,5	0,001

Çizelge 4.9. (devam ediyor).

Değişken	Beta	OR	%95GA	p
Çalıştığı kuruluş				
Eğitim ve araştırma hastanesi	0,637	1,9	0,9-3,7	0,063
Genel-Entegre Hastane (ref)		1,0		
Haftalık çalışma süresi	0,029	1,0	1,0-1,0	0,035
Ortalama hasta sayısı	0,000	1,0	0,9-1,0	0,837
Çalışmanız karşılığında hakettiğiniz ücreti aldığınızı düşünüyor musunuz?				
Evet (ref)		1,0		
Hayır	-2,565	0,0	1,1-22,114	0,000
Çalıştığınız bölümde ebe sayısının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?				
Evet (ref)		1,0		
Hayır	0,134	1,1	0,6-1,9	0,635
Çalıştığınız yerde dinlenme odası var mı?				
Evet (ref)		1,0		
Hayır	0,692	1,9	0,9-4,1	0,064
Bir yıl içerisinde tatil (gezi/dinlenme amaçlı seyahat) yapabiliyor musunuz?				
Evet (ref)		1,0		
Hayır	1,207	3,3	1,9-5,8	0,000
İş güvenceniz/garantiniz olduğunu düşünüyor musunuz?				
Evet (ref)		1,0		
Hayır	-1,324	0,3	0,9-2,9	0,000
Çalışma şekli				
Yalnız mesai (ref)		1,0		
Mesai ve nöbet	0,195	1,2	0,6-2,2	0,519
Aylık nöbet sayısı	0,080	1,0	0,9-1,2	0,246
Fazla mesai ile çalışma durumu	0,108	1,1	0,6-1,9	0,708
COVID-19 salgını sürecinde eldiven erişiminde sıkıntı yaşadınız mı?				
Evet	1,089	2,9	0,8-10,5	0,093
Hayır (ref)		1,0		
COVID-19 salgını sürecinde cerrahi maske erişiminde sıkıntı yaşadınız mı?				
Evet	0,886	2,4	0,9-6,4	0,740
Hayır (ref)		1,0		
COVID-19 salgını sürecinde filtre özellikli maske (N95, FFP2 vb.) erişiminde sıkıntı yaşadınız mı?				
Evet	0,802	2,2	1,1-4,2	0,015
Hayır (ref)		1,0		
COVID-19 salgını sürecinde siperlik/gözlük erişiminde sıkıntı yaşadınız mı?				
Evet	0,518	1,7	0,7-3,9	0,241
Hayır (ref)		1,0		
Salgın sürecinde COVID-19 ile ilgili birimlerde aktif olarak (servis, yoğun bakım) görev aldınız mı?				
Evet	0,479	1,6	0,9-2,7	0,082
Hayır (ref)		1,0		

Çizelge 4.9. (devam ediyor).

Değişken	Beta	OR	%95GA	p
Salgın sürecinde filyasyon çalışmaları için görevlendirildiniz mi?				
Evet	0,481	1,6	0,5-4,9	0,404
Hayır (ref)		1,0		
COVID-19 virüsü taşıyıcısı olabileceğinizden ve bundan dolayı çevrenizdeki insanlara bulaştırma ihtimalinizden endişe duyuyor musunuz?				
Evet	1,453	4,2	1,4-12,4	0,007
Hayır (ref)		1,0		
Çalışma arkadaşlarınızdan COVID-19 virüsü ile enfekte olan var mı?				
Evet	0,770	2,1	0,7-6,4	0,169
Hayır (ref)		1,0		
Siz COVID-19 virüsü ile enfekte oldunuz mu?				
Evet	0,276	1,3	0,7-2,2	0,315
Hayır (ref)		1,0		
Evet ise karantinada kaldığınız süreçte maaşınız eksiksiz bir şekilde hesabınıza yatırıldı mı?				
Evet	0,098	0,9	0,4-1,9	0,806
Hayır (ref)		1,0		
Çalışma arkadaşlarınız ile bulaş riski açısından aynı ortamı paylaşmaktan korkuyor musunuz?				
Evet	0,707	2,0	1,0-3,8	0,030
Hayır (ref)		1,0		
COVID-19 salgın süreci boyunca aile ve sosyal destek kaynaklarından uzakta kaldınız mı?				
Evet	1,272	3,5	1,9-6,6	0,000
Hayır (ref)		1,0		
COVID-19 salgın süreci boyunca ücretsiz konaklama, ulaşım hakkı ve tavandan ek ödeme gibi fırsatların herhangi birinden yararlanabildiniz mi?				
Evet (ref)		1,0		
Hayır	0,024	0,9	0,5-1,6	0,932
COVID-19 salgın sürecinde istifa etmeyi düşündünüz mü?				
Evet	1,464	0,2	1,3-3,9	0,000
Hayır (ref)		1,0		
Tükenmişlik düzeyi				
Duygusal Tükenme	0,204	1,2	1,1-1,3	0,000
Duyasızlaşma	0,189	1,2	1,1-1,3	0,000
Kişisel Başarı	0,082	1,0	1,0-1,1	0,003

Çizelge 4.10'da bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki multivariate logistic regresyon analizi sunulmuştur. Araştırmada, sigara kullanan ebelerde depresyon semptomlarının görülme olasılığı 3,7 kat (%95GA= 0,7-6,2), duygusal tükenme puanı arttıkça depresyon semptomlarının görülme olasılığı 1,2 kat (%95GA= 1,1-1,3), kişisel başarısızlık puanı arttıkça depresyon semptomlarının görülme olasılığı 1,1 (%95GA= 1,0-1,2) kat artmaktadır (Çizelge 4.10)

Çizelge 4.10. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında multivariate logistic regresyon analizi.

Değişken	Beta	OR	%95GA	p
Yaş	0,630	1,1	0,9-1,3	0,509
Gelir				
Yetmiyor	0,742	2,1	0,7-6,2	0,178
Yetiyor ve güçlükle yetiyor (ref)		1,0		
Sigara alışkanlığı				
Evet	1,297	3,7	1,6-8,5	0,003
Hiç içmedim (ref)		1,0		
Kronik hastalık durumu				
Var	0,797	2,2	0,8-5,9	0,109
Yok (ref)		1,0		
İstihdam tipi				
Sözleşmeli	0,228	0,8	0,2-2,5	0,701
Kadrolu (ref)		1,0		
Meslekte geçen süre	0,072	0,9	0,8-1,1	0,426
Meslekten memnuniyet				
Memnunum (ref)		1,0		
Memnun değilim	0,348	1,4	0,6-3,3	0,422
Çalıştığı kuruluş				
Eğitim ve araştırma hastanesi	0,511	1,7	0,6-4,6	0,324
Genel-entegre hastane (ref)		1,0		
Haftalık çalışma süresi	0,029	1,0	1,0-1,0	0,035
Çalışması karşılığında hakettiği ücreti aldığını düşünme		1,0		
Evet (ref)				
Hayır	0,571	1,8	0,3-9,7	0,512
Çalıştığı yerde dinlenme odası varlığı				
Evet (ref)		1,0		
Hayır	0,356	0,7	0,2-2,1	0,521
İş güvencesi/garantisi olduğunu düşünme				
Evet (ref)		1,0		
Hayır	0,080	0,9	0,4-2,1	0,849
COVID-19 salgın sürecinde aktif olarak görev alma				
Evet	0,753	0,5	0,2-1,2	0,112
Hayır (ref)		1,0		
COVID-19 virüsü taşıyıcısı olmaktan ve insanlara bulaştırma ihtimalinden endişe duyma				
Evet	0,625	1,9	0,4-7,8	0,390
Hayır (ref)		1,0		
Çalışma arkadaşlarımız ile bulaş riski açısından aynı ortamı paylaşmaktan korkma				
Evet	0,206	0,8	0,3-2,2	0,690
Hayır (ref)		1,0		
Salgın sürecinde aile ve sosyal destek kaynaklarından uzakta kalma durumu				
Evet	0,661	1,9	0,8-4,9	0,161
Hayır (ref)		1,0		
Salgın sürecinde istifa etme düşüncesi				
Evet	0,227	1,3	0,6-2,8	0,584
Hayır (ref)		1,0		
Duygusal Tükenme	0,187	1,2	1,1-1,3	0,000
Duyasızlaşma	0,029	1,0	0,9-1,1	0,582
Kişisel Başarı	0,093	1,1	1,0-1,2	0,031
COVID-19 salgını sürecinde eldiven erişiminde sıkıntı yaşama				
Evet	0,400	1,5	0,2-11,6	0,703
Hayır (ref)		1,0		
COVID-19 salgını sürecinde filtre özellikli (N95, FFP2 vb.) maske erişiminde sıkıntı yaşama				
Evet	1,014	0,4	0,1-1,0	0,058
Hayır (ref)		1,0		

