

Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler

Quality of Life and Effective Variables Among Health Care Professionals

Arzu YILDIRIM,¹ Rabia HACIHASANOĞLU¹

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, sağlık çalışanlarında tükenmişlik, depresyon, sosyodemografik ve mesleki özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: İlişki arayıcı kesitsel nitelikte olan araştırma Erzincan Devlet Hastanesi ve merkezde bulunan 5 aile sağlığı merkezlerinde çalışan 311 sağlık çalışanı ile Mayıs-Haziran 2010 tarihleri arasında yapıldı. Veriler soru formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) ile toplandı. Veriler tek değişkenli analiz, Pearson korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada BDE ile MTÖ arasında zayıf pozitif ($p<0.001$), WHOQOL-BREF-TR ile BDE arasında orta, MTÖ arasında zayıf negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.001$). Yapılan regresyon analizi sonucunda BDE, Kişisel Başarı Eksikliği (KBE) ve ekonomik sorunların bedensel alt boyut için; BDE, KBE, çalışma yılı, iş yaşamından memnuniyetsizlik ve kurumdaki başarıyı algılamamanın ruhsal alt boyut için; BDE, KBE, Duygusal Tükenmişlik (DT), medeni durum, eğitim düzeyi, çalışan kurum ve iletişim sorunlarının sosyal alt boyut için; BDE, KBE, medeni durum ve cinsiyetin çevre alt boyutu için önemli yordayıcı değişkenler olduğu belirlendi.

Sonuç: Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeyinin düşük, yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu, depresyon, tükenmişlik ve bazı değişkenlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Depresyon; sağlık çalışanları; tükenmişlik; yaşam kalitesi.

SUMMARY

Objectives: This study was conducted to determine the effect of burnout, depression, and sociodemographic and occupational characteristics on quality of life among health care professionals.

Methods: This cross-sectional study was conducted with 311 health care professionals employed at five Family Health Centers and Erzincan State Hospital in central Erzincan between May and June 2010. Data were collected using a questionnaire, Maslach Burnout Inventory (MBI), Beck Depression Inventory (BDI), and the Turkish version of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-BREF-TR). For analysis of the data, univariate analysis, Pearson correlation and multiple linear regression analysis were used.

Results: In this study, there was a weak-positive statistically significant relationship between the BDI and MBI ($p<0.001$), a moderate-negative relationship between the WHOQOL-BREF-TR and BDI, and a weak-negative relationship between the WHOQOL-BREF-TR and MBI ($p<0.001$). Results of the regression analysis revealed that BDI, Diminished Personal Accomplishment (DPA) and economic problems were significant predictor variables for the physical sub-domain; BDI, DPA, work-years, dissatisfaction with work life, and perception of success in the institution for psychological sub-domain; BDI, DPA, emotional exhaustion (EE), marital status, educational status, place of work, and communication problems for social sub-domain; and BDI, DPA, marital status, and gender for environmental sub-domain.

Conclusion: In this study, it was determined that depression and burnout levels of health care professionals were low and quality of life was medium. It was also determined that depression, burnout and some of the variables have a negative impact on the quality of life.

Key words: Depression; health care professionals; burnout; quality of life.

Giriş

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (*International Labour Organization-ILO*) bir raporunda, son yıllarda işyerlerinde tükenmişlik gibi işyeri ile ilgili olumsuz psikolojik problemlerin küresel ölçekte artan bir sorun olduğuna dikkat çekilmektedir.^[1] İnsanlarla yüz yüze çalışan, doğrudan insana hizmet eden ve hizmetin kalitesinde insan unsurunun çok