Nagelkerke R Square 0,536

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Sakarya’da kamu ve özel hastanede görev yapan ebelerde depresyon semptomlarının sıklığının ve ilişkili faktörlerinin belirlenmesi amacıyla 276 ebe ile yapılan bu çalışmada, ebelerin %20,3’ü orta düzeyde, %5,8’i şiddetli düzeyde olmak üzere toplam %26,1’i depresyon semptomları göstermektedir. Çalışmada ebelerde depresyon semptomlarının görülme olasılığını sigara kullanımı 3,7 kat (%95GA= 0,7-6,2), artan duygusal tükenme puanı 1,2 kat (%95GA= 1,1-1,3), artan kişisel başarısızlık puanı 1,1 kat (%95GA= 1,0-1,2) artmaktadır.

Bu çalışmada ebelerin büyük çoğunluğu (%43,8) 22-31 yaş aralığında, evli (%56,9) ve lisans ve lisans üstü mezundur (%78,3). Ebelerin %26,8’inin eşi devlet memuru olarak görev yapmaktadır ve %56,5’i en az bir çocuk sahibidir. Yaklaşık olarak her beş ebeden birisi (%21,0) yalnız yaşamaktadır. Ebelerin %44,2’si aylık gelirlerinin geçimini sağlamaya yettiğini, %55,8’i güçlüğüle yettiğini ve yetmediğini bildirmiştir. Taycan ve ark.’nın (2006) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan 561 hemşire ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %27’si 35-39 yaş aralığında, %53’ü ön lisans mezunu, %56’sı evli, %53’ü çocuk sahibidir. Hemşirelerin %60’ı aylık gelirinin harcamalarına kısmen yettiğini ve %63’ünün ailesiyle birlikte yaşadığı bildirilmiştir (Taycan vd, 2006). Yüksel ve Özgür’ün (2008) Balıkesir ilinde hastanede çalışan 106 hemşire ile yaptığı çalışmada hemşirelerin %46’sı 22-31 yaş aralığında, %70’i ön lisans mezunu, %82’si evli, %77’si en az bir çocuk sahibi, %94’ü ailesiyle birlikte yaşamakta ve %63’ü gelirinin giderine denk olduğunu bildirmektedir (Yüksel ve Özgür, 2008). Akyüz’ün (2015) Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan 82 hemşire ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %33’ü 18-24 yaş aralığında, %59’u lisans ve lisansüstü mezunu, %51’i bekar, %90’ı en az bir çocuk sahibi ve %81’i aylık gelirinin kısmen yettiğini bildirmiştir (Akyüz, 2015). Akan’ın (2021) Tekirdağ ilindeki hastanelerde çalışan ebeler ile yaptığı çalışmada ebelerin (n=107)

%45'inin 40 yaş ve üzeri, %70'inin evli, %70'inin lisans ve yüksek lisans mezunu, %46,7'sinin iki ve üzeri çocuk sahibi, olduğu saptanmıştır (Akan, 2021). Çolak'ın (2021) COVID-19 salgını döneminde sağlık personelleri ile yaptığı araştırmada (n=202), katılımcıların %49'u 26-35 yaş aralığında, %52'si lisans mezunu, %52'si evli, %56'sı çocuğu olmadığını, %15'i yalnız yaşadığını bildirmiştir (Çolak, 2021). Sağlık çalışanlarının psikososyal durumunu inceleyen araştırmalar ile bu çalışma kapsamındaki ebelerin biyodemografik özellikleri arasında belirgin farklılık olmadığı görülmektedir.

Bu çalışmada ebelerin %57,3'ü bir haftalık çalışma saatinin 40 saatin üzerinde olduğunu bildirmiştir. Muşlu ve ark.'nın (2012) Trabzon il merkezinde Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan 100 hemşire ile yaptığı araştırmada, eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin (n=50) %56'sı bir haftada 40 saat ve üzerinde çalıştığını bildirirken birinci basamakta çalışan hemşirelerin (n=50) sadece %10'u bir haftada 40 saatin üzerinde çalıştığını bildirmiştir (Muşlu vd, 2012). Yine Trabzon ilinde Akyüz (2015) tarafından Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 82 hemşire ile yapılan araştırmada hemşirelerin %73'ü; Taycan ve ark.'nın (2006) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 561 hemşire ile yaptığı araştırmada hemşirelerin %91'i haftada ortalama 40 saat çalıştığını belirtmiştir. Bu çalışmanın veri toplama süreci COVID-19 salgını döneminin ilk zamanlarını içerdiği için çalışma saatleri diğer araştırmalardan yüksek bulunmuş olabilir. Özülkü'nün (2021) yaptığı araştırmada sağlık personelinin (n=200) %96'sı COVID-19 salgın döneminde çalışma saatlerinin arttığını bildirmiş olup çalışmamızı destekler niteliktedir (Özülkü, 2021).

Bu çalışmada ebelerin meslekte çalıştığı süre 1-9 yıl arası olanlar %43,8, 20 yıl ve üstü olanlar %33'lük kısmı oluşturmaktadır. Aynı zamanda ebelerin %40,9'u ebe olarak çalışmaktan memnun değildir. Muşlu ve ark.'nın (2012) Trabzon il merkezinde Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan 100 hemşire ile yaptığı araştırmada hemşirelerin çoğunluğu (%54) 6-17 yıl arasında bu mesleği yaptığını ve %50'si hemşire olarak çalışmaktan memnun olmadığını bildirmiştir (Muşlu vd, 2012). Akyüz'ün (2015) Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 82 hemşire ile yaptığı araştırmada %58'inin hemşire

olarak çalışmaktan kısmen memnun olduğunu; Yüksel ve Özgür'ün (2008) Balıkesir ilinde hastanede yaptığı araştırmada hemşirelerin (n=106) % 29'unun 11-15 yıldır bu mesleği yaptığı ve %48'inin hemşire olarak çalışmaktan kısmen memnun olduğunu; Taycan ve ark.'nın (2006) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 561 hemşire ile yaptığı araştırmada hemşirelerin %31'inin 12-17 yıldır bu meslekte olduğunu, %51'inin iş yaşamından kısmen memnun olduğunu bildirmiştir (Akyüz, 2015; Yüksel ve Özgür, 2008; Taycan vd, 2006). Çolak'ın (2021) Türkiye genelinde yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarının (n=202) %71'inin 1-10 yıl arası meslekte olduğu görülmüştür (Çolak, 2021)

Çalışmada ebelerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları $12,60 \pm 9,30$ olarak bulunmuştur. Ülkemizde sağlık çalışanlarında Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak gerçekleştirilen araştırmalarda sağlık çalışanlarının Beck Depresyon Ölçeği'nden ortalama 8-32 puan aldıkları bulunmuştur (Yüksel ve Özgür, 2008; Muşlu vd, 2012; Yakın, 2014; Bulut, 2015; Akyüz, 2015; Taycan vd, 2015; Didişen vd, 2015; Softa vd, 2016; Elgin 2017; Çolak, 2021; Avcı ve Yağcı, 2021; Özülkü, 2021). Çolak'ın (2021) ve Özülkü'nün (2021) yaptığı araştırmalar ve bu çalışma, diğer araştırmalardan farklı olarak COVID-19 salgın sürecini içermektedir. Bundan dolayı Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları bu çalışma ile benzerlik göstermiş olup katılımcıların orta düzeyde depresyon yaşadığı görülmektedir. Sahebi ve ark. (2021) tarafından gerçekleştirilen meta-analiz çalışmasında COVID-19 salgın sürecinde her dört sağlık çalışanından birinin (%25) anksiyete ve depresyon yaşadığı bildirilmiştir (Sahebi vd, 2021). Başka bir meta-analiz çalışmasında 35 ülkeden 169 157 sağlık çalışanı arasında depresyon sıklığının %18-36 arasında değiştiği bulunmuştur (Fernandez vd, 2021). Martin ve ark. (1997) Fransa'da sağlık profesyonelleri ile yaptığı araştırmada depresyon semptomlarının sıklığı %17 bulunmuştur (Martin vd, 1997). Bu çalışmada da yaklaşık her dört ebeden birinde (%26,1) depresyon semptomları görülmektedir ve bu bulgu ebelerin psikososyal sağlığı açısından kaygı vericidir.

Bu çalışmada ebelerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nden aldıkları ortalama puanlar duygusal tükenme alt boyutundan $18,39 \pm 7,08$, duyarsızlaşma alt boyutundan $6,00 \pm 4,43$, kişisel başarı alt boyutundan $7,75 \pm 4,93$ olarak bulunmuştur. Çalışmada kişisel başarı alt boyutu ters puanlanmış olup alınan puan arttıkça tükenmişlik

artmaktadır. Akan'ın (2021) Tekirdağ ilindeki hastanelerde çalışan ebeler ile yaptığı araştırmada ebeler (n=107) tükenmişliğin duygusal tükenme alt boyutundan 16 ± 8 , duyarsızlaşma alt boyutundan 5 ± 6 , kişisel başarı alt boyutundan 24 ± 5 puana sahiptir (Akan, 2021). Akyüz'ün (2015) Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 82 hemşire ile yaptığı araştırmada hemşireler tükenmişliğin duygusal tükenme alt boyutundan 20 ± 7 , duyarsızlaşma alt boyutundan 13 ± 4 , kişisel başarı alt boyutundan 28 ± 5 puana sahiptir. Akalın ve Modanlıoğlu'nun (2021) COVID-19 salgını sürecinde yoğun bakımda çalışan sağlık profesyonellerinin (n=122) tükenmişlik düzeylerini değerlendirdiği araştırmada, sağlık çalışanları duygusal tükenme alt boyutundan 19 ± 9 , duyarsızlaşma alt boyutundan 6 ± 5 ve kişisel başarı alt boyutundan 21 ± 6 puan aldığı bildirilmiştir (Akalın ve Modanlıoğlu, 2021). COVID-19 salgın döneminde yoğun bakım çalışanlarının daha fazla risk faktörü ile karşı karşıya kaldığından ve bu süreçte iş yüklerinin, çalışma saatlerinin artmasından kaynaklı puanlar bu çalışmadan daha yüksek çıkmış olabilir. Taycan ve ark.'nın (2006) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 561 hemşire ile yaptığı araştırmada hemşirelerin duygusal tükenme puanı 14 ± 7 , duyarsızlaşma puanı 3 ± 3 ve kişisel başarı puanı 21 ± 7 olarak bulunmuştur (Taycan vd, 2006). Aras'ın (2006) İstanbul'da birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hemşire ve ebeleri (n=186) kapsayan araştırmasında ebeler (n= 87), duygusal tükenme alt boyutundan 3 ± 1 , duyarsızlaşma alt boyutundan 1 ± 1 , kişisel başarı alt boyutundan 4 ± 1 puana sahiptir ve hemşireler ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Aras, 2006). Günüşen ve Üstün'ün (2008) hemşireler (n=147) ile yaptığı araştırmada tükenmişlik alt boyutlarından aldıkları puanlar duygusal tükenme için 19 ± 7 , duyarsızlaşma için 5 ± 4 , kişisel başarı için 21 ± 4 şeklindedir (Günüşen ve Üstün, 2008). Elçioğlu'nun (2021) İstanbul'da acil serviste görev yapan hemşireler (n=68) ile yaptığı araştırmada hemşirelerin duygusal tükenmişlik alt boyutundan 22 ± 8 , duyarsızlaşma alt boyutundan 10 ± 4 , kişisel başarısızlık alt boyutundan 19 ± 4 puan aldıkları bildirilmiştir (Elçioğlu, 2021). Duran'ın (2022) Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde aktif olarak çalışan hekim, hemşire ve sağlık personeli olarak görevli 379 katılımcı ile yaptığı araştırmada duygusal tükenme alt boyutundan 26 ± 8 , duyarsızlaşma alt boyutundan 12 ± 4 , kişisel başarı alt boyutundan 27 ± 6 puan aldıkları bulunmuştur (Duran, 2022). Helvacı ve Turhan'ın (2013) Silifke'de bulunan 112 Acil Yardım İstasyonları, Aile Sağlık Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve

Özel Sağlık Merkezlerinde çalışan doktor, hemşire, ebe, paramedik ve acil tıp teknisyenleri (n=133) ile yaptığı araştırmada, tükenmişliğin duygusal tükenme alt boyutu 18 ± 8 , duyarsızlaşma alt boyutu 6 ± 4 , kişisel başarı alt boyutu 20 ± 5 puan olarak bulunmuştur (Helvacı ve Turhan, 2013). Çalışmanın veri toplama aşaması COVID-19 salgın döneminin ilk zamanlarını içerdiği için düzensiz ve belirsiz çalışma saatleri, COVID-19 virüsü ile enfekte olma ve aile bireylerine bulaştırma endişesi, arkadaşları ile aynı ortamı paylaşmaktan korkma ve aileden uzakta kalma gibi nedenlerden dolayı COVID-19 salgın döneminde yapılan sağlık çalışanlarını kapsayan araştırmalarda depresyon semptomlarının sıklığında ve tükenmişlik düzeylerinde buna bağlı artış görülmüş olabilir.

Çalışmada ebelerin, %32,2'si sigara kullanmaktadır. Sigara kullananların yarıdan fazlası (%58,4) en az 10 yıldır sigara alışkanlığına sahiptir ve %24,7'si bir günde 10-14 adet sigara tüketmektedir. Buna bağlı olarak ebelerde depresyon semptomlarının görülme olasılığını sigara kullanımının 3,7 kat arttırdığı saptanmıştır. Muşlu ve ark.'nın (2012) Trabzon il merkezinde Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan 100 hemşire ile yaptığı araştırmada üzerinde yaptığı araştırmada her iki grubun çoğunluğu (%60) hiç sigara kullanmıyordu (Muşlu vd, 2012). Duran'ın (2022) Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde aktif olarak çalışan hekim, hemşire ve sağlık personeli olarak görevli 379 katılımcı ile yaptığı araştırmada katılımcıların %39'u sigara kullandıklarını ve %33'ü salgın süresince sigara kullanımında artış olduğunu belirtmiştir (Duran, 2022). Şahin ve ark.'nın (2015) düzenli sigara içen 181 ve sigara içmeyen 107 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırmada nikotin bağımlılık seviyesinin; anksiyete ve depresyon puanları ile pozitif ($r=0,201, 0,278$) yönde korelasyon bulunmuştur (Şahin vd, 2015). John ve ark.'nın (2004) 18-64 yaş aralığında 4075 kişi arasında yapılan ve 2453 sigara alışkanlığı olan kişilerin üç yıl boyunca izlendiği toplum tabanlı araştırmada 320 kişinin depresyon tanısı aldığı saptanmıştır (John vd, 2004). McClave ve ark.'nın (2009) %55,5'inin erkek, %44,5'inin kadın olduğu sigara bağımlıları ile yaptıkları araştırmada, %20,3'nün yaşam boyu depresyon, %14,9'nun yaşam boyu anksiyete deneyimlediği ve %10,1'inin hem depresyonu hem de anksiyeteyi bir arada yaşadıkları bulunmuştur (McClave vd, 2009). Türkili ve ark.'nın (2022) sadece hekim, hemşire, ebe, diş hekimi ve eczacılardan oluşan sağlık