önemli bir yere sahip olduğu mesleklerde (doktor, hemşire, öğretmen, polis, avukat vb.) tükenmişliğin daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^[2,3] Yapılan çalışmalarda hekimlerin yaklaşık %45'inin, hemşirelerin yaklaşık %50'sinin tükenmişlik yaşadığı belirlenmiştir.^[4,5] Maslach uzun süreli iş stresinin tükenmişliğe yol açtığını belirtmiş ve tükenmişliği, profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlarla artık ilgilenemiyor olması şeklinde tanımlamıştır.^[6] Sağlık alanında çalışanlarda yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, iş yerinde ilişki ve görev paylaşımı sorunlarının yaşanması, uyku düzeninin bozulması, nöbetler, hasta yakınları ile uğraşı ve ekonomik sorunlar işle ilgili stres ve gerginliğe yol açmaktadır.^[3,7] DSM-IV'te travmatik bir olaya tanık olmanın veya bu tür bir olayı öğren-

¹Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Erzincan

İletişim (Correspondence): Yrd. Doç. Dr. Arzu YILDIRIM.
e-posta (e-mail): arzuylidirim_25@hotmail.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(2):61-68
Journal of Psychiatric Nursing 2011;2(2):61-68

menin doğrudan yaşamak gibi örseleyici bir niteliğinin olduğu belirtilmektedir.^[8] Sağlık çalışanlarında travmatik olaylara tanıklığın sıkça yaşanması da çalışanlarda tükenmişliğe ve çeşitli ruhsal sorunlara neden olabilmektedir.

İş ve meslek yaşamındaki tükenmişlik sendromu depresif yakınmalarda artış, yaşam kalitesinde bozulma,^[9,10] yorgunluk, uyku bozuklukları, çabuk öfkelenme iş doyumsuzluğu ve profesyonelliğin engellenmesi gibi sorunlara yol açmaktadır.^[11] Çalışmalarda sağlık alanında çalışanlarda depresyonun topluma göre daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^[12-14] Yazarlar depresyonu tükenmişlikle ilişkili olan ve olmayan şeklinde ayırt etmiş ve tükenmişliğe bağlı gelişen depresyonun daha ağır bir gidiş gösterdiğini belirtmiştir.^[13-15] Fransa'da 1200 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada kadınların %6.5'inde, erkeklerin %9.4'ünde depresyon ve tükenmişliğin birlikte görüldüğü^[12] ve acil servislerde çalışan 322 hemşire ile yapılan bir çalışmada ise, hemşirelerin yaklaşık yarısının tükenmişlik yaşadığı ve tükenmişlik arttıkça iş doyumu ve yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir.^[5]

Sağlıkta iyilik halinin ölçülebilmesinde yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenmişlik düzeylerini kapsar ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterir.^[16] Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin arttırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek artan bir çaba gösterilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980'den beri yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirmek için çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı 100 ve bunlardan seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur.^[17,18]

Sağlık çalışanları normal çalışma saatleri ve günleri dışında çalışmak durumunda kalmakta, yaşamsal tehdidi bulunan insanlarla çalışmakta, aile ve hastaların büyük beklentileri ile karşılaşmaktadır. Hemşireler hastalarla en uzun süre birlikte olan sağlık profesyonelleri olup, hasta bireyin ve ailesinin her türlü sorunlarında ilk başvurduğu ve ekip içerisinde iletişimi sağlayarak anahtar rol oynayan sağlık personeli-dir. Yoğun stres altında çalışma sağlık çalışanlarını ruhsal olarak etkileyebilmekte ve bu durum yaşam kalitelerine olumsuz yansiyabilmektedir. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin incelenmesi, hem çalışanların yaşam kalitesi hem de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemlidir. Türkiye'de tükenmişlikle ilgili yapılan çalışmaların çoğunluğunun örneklem grubunun hemşirelerden oluştuğu gözlenmiş, Türkiye'de ve yurtdışında sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyebilecek değişkenlerin incelendiği çalışmalara sınırlı sayıda rastlanılmıştır.

Erzincan'da daha önce sağlık çalışanlarında yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri ölçmeye yönelik her hangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle bu çalışma sağlık çalışanlarında tükenmişlik, depresyon, sosyodemografik ve mesleki özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

İlişki arayıcı kesitsel nitelikte olan araştırma birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanlar ile gerçekleştirildi.