çalışanlarında (n=618) Hastalık Sağlık Anketi-4 kullanarak yaptığı araştırmada sigara kullanımını olan sağlık çalışanlarında, daha yüksek anksiyete (%61) ve depresyon (%64) bulunmuştur (Türkili, 2022). Sigara içme durumu ve depresyon sıklığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde okuyan birinci ve ikinci sınıftaki öğrenciler (n=331) ile yapılan araştırmada sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla depresyon değeri yüksek bulunmuştur ($p>0,05$) (Marakoğlu vd, 2006). Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran 2119 katılımcı ile yapılan araştırmada nikotin bağımlılığı arttıkça depresyon düzeylerinin anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ($p<0,001$) (Velioğlu ve Sönmez, 2018). Dokuz Eylül Üniversitesi'nde okuyan kız öğrencilerinde (n=618) depresyon prevalansı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmada sigara kullanan öğrencilerde Beck Depresyon Ölçeği puanı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$) (Açıkgöz vd, 2018). Katılımcı sayısının 60814 olduğu genel popülasyonu içeren bir araştırmada, halen sigara içmekte olan bireylerde, sigarayı bırakmış veya hiç içmemiş olanlara kıyasla anksiyete ve depresyonun daha sık olduğu gösterilmiştir (Mykletun vd, 2008). Genel toplumda, depresyon tanısı almış 15 yaş üstündeki kişiler arasında sigara içme sıklığı, depresyonda olmayanlardan iki kat fazla bulunmuştur (Lasser vd, 2000). Yargıç ve Baykan'ın (2013) yaptığı derlemede erişkinlerde nikotin bağımlısı olanların son bir yıl içinde majör depresyon geçirmiş olma sıklığının nikotin bağımlısı olmayanlardan iki kat fazla (%13,8'e karşı %6) olduğunu belirtmiştir (Yargıç ve Baykan, 2013). Yapılan araştırmalar, sigara ve depresyon arasındaki ilişki açısından çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada duygusal tükenme puanı arttıkça depresyon semptomlarının görülme olasılığı 1,2 kat (%95GA= 1,1-1,3) artmaktadır. Buğdaycı ve ark.'nın (2007) pratistler ve uzman hekimler (n=455) üzerinde yaptığı araştırmada duygusal tükenme puanı ($r=0,4$, $p=0,000$) arttıkça depresyon puanları da artmaktaydı (Buğdaycı vd, 2007). Çolak'ın (2021) COVID-19 salgını döneminde tüm sağlık personelleri ile yaptığı araştırmada (n=202) Beck Depresyon Ölçeği ile duygusal tükenme arasında da pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiş olup depresyon puanı arttıkça katılımcıların yaşadığı duygusal tükenme puanı da artmaktadır (Çolak, 2021). Koç'un (2019) Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan 304 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırmada Beck Depresyon Ölçeği ile duygusal tükenme arasında pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon

tespit edilmiştir (Koç, 2019). Taycan ve ark.'nın (2006) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 561 hemşire ile yaptığı araştırmada Beck Depresyon Ölçeği puanları ile duygusal tükenme ($r=0,343$) puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır (Taycan vd, 2006). Ünal Yılmaz'ın (2014) özel ve kamu hastalarında görev alan sağlık çalışanlarında ($n=200$) yaptığı araştırmada Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasında düşük bir korelasyon ($0,37$) elde edilmiştir (Ünal Yılmaz, 2014). Arpacıoğlu ve ark.'nın (2021) COVID-19 salgın sürecinde görev alan tüm sağlık çalışanları ($n=371$) ile Hastalık Sağlık Anketi-4 kullanarak yaptıkları araştırmada tükenmişlik arttıkça depresyonun da arttığı yani aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmiştir (Arpacıoğlu vd, 2021). Tunçel ve ark.'nın (2014) yaptığı araştırmada yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ($n=35$) depresyonu ile duygusal tükenmeleri arasında ($r=0,71$, $p=0,001$) kuvvetli ilişki bulunmuştur (Tunçel vd, 2014). Özülkü'nün (2021) İstanbul'da yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarında ($n=200$) tükenmişlik düzeyi arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır (Özülkü, 2021). Türkiye'de radyasyon onkolojisi kliniklerinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerde ($n=78$) Beck Depresyon Ölçeği puanı ile duygusal tükenme arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ($r=0,40$, $p=0,006$) korelasyon saptanmıştır (Aktürk vd, 2015). Lai ve ark.'nın (2020) Çin'de COVID-19 tedavisinde görev alan 257 sağlık çalışanı ile yürüttüğü bir çalışmada da sağlık çalışanlarında tükenmişlik düzeyi arttıkça depresyonun da arttığı bulunmuştur (Lai vd, 2020).

Çalışmada kişisel başarısızlık puanı arttıkça depresyon semptomlarının görülme olasılığı $1,1$ (%95GA= $1,0-1,2$) kat artmaktadır. Taycan ve ark.'nın (2006) yaptığı araştırmada hemşirelerin ($n=561$) Beck Depresyon Ölçeği puanları ile kişisel başarı puanları arasında ($r=-0,151$) ters yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Taycan vd, 2006). Buğdaycı ve ark.'nın (2007) pratisten ve uzman hekimler ($n=455$) üzerinde yaptığı araştırmada hekimlerin kişisel başarı puanları arttıkça ($r=-0,33$, $p=0,000$) depresyon puanları azalmaktaydı (Buğdaycı vd, 2007). Koç'un (2019) Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan 304 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırmada depresyon ile kişisel başarı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Koç, 2019). Özülkü'nün (2021) İstanbul'da yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarında ($n=200$) tükenmişliğin kişisel başarı alt boyutu ile depresyon arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (Özülkü, 2021). Sağlık çalışanlarında kişisel başarı puanı

arttıkça depresyonun azaldığı görülmektedir. Yapılan araştırmalarda Beck Depresyon Ölçeği ile kişisel başarı arasında negatif yönde ilişki bulunmasının sebebi kişisel başarı alt boyutunun tek yönlü puanlanmasından kaynaklanmış olabilir. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) sağlık alışanlarında (n=311) yapmış olduğu araştırmada korelasyon analizi sonucunda sağlık alışanlarının Beck Depresyon Ölçeği ile kişisel başarısızlık arasında pozitif yönde zayıf ilişki ($p<0.001$) bulunmuştur (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) araştırmasında kişisel başarısızlık alt boyutu bu çalışmadaki gibi ters puanlandığından pozitif yönde ilişki bulunmuş olup bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Kişisel başarısızlık alt boyutunun Beck Depresyon Ölçeği ile arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon olması kişisel başarı alt boyutunun ters puanlanmasından kaynaklanmış olabilir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmadan elde edilen başlıca sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

1. Ebelerin yaş ortalaması $34,92 \pm 9,60$ olup büyük çoğunluğu evli (%56,9), %78,3'ü en az lisans mezunu, %56,5'i en az bir çocuk sahibidir.
2. Yaklaşık olarak her beş ebeden birisinin (%21,7) tanısı konulmuş kronik bir hastalığı vardır. Ebelerin %32,2'si sigara kullanmakta ve sigara kullananların yarısından fazlası (%58,4) en az 10 yıldır sigara alışkanlığına sahiptir.
3. Ebelerin %41,3'ünün iş bulma kolaylığından dolayı ebelik mesleğini tercih ettiği, yaklaşık üçte ikisinin (%62,0) 657 sayılı yasa 4/A maddesine göre istihdam edildiği, %40,9'unun ebe olarak çalışmaktan memnun olmadığı bildirilmiş olup memnun olmama nedenlerinin başında aşırı iş yükü (%28,3) ve çalışma koşullarının ağır olması (%23,9) gelmektedir.
4. Ebelerin %57,3'ünün bir haftalık çalışma saatinin 40 saatin üzerinde olduğu, %64,9'unun çalışması gereken aylık mesai saatinden fazla çalıştığı, %33'ünün 20 yıl ve daha fazla süredir çalıştığı ve çoğunluğunun (%73,6) eğitim ve araştırma hastanesinde hizmet verdiği bulunmuştur.
5. Ebelerin %44,9'u COVID-19 virüsü ile enfekte olduğunu, ebelerin yarısına yakını (%46) COVID-19 salgını döneminde istifa etmeyi düşündüğünü bildirmiştir. Salgın döneminde koruyucu ekipmanlara erişimde sorunlar olduğu saptanmıştır.

6. Ebelerin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldığı ortalama puan $12,6 \pm 9,3$ (minimum 0, maksimum 50)'tür. Ebelerin %20,3'ü orta düzeyde, %5,8'i şiddetli düzeyde olmak üzere toplam %26,1'i depresyon semptomları göstermektedir.
7. Ebeler Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin duygusal tükenme alt boyutundan ortalama $18,39 \pm 7,0$, duyarsızlaşma alt boyutundan ortalama $6,00 \pm 4,43$, kişisel başarısızlık alt boyutundan $7,75 \pm 4,93$ puan almıştır.
8. Beck Depresyon Ölçeği puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı arasındaki korelasyon analizinde Beck Depresyon Ölçeği ile duygusal tükenme puanı arasında ($r=0,564$, $p<0,001$), duyarsızlaşma puanı arasında ($r=0,417$, $p<0,001$) ve kişisel başarısızlık puanı ($r=0,224$, $p<0,001$) arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0$).
9. Ebelerde depresyon semptomlarının görülme olasılığını sigara kullanımı 3,7 kat (%95GA= 0,7-6,2), artan duygusal tükenme puanı 1,2 kat (%95GA= 1,1-1,3), artan kişisel başarısızlık puanı 1,1 kat (%95GA= 1,0-1,2) artmaktadır.

6.2. ÖNERİLER

1. Tükenmişlik düzeylerinin yüksek olması depresyon semptomlarının sıklığını arttıran önemli bir değişkendir. Bundan dolayı ebelerde tükenmişliğe neden olabilecek psikososyal risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik planlar yapılmalıdır.
2. Ebelerin olumsuz çalışma koşulları düzeltilmeli, özlük hakları iyileştirilmeli, iş yükleri azaltılmalı, personel yetersizliği giderilmeli, tatil ve sosyal etkinlik olanakları sağlanmalı, gösterilen başarılar desteklenmeli, hizmet içi eğitimler düzenlenmeli, ödüllendirme yapılarak çalışanların motivasyonları artırılmalı ve ücret konusunda düzenlemeler yapılmalıdır.

3. Ruhsal sađlđın değerlendirildiği dđzenli izlem programları uygulanmalı, depresyon erken dđnemde saptanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.
4. Hastane içerisinde sağlık çalışanlarına yđnelik sigara bırakma danışma merkezleri kurulmalı, sigara alışkanlığı olan ebelere yđnelik koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir.
5. Araştırma bulgularının yalnızca Sakarya'da hastanede çalışan ebeleri temsil ettiği göz önüne alındığında Türkiye'deki ebeleri kapsayan ülkeye genellenebilecek kapsamlı araştırmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Aba, M., “Covid-19 Salgını’nda Görev Alan Sağlık Çalışanlarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Depresif Belirtiler ve Tükenmişlik Belirtilerinin Yordayıcısı Olarak Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Algılanan Tehdit Boyutu ve Duygusal Emek Değişkenlerinin Rolünün İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, (Danışman: Doç. Dr. Sedat Işıklı), Ankara (2022).

Acar, S., “Eşik Altı Depresyon Belirtilerinin Klinik ve Bilişsel Yordayıcıları”, Yüksek Lisans Tezi, *Üsküdar Üniversitesi*, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Cumhuriyet Taş), (2019).

Açıkgöz, A., Ayfer, D. A. Y. I., Binbay, T., “Üniversitede okuyan kız öğrencilerde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler”, *Çukurova Medical Journal*, 43(1), 131-140 (2018).

Akalın, B., Modanlıoğlu, A., “COVID-19 Sürecinde Yoğun Bakımda Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Duygu-Durum ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, *Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.*, 2021; 12(2): 346-352 (2021).

Akan, A., “Tekirdağ İli ve İlçelerinde Çalışan Ebelerin Tükenmişlik Düzeyleri ile Profesyonel Değerleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü*, Ebelik Anabilim Dalı, (Danışman: Doç. Dr. Nuran Gençtürk), İstanbul (2021).

Aktürk, N., Akman, F., Ellidokuz, H., & Kinay, A. M., “Türkiye’de radyasyon onkolojisi anabilim dalında çalışmakta olan araştırma görevlisi hekimlerde tükenmişlik ve depresyon düzeyleri ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 30(3), 109-117 (2015).

Akyüz, İ., “Hemşirelerin Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin Çalışma Koşulları ve Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi”, Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Birimi, Trabzon. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, Cilt 3, Sayı 1, 21-34 (2015).

Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães, L., Araújo, M. J., Aquino, E., James, S. A., & Kawachi, I., “Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class”, *Social science & medicine*, 59(7), 1339-1353 (2004).

Aras, Z., “Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Durumları”, Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri*

Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Ayşe Yıldız), İstanbul (2006).

Argın E.C., Dursun G. K., “Depresyon”, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Kitabı, Editör Uzm. Hemşire Öğr. Gör. Sevim Dursun, İstanbul, syf 147 (2012).

Arpacıoğlu, M.S., Baltacı, Z., Ünübol, B., “Burnout, fear of Covid, depression, occupational satisfaction levels and related factors in healthcare professionals in the COVID-19 pandemi”, *Cukurova Medical Journal*, 2021;46(1):88-100 (2021).

Avcı, S., Yağcı İ., “COVID-19 Pandemisi Döneminde Acil Servis Çalışanlarının Psikolojik Durumları”, *Bozok Tıp Dergisi*, 2021;11(1):49-55 (2021).

Bay, F., Ataş, A., “2020 Uluslararası Ebelik ve Hemşirelik Yılı: COVID-19’un Gölgesinde Ebelik Mesleği”, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2021; 6(1): 49-53 (2021).

Beck, A.T., Wart C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., “An inventory for measuring depression”, *Arch Gen Psychiatry*, 1961;4(6):561-71 (1961).

Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., Çam, B., Deveci, A., Kadri Gültekin, B., Şar, V., Taycan, O., Ulaş, H., “Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler [Psychiatric epidemiology in Turkey: Main advances in recent studies and future directions].”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2014;25(4):264-81 (2014).

Buğdaycı, R., Kurt, A. Ö., Şaşmaz, T., & Öner, S., “Mersin İli’nde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler”, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(1), 32-6 (2007).

Bulut, H., “Sağlık Çalışanlarında Depresyon ve Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi (İğdır İli Devlet Hastanesi Örneği)”, Yüksek Lisans Tezi, *T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ebadi), İstanbul (2015).

Chen, C.N., Wong, J., Lee, N., Chan-Ho, M. W., Lau, J. T. F., & Fung, M., “The Shatin Community Mental Health Survey in Hong Kong: II. Major findings”, *Arch General Psychiatr*, 50:125-133 (1993).

Çakır, S., “Genel Tıpta Depresyon”, *İlk Söz* (2009).

Çelik, F.H., Hocaoglu, Ç., “‘Major Depresif Bozukluk’ Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme”, *Journal of Contemporary Medicine*, 2016; 6(1): 51-66 (2016).

Chand, S.P., Arif, H., “Depression”. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/> (2020).

Çolak, D., “COVID-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, **İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü**, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, (Danışman: Doç. Dr. Canan Tanıdır), İstanbul (2021).

Didişen, N. A., Özalp Gerçekler, G., Bahire Bolışık, Z., Başbakkal, D.Z., Gürkan, A., “The relation between pediatric nurses’ sociotropy-autonomy personality features and their depression levels”, **İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi**, 5(1):14-21 (2015).

Doğan, M., “Depresyonda Bilişsel Terapi Yaklaşımı: Temel Boyutlar ve Açıklamalar”, **Sosyal Bilimler Dergisi**, 61-103 (2001).

Duran, N., “COVID-19 Pandemisi Süresince Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatizasyon ve Tükenmişlik Düzeyi İle İlişkili Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, **Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi**, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale, (Danışman: Doç. Dr. Hülya Ertekin), (2022).

Durmuş, M., Gerçek, A., Çiftçi, N., “Hemşirelerin Yaşam Kaliteleri İle Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma”, **Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 6(2) 279–286 (2018).

Durusoy, R., Emek, M., İnci R., “İl sağlık müdürlüklerinde bulaşıcı hastalıklar insan gücünün değerlendirilmesi”, **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, 9(2) (2011).

Elçioğlu, A., “Acil Hemşirelerinde İş Doyumu ve Tükenmişlik Durumunun İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, **Hasan Kalyoncu Üniversitesi**, (Danışman: Prof. Dr. Ayla Yava), Gaziantep (2021).

Elgin, F.R., “Kocaeli Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sağlık Personelinde Anksiyete, Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi”, **Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı, (Danışman: Doç. Dr. Cumhuriyet Taş, Doç. Dr. Aslıhan Özlem Polat Işık), İstanbul (2017).

Ergin, C., “Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması”, VVII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, **Türk Psikologlar Derneği Yayını**, Ankara, Sayfa 143-154 (1992).

Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., Şimşek, Z., “Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu”, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara (1998).

Escriba-Aguir, V., “Nurses' Attitudes Towards Shiftwork and Quality of Life”, **Scand J Soc Med**, Vol. 20, No.2 (1992).

Fekadu, A., Alem, A., Medhin, G., Shibre, T., Cleare, A., Prince, M., & Kebede, D., “Utility of the concept of minor depressive disorder: Evidence from a large rural community sample in a developing country setting”, *J Affect Dis*, 104: 111-118 (2007).

Fernandez, R., Sikhosana, N., Green, H., Halcomb, E. J., Middleton, R., Alananzeh, I., Moxham, L., “Anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic umbrella review of the global evidence”, *BMJ open*, 11(9), e054528 (2021).

Gershon, E. S., Hamovit, J., Guroff, J. J., Dibble, E., Leckman, J. F., Sceery, W., ... & Bunney, W. E., “A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands”, *Archives of General psychiatry*, 39(10), 1157-1167 (1982).

Gönül, A.S., “Depresyon tedavisinde yeni bakış açıları”, *Journal of Mood Disorder*, 2, 1-5 (2012).

Günüşen, N., Üstün, B., “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, C.11, S.4, ss. 48-58.7 (1989).

Helvacı, I., Turhan, M., “Tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Silifke’de görev yapan sağlık çalışanları üzerinde bir araştırma”, *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 1(4), 58-68 (2013).

Hisli, N., “Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği”, *Bilkent Üniversitesi, Psikolojik Danışma Rehberlik ve Araştırma Merkezi, Psikoloji dergisi*, 7(23), 3-13 (1989).

Hwu, H.G., Yeh, E.K., Chang, L.Y., “Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese diagnostic interview schedule”, *Acta Psychiatrica Scand*, 79:136-147 (1989).

International Confederation of Midwives. Global Call to Action Protecting Midwives to Sustain Care for Women, Newborns and their Families in the COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020 [cited 2020 May]

İdikurt, O., “Sağlık Çalışanlarında Depresyonun Çalışan Performansı Üzerine Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı*, (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Yılmaz Daşlı), Sivas (2019).

John, U., Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U., “Depressive Disorders Are Related to Nicotine Dependence in The Population but Do Not Necessarily Hamper Smoking Cessation”, *J Clin Psychiatry*, 2004;65(2):169-76 (2004).

Jex, S.M., Hughes, P., Storr, C., Baldwin, D.C., Conard, S., Sheehan, D. V., “Behavioral Consequences of Job-Related Stress Among Resident Physicians: The Mediating Role of Psychological Strain”, *Psychological Reports*, 1991, 69, 339-349 (1991).

Kafes, A. Y., “Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış”, *Humanistic Perspective*, 3 (1), 186-194 (2021).

Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H., “Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları” *Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2):65-74 (2011).

Kavari, H., Helyani, M., Dehghani V. (2007). “A Study of Depression Prevalence in Nurses and it’s Effective Factors in Shiraz Namazi Hospital”, *From Islamic Azad University* (Darab branch), İran, July 14, Accepted: August 4 (2007).

Kaya, M., Üner, S., Karanfil, E., Uluyol, R., Yüksel, F., Yüksel, M., “Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (5): 357-363 (2007).

Kaya, B., “Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakış”, *Klinik Psikiyatri*, 2007;10(Ek 6):11-20 (2007).

Kawakami, N., Shimizu, H., Haratani, T., Iwata, N., & Kitamura, T., “Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan”, *Psychiatry Res*, 121:293-301 (2004).

Kessler, R.C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Kendler, K. S., “Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey”, *Arch Gen Psychiatry*, 51:8-19 (1994).

Kılıç, M., Çetinkaya, F., “The Status of Health Problems and Affecting Factors Among the Health Workers in Yozgat Provincial Center”, *Sağlık Bilimleri Dergisi* (Journal of Health Sciences) 20(3) 184-194 (2011).

Klose, M., Jacobi, F., “Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?”, *Archives of women’s mental health*, 7(2), 133-148 (2004).

Koç, İ., “Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromunun İş Doyumu Ve Depresyonla İlişkisi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi*, (Danışmanı: Prof. Dr. Seçil Günher Arıca), İstanbul (2019).

Köroğlu E, ed., Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM- IV-TR Tanı Ölçütleri, 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 151-63 (2000).

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Hu, S., “Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019”, *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976 (2020).

Lasser, K., Boyd, J. W., Woolhandler, S., Himmelstein, D. U., McCormick, D., & Bor, D. H., "Smoking and mental illness: a population-based prevalence study", *Jama*, 284(20), 2606-2610 (2000).

Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y. S., Han, J. H., ... & Lee, Y. H., "Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: gender and age differences in Seoul", *J Nerv Ment Dis*, 178:242-246 (1990).

Lorant, V., Kampfl, D., Seghers, A., Deliege, D., Closon, M. C., & Anseau, M., "Socio-economic differences in psychiatric in-patient care", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 170-177 (2003).

Marakoğlu, K., Çivi, S., Şahsıvar, Ş., & Özdemir, S. (2006). "Tıp fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinde sigara içme durumu ve depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki", *Bağımlılık Dergisi*, 7(3), 129-134.

Martin, F., Poyen, D., Boudierlique, E., Gouvernet, J., Rivet, B., Disdier, P., Martínez, O., Scotto, J., "Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals", *Int J Occup Environ Health*, 1997;3:204-209 (1997).

Maslach C, Jackson S.E., "The Measurement of Experienced Burnout", *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113 (1981).

McClave, A. K., Dube, S. R., Strine, T. W., Kroenke, K., Caraballo, R. S., & Mokdad, A. H. (2009). "Associations between smoking cessation and anxiety and depression among US adults", *Addictive behaviors*, 34(6-7), 491-497.

Mete, H.E., "Kronik Hastalık ve Depresyon", *İzmir Klinik Psikiyatri* 11(Ek 3):3-18 (2008).

Marneros, A., "Mood disorders: epidemiology and natural history", *Psychiatry*, 5(4):119-122 (2006).

Murphy, H. B. M., Wittkower, E. D., & Chance, N. A., "Crosscultural Inquiry into the Symptomatology of Depression: A Preliminary Report", *Transcultural Psychiatric Research Review and Newsletter*, 1(1), 5-18 (1964).

Muşlu, C., Baltacı, D., Kutanis, R., Kara, İ.H., "Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi", *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012; 4(1): 17-23 (2012).

Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, J.L., Holcer, C.E. III, Leaf, P.J, Orvaschel, H., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.D., Kramer, M., Stoltzman, R., "Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980- 1982", *Arch Gen Psychiatry*, 41:959-970 (1984).

Mykletun, A., Overland, S., Aarø, L. E., Liabø, H. M., & Stewart, R., "Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study", *European Psychiatry*, 23(2), 77-84 (2008).

Ohayon, M.M., "Epidemiology of depression and its treatment in the general population", *J Psych Res*, 41:207-213 (2007).

Ohayon, M.M., Hong, S.C., "Prevalence of major depressive disorder in the general population of South Korea", *J Psych Res*, 40:30-36 (2006).

Ohayon, M.M., Priest, R.G., Guilleminault, C., "The Prevalence of Depressive Disorders in the United Kingdom", *Biol Psychiatry*, 45:300-307 (1999).

Olchanski, N., Myers, M. M., Halseth, M., Cyr, P. L., Bockstedt, L., Goss, T. F., & Howland, R. H., "The economic burden of treatment-resistant depression", *Clinical therapeutics*, 35(4), 512-522 (2013).

Özdel, L., "Pamukkale Üniversitesi Öğrencilerinde Beck Depresyon Ölçeğine Göre Depresyon Sıklığı ve Sosyo-demografik Özelliklerle Depresif Belirtilerin Karşılaştırılması", Yüksek Lisans Tezi, *Pamukkale Üniversitesi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Bostancı), Denizli (2001).

Özdemir, R., Yıldırım, H., & Çınar, M., "Birinci basamak sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin belirleyicileri: Karabük ili örneği", *Toplum ve Hekim*, 30(2), 150-160 (2015).

Özülkü, E., "COVID-19 salgını nedeniyle sağlık çalışanlarında görülen tükenmişlik, depresyon ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin incelenmesi", *Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi*, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, (Danışman Doç. Dr. Mustafa Kayhan Bahalı), İstanbul (2021).

Özyaman, F.B., "Hemşirelerde İş Güvencesi Algısı ve Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine Etkisi", Doktora Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yücel Demiral), İzmir (2007).

Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M., ... & Locke, B. Z., "One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five Epidemiologic Catchment Area Sites", *Arch Gen Psychiatry*, 45: 977-986 (1988).

Roskies, E., Louis-Guerin, C., "Job insecurity in managers: Antecedents and consequences." *Journal of organizational behavior* 11.5 345-359 (1990).

Rowe, S. K., Rapaport, M. H., "Classification and treatment of sub-threshold depression", *Current opinion in psychiatry*, 19(1), 9-13 (2006).

Pınar, E.Ş., Tel, H., "Depresyon tanılı birey ve hemşirelik yaklaşımı", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 86-91 (2012).

Sadek, N., Bona, J., "Subsyndromal symptomatic depression: a new concept", *Depression and anxiety*, 12(1), 30-39 (2000).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması, Ankara (2013).

Sahebi, A., Nejati-Zarnaqi, B., Moayedi, S., Yousefi, K., Torres, M., & Golitaleb, M., “The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses” *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 107, 110247 (2021).

Sartorius N, Uestuen TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. “Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care”, *Br J Psychiatry*, 168:38-43 (1996).

Savrun, M., “Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi”, *İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul*, s. 11-17 (1999).

Softa, H.K., Karaahmetoğlu, G.U., Öztürk, A., “Hemşirelerin Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi”, *International Journal of Psychiatry and Psychological Researches*, May / June / July / August Issue 06 Summer Spring Semester (2016).

Solmaz, M., Solmaz, T., “Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 147-156 (2017).

Stefansson, J.G., Lindal, E., Björnsson J.K., Guamundsdottir, A., “Lifetime prevalence of specific mental disorders among people born in Iceland in 1931”, *Acta Psychiatr Scand*, 84:142-149 (1991).

Şahin, H. D., İlknur, N. A. Z., Aksel, N., Tuksavul, F., Özsöz, A., “Hastane Personelinde Sigara Alışkanlığı: Psikolojik Sorunların Etkisi Var mıdır?”, *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 29(2), 85-93 (2015).

Şahin, N. H. ve Durak, A., “Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması” *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73 (1995).

Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N., “Bir Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi”, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7:100-108 (2006).

Toprak, N.Y., “Ambulans Çalışanlarında İş Doyumu, Tükenmişlik, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi “Fethiye Örneği””, Yüksek Lisans Tezi, *T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi*, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Hizmetlerinde İletişim Anabilim Dalı, (Danışman: Doç. Dr. Erol Ozan), Manisa (2019).

Toraman, M., “Beyaz Yakalılarda Duygudurum, Depresyon ve Sosyal -Medya Bağımlılık Düzeylerinin Arasındaki İlişki”, Yüksek Lisans Tezi, *Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Ebadi), İstanbul (2019).

Tunçel, Y. I., Kaya, M., Kuru, R. N., Menten, S., & Ünver, S., Onkoloji Hastanesi Yogun Bakım Ünitesinde Hemsirelerin Tükenmişlik Sendromu/Nurses' Burnout in Oncology Hospital Critical Care Unit. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 12(2), 57 (2014).

Türkili, S., Aslan, E., Şenel, T. A., “Türkiye'de sağlık çalışanları arasında koronavirüs salgını nedeniyle yaşanan zorluklar, kaygı, depresyon ve tükenmişlik sendromunun incelenmesi”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 74-87 (2022).

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/07/ulusal_ruh_sagligi_eylem_plani_2011-2023.pdf (2011).

Ünal, S., Küey L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice Y.E., Kırılı, S., “Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri”, *Klinik Psikiyatri*, 2002;5:8-15 (2002).

Ünal Yılmaz, Z., “Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, depresyon ve iş doyumu düzeylerinin incelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi*, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Pervin Sevda Bıkmaz), İstanbul, (2014).

Vega, W. A., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R., & Caraveo-Anduaga, J., “Lifetime prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among urban and rural Mexican Americans in California”, *Archives of general psychiatry*, 55(9), 771-778 (1998).

Velioğlu, U., Sönmez, C. I., “Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi”, *Dicle Tıp Dergisi*, 45(1), 35-41 (2018).

Virtanen, M., Ferrie, J. E., Singh-Manoux, A., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., Marmot, M. G., Kivimäki, M., “Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall II study”, *Psychological medicine*, 41(12), 2485-2494 (2011).

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

Yalnız, H., Saydam B.K., “Ebelerde İş Stresinin İş Doyumuna Edoltkisi”, *Balıkesir Sağlık Bil Derg*, Cilt:4 Sayı:1 Nisan (2015).

Yavuz, R., “Depresyonun Kliniği”, *İstanbul Üniversitesi*, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul, s. 29-34 (1999).

Yavuzer, Y., Civilidag, A., “Mediator role of depression on the relationship between mobbing and life satisfaction of health professionals”, *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27(2), 115, (2014).

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., “Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68 (2011).

Yıldız, S., Yıldız, S.E., “Bullying ve Depresyon Arasındaki İlişki: Kars İlindeki Sağlık Çalışanlarında Bir Araştırma”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Yıl:8 Sayı:15 Bahar, s.133-150 (2009).

Yüksel, Ç.T., Özgür, G., “The Relation Between Depression Symptomes’ Level and Stress Coping Strategies of Nurses”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24 (1): 67-82 (2008).

EK AÇIKLAMALAR A.

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZİNİ

Tarih ve Sayı: 21.01.2021 - E.3210



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-3210
Konu : 2021/437 Nolu Karar

Sayın Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**SAKARYA İLİNDE ÇALIŞAN EBELERDE DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: KESİTSEL ÇALIŞMA**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BE8V50F1T

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/karabuk-universitesi-ebys>

Adres: Karabük Üniversitesi Demir Çelik Kampüsü Merkez/Karabük

Telefon: (370) 418 9446

e-Posta: giroletik@karabuk.edu.tr

İnternet Adresi: <http://tip.karabuk.edu.tr/giroletik>

Keşif Adresi: karabukuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: İrfan SENCAR

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



EK AÇIKLAMALAR B.

SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ

EK AÇIKLAMALAR C.

TANIMLAYICI SORU FORMU

SAKARYA İLİNDE ÇALIŞAN EBELERDE DEPRESYON VE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: KESİTSEL ÇALIŞMA

Değerli Katılımcı,

Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tez çalışması için hazırlanan bu anket formu, Sakarya’da kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarında aktif olarak görev yapan ebelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyleri ile ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile hazırlanmıştır. Soruların doğru bir şekilde cevaplanması çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Sonucunda elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız (Lütfen tamamlamış olduğunuz yaşı belirtiniz):
2. Medeni durumunuz nedir?
 - a) Evli
 - b) Bekar (Hiç evlenmemiş)
 - c) Boşanmış
 - d) Ayrı yaşıyor
 - e) Dul
3. Öğrenim düzeyinizi nedir? (Lütfen en son mezun olduğunuz okulu düşünerek yanıtlayınız.)
 - a) Sağlık Meslek Lisesi
 - b) Ön lisans
 - c) Lisans
 - d) Lisansüstü
4. Çocuğunuz var mı?
 - a) Evet (Çocuk sayımız:)
 - b) Hayır
5. Hanenizde yaşayan toplam birey sayısı kaçtır? :
6. Evinize giren toplam gelir miktarını düşünerek gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 - a) Yetiyor
 - b)Güçlkle yetiyor
 - c)Yetmiyor
7. Eşinizin öğrenim düzeyi nedir?
 - a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e)Lise
 - f)Üniversite ve üzeri
8. Lütfen eşinizin çalışma durumu ile ilgili geçerli olan seçeneği işaretleyiniz.
 - a) Devlet memuru
 - b) Sürekli işçi
 - c) Kendi hesabına (Esnaf)
 - d) İşsiz
 - e) Diğer (belirtiniz.....)

2. ALIŞKANLIKLAR

9. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a) Evet (Haftada gün, günde adet)
 - b) Hayır
 - c) ay/yıl önce bıraktım
10. Ne kadar süredir sigara kullanıyorsunuz? :yılay

3. GENEL TIBBİ ÖYKÜ

11. Tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?
 - a) Var(Belirtiniz.....)
 - b)yok

12. **Şu anda antidepresan kullanıyor musunuz?**

- a) Evet b) Hayır

13. **Son bir yılda yaşamınızı olumsuz yönde etkileyen bir olay yaşadınız mı (yakınların kaybı, trafik kazası vb.)?**

- a) Evet(Lütfen belirtiniz.....) b) Hayır

4. **MESLEKİ ÖZELLİKLER**

14. **Ebelik mesleğini seçme nedeniniz nedir?**

- a) İş bulma kolaylığı
b) Sevdiğim ve istediğim için
c) Ailem istediği için
d) Maaşı iyi olduğu için
e) Diğer:

15. **İstihdam şekliniz nedir?**

- a) 657 sayılı Yasa'nın 4-A maddesine göre memur
b) 657 sayılı Yasa'nın 4-B maddesine göre sözleşmeli
c) Diğer (Lütfen belirtiniz:

16. **Meslekte tamamladığınız çalışma süresi ne kadar? :**

17. **Ebe olarak çalışmaktan memnun musunuz?**

- a) Memnunum
b) Memnun değilim. (Lütfen memnun olmama nedenlerinizi aşağıda belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Atama ve özlük haklarının korunmaması
 Can güvenliğinin olmaması
 Üstlerin takdir etmemesi
 Çalışma koşullarının ağır olması
 Üstlerin tüm çalışanlara eşit davranmaması
 Sağlık ekibi arasındaki iletişim sorunları
 Görevi kapsamında olmayan işlerde çalıştırılma
 Aşırı iş yükü
 Mesleki doyum alamama
 Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

5. **ÖZLÜK HAKLARI VE ÇALIŞMA KOŞULLARI**

18. **Görev yaptığınız sağlık kuruluşu hangisidir?**

- a) Entegre Hastane (İlçe devlet hastaneleri)
b) Genel Hastane
c) Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- d) Diğer (Belirtiniz:.....)
19. Lütfen çalıştığınız birimi belirtiniz:
20. Şu anda çalıştığınız birimi kendiniz mi seçtiniz?
a) Evet b) Hayır
21. Haftalık çalışma süreniz ortalama kaç saattir? :.....saat/hafta
22. Bir gün içerisinde ortalama kaç hastaya hizmet veriyorsunuz? :.....
23. Çalışmanız karşılığında hak ettiğiniz ücreti aldığınızı düşünüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
24. Çalıştığınız bölümde ebe sayısının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
25. Çalıştığınız yerde dinlenme odası var mı?
a) Evet b) Hayır
26. Bir yıl içerisinde tatil yapabiliyor musunuz (gezi/dinlenme amaçlı seyahat)?
a) Evet b) Hayır
27. İş güvenceniz/garantiniz olduğunu düşünüyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
28. Çalışma şekliniz aşağıdakilerden hangisine uygundur?
a) Yalnız mesai saatlerinde b) Mesai saati ve nöbet
c) Yalnız gece d) Vardiyalı
29. Nöbet tutuyor iseniz ayda kaç nöbet tutuyorsunuz? :
30. Fazla mesai yaptığınız oluyor mu?
a) Evet (ayda ortalama ... saat) b) Hayır
31. Hafta sonu tatillerinde çalışıyor musunuz?
a) Evet (ayda ortalama ... saat) b) Hayır

6. COVID-19 SALGIN DÖNEMİ İLE İLGİLİ DENEYİMLER

32. COVID-19 salgını sürecinde aşağıdaki koruyucu ekipmanları hangi sıklıkla kullandınız?

	Hiç kullanmadım	Nadiren kullandım	Ara sıra kullandım	Çoğu kez kullandım	Erişimde sorun yaşadınız mı?	
					Evet	Hayır
1.Eldiven						
2.Cerrahi Maske						
3.Filtre Özelliikli Maskeler (N95, FFP2 vb.)						
4.Siperlik/gözlük						
5.Tek kullanımlık tulum/ önlük						

33. Lütfen aşağıdaki tabloda COVID-19 salgını ile ilgili sorulmuş soruları cevaplayınız.

	Evet	Hayır
Kurumunuzda İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi var mı?		
Kurumunuzda hizmet-içi programlar düzenleniyor mu?		
Salgın sürecinde aktif olarak COVID-19 ile ilgili birimlerde (servis, yoğun bakım) görev aldınız mı?		
Salgın sürecinde filyasyon çalışmaları için görevlendirildiniz mi?		
COVID-19 virüsü taşıyıcısı olabileceğinizden ve bundan dolayı çevrenizdeki insanlara bulaştırma ihtimalinizden endişe duyuyor musunuz?		
Çalışma arkadaşlarınızdan COVID-19 virüsü ile enfekte olan var mı?		
Bakım verdiğiniz hastanın ya da ekip arkadaşınızın COVID-19 virüs sebebi ile ölümüne tanık oldunuz mu?		
Siz COVID-19 virüsü ile enfekte oldunuz mu?		
Evet ise karantinde kaldığınız süreçte maaşınız eksiksiz bir şekilde hesabınıza yatırıldı mı?		
Çalışma arkadaşlarınız ile bulaş riski açısından aynı ortamı paylaşmaktan korkuyor musunuz?		
Salgın süreci boyunca aile ve sosyal destek kaynaklarından uzakta kaldınız mı?		
Salgın boyunca ücretsiz konaklama, ulaşım hakkı ve tavandan ek ödemelerden yararlanabildiniz mi?		
Salgın sürecinde istifa etmeyi düşündünüz mü?		

EK AÇIKLAMALAR D.

MASLACH TÜKENMİŐİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneğe işaret koyarak belirtiniz.	Hiçbir zaman	Çok Nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
“Kendini işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.”					
“İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.”					
“Sabah kalkıp yeni bir işgünü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.”					
“Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabilirim.”					
“Bazı hastalarımın onlar sanki kişilikten yoksun bir objeymiş gibi davrandığını hissediyorum.”					
“Bütün gün insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.”					
“Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.”					
“İşimin beni tükettiğini hissediyorum.”					
“İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.”					
“Bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.”					
“Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.”					
“Kendimi çok enerjik hissediyorum.”					
“İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.”					
“İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.”					
“Bazı hastaların başına gelenler gerçekten umurumda değil.”					
“Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla strese neden oluyor.”					
“Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.”					
“Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.”					
“Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.”					
“Kendimi çok çaresiz hissediyorum.”					
“İşimde duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.”					
“Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.”					

EK AÇIKLAMALAR E.

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

1. (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
2. (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
(1) Gelecek hakkında karamsarım
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
(1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
(2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
4. (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
5. (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
(2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi eleştiririm.
(3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.
8. (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterim.
(3) Fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
9. (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. (0) Şimdi her zaman olduğundan daha sinirli değilim.
(1) Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ve sinirleniyorum.
(2) Şimdi hep sinirliyim.
(3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor
11. (0) Başkaları ile görüşme ve konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek istiyorum.
(2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
(3) Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.

12. (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiç karar veremiyorum.
13. (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
(1) Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
(2) Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
(1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
(2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
15. (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(1) Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
(2) Herhangi bir şey yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
(3) Hiçbir şey yapamıyorum.
16. (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
(1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
(3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.
18. (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
(1) İki kilodan fazla kilo verdim.
(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
19. (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(2) Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
(3) Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
(2) Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
21. (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime çok kızıyorum.
(3) Kendimden nefret ediyorum.

Toplam Beck-D Skoru:

ÖZGEÇMİŞ

Hasret AKBAŞ, ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı. Prof. Dr. Süheyl Ünver Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2015 yılında Medipol Ünivesitesi Sağlık Yüksekokulu'nda başladığı Ebelik Bölümü'nden, 2019 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nden *bölüm birinciliği* derecesi ve *fakülte ikinciliği* derecesi ile mezun oldu. 2020 yılında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ebe olarak göreve başladı. Halen; Sakarya Üniversitesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi'nde ebe olarak görev yapmaktadır.