Katılımcılar

Araştırmanın evrenini Erzincan Devlet Hastanesi'nde çalışan 525 ve il merkezinde bulunan 5 aile sağlığı merkezlerinde çalışan 61 sağlık çalışanı olmak üzere toplam 586 kişi oluşturdu. Araştırmanın sağlık çalışanlarının tümü üzerinde yapılması planlandı, ancak gebelik, doğum izni, hastalık, görevlendirme gibi nedenlerle izinli olma ve araştırmaya katılmayı kabul etmeme gibi nedenlerden dolayı çalışma 311 (evrenin %53'ü) kişi ile Mayıs-Haziran 2010 tarihleri arasında yapıldı.

Kullanılan Araçlar

Tanımlayıcı Form: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, çalıştığı kurum ve bölüm, çalışma şekli, mesleği ve çalıştığı bölümü isteyerek seçme, iş yaşamından memnuniyet ve kişisel başarıyı algılama durumu ile iş yaşamından memnun olmama nedenlerinden oluşan sosyo-demografik ve mesleki özelliklerle ilgili toplam 14 soru içermektedir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ): Maslach ve Jackson^[19] tarafından geliştirilmiş, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çam^[20] ve Ergin^[21] tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li Likert tipinde (0: Hiçbir zaman, 1: Çok nadir, 2: Bazen, 3: Çoğu zaman, 4: Her zaman) 22 sorudan oluşmaktadır. Duygusal Tükenme (DT, 9 madde), Duyarsızlaşma (D, 5 madde) ve Kişisel Başarı Eksikliği (KBE, 8 madde) olmak üzere üç boyutu vardır. DT, kişinin yaptığı iş nedeniyle emosyonel olarak kendini aşırı yüklenmiş hissetmesidir ve tükenmişliğin en önemli belirleyicisidir. D, bireyin hizmet verdiği kişilerin birer birey olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun biçimde tutum ve davranışlar sergilemesidir. KBE ise, sorunun başarı ile üstesinden gelememe ve kendini yeterli görmeme olarak tanımlanır. Alt ölçek puanları DT ve D için yukarıda belirtildiği gibi, KBE için ise tersine puanlanmaktadır (Hiçbir zaman: 4, Her zaman: 0). DT ve D alt ölçekleri olumsuz, KBE ise olumlu ifadelerden oluşan Kişisel Başarının tersine çevrilerek puanlanması nedeniyle KBE olarak ifade edilmektedir. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamaktadır. Tükenmişliği yaşamakta olan bireylerde DT (0-36), D (0-20) ve KBE (0-32) puanlarının yüksek olması beklenmektedir.^[21]

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Beck ve arkadaşları^[22] tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli^[23] tarafından yapılmıştır. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermekte ve dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan 0-63 arasında değişir. Toplam puanın yüksekliği depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir.^[24,25]

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR): Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği DSÖ tarafından geliştirmiş, Eser ve arkadaşları^[18] tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) formu olmak üzere iki sürümü vardır. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini ölçmekte ve 26 sorudan oluşmaktadır. Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre-TR olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-TR alan skoru çevre skoru yerine kullanılır. Ölçek yaşlı olmayan yetişkinlere uygulanabilmektedir.^[24] Ölçek sağlık çalışanlarında da uygulanmıştır.^[5,18] Her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade ettiği için, alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır.^[17,18,24]

İşlem

Anketler sağlık çalışanlarına Mayıs-Haziran 2010 tarihlerinde dağıtıldı ve toplandı. Formların doldurulması ortalama olarak 15-20 dakika sürmüştür. Çalışmada WHOQOL-BREF-TR Ölçeği'nden alınan puan ortalamaları bağımlı; MTÖ, BDE puan ortalamaları ve tanıtıcı özellikler bağımsız değişkenleri oluşturdu.

İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin analizinde sosyo-demografik özellikler sayı ve yüzde dağılımı halinde verildi. Bağımlı-bağımsız değişkenler arasındaki ilişki tek değişkenli analiz (Kruskall Wallis Varyans Analizi, t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi), Pearson korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizler *SPSS for Windows 15.0* kullanılarak yapıldı ve anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Etik İlkeler

Çalışmaya başlamadan önce İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alındı. Sağlık çalışanlarına çalışmanın amacı ve yöntemi anlatılarak sözel onamları alındı, gizlilik ilkesine saygı gösterildi.

Bulgular

Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş aralığı 21-53 olup, yaş ortalaması 32.66 ± 6.26 'dır. Çalışanların %66.6'sı kadın, %74'ü evli, %41.5'i ön lisans mezunudur. Çalışanların %65.2'si hemşire olup, %78.8'i devlet hastanesinde çalışmakta ve meslekte çalışma süresi 6-10 yıl arası olanlar %28 ile en büyük grubu oluşturmaktadır. Cerrahi birimlerde çalışanların oranı %24.8 olup, %51.4'ü gündüz+nöbet şeklinde çalışmaktadır. İş yaşamından memnun olmama nedeni olarak %42.8 ile ilk sırada çalışma sistemindeki uygunsuzluklar olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Ayrıca çalışanların %72.7'si mesleği, %61.1'i çalıştığı bölümü kendi isteği ile seçmiş, %55.3'ü iş yaşamından kısmen memnun olduğunu, %11.3'ü memnun olmadığını belirtmiş ve %28.3'ü kurumdaki kişisel başarısını çok iyi, %60.8'i iyi, %9.6'sı orta olarak değerlendirmiştir.

Çalışmaya katılanların %4.5'i yaşam kalitesini çok kötü, %5.1'i biraz kötü, %50.2'si ne iyi ne kötü, %35'i oldukça iyi, %5.1'i çok iyi olarak değerlendirmiştir. Algıladıkları genel sağlık durumlarına bakıldığında %3.5'i hiç hoşnut olmadığını, %10'u çok az hoşnut olduğunu, %24.1'i ne hoşnut ne hoşnut olmadığını, %48.9'u epeyce hoşnut olduğunu, %13.5'i çok hoşnut olduğunu belirtmiştir.

Tükenmişlik, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Düzeyi

Çalışmada BDE puan ortalaması 8.87 ± 7.71 ; Duygusal Tükenme 13.86 ± 6.96 , Duyarsızlaşma 4.31 ± 3.25 , Kişisel Başarısızlık 10.09 ± 4.72 ; WHOQOL-BREF-TR bedensel alan 12.59 ± 1.77 , ruhsal alan 14.33 ± 2.08 , sosyal alan 14.53 ± 2.99 , çevresel alan-TR 13.55 ± 2.11 ; depresyon riski (BDE \geq 17) %16.4 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda BDE ile DT, D ve KBE arasında pozitif yönde zayıf ($p<0.001$), WHOQOL-BREF-TR ile BDE arasında orta ve WHOQOL-BREF-TR ile DT, D, KBE arasında zayıf negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 3).

Yaşam Kalitesinin Tükenmişlik, Depresyon ve Tanımlayıcı Özelliklerle Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Yapılan analizlerde istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterdiği belirlenen değişkenler ve yaşam kalitesi alan puanlarından oluşan model ile yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda BDE, DT, D, KBE, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum, çalışma yılı, mesleği isteyerek seçme, iş yaşamından memnuniyet, iletişim sorunları, ekonomik sorunlar, fiziksel şartlar, mesleki doyumsuzluk, çalışma sistemindeki uygunsuzluklar, sosyal olanak yetersizliği ve başarıyı algılama değişkenleri bağımsız-açıklayıcı değişken olarak saptanmıştır.

Belirtilen bağımsız değişkenlerden model uyumunu sağ-

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri (n=311)

	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
≤29	98	31.5
30-35	122	39.2
36-41	64	20.6
42-47	23	7.4
48-53	4	1.3
Cinsiyet		
Kadın	207	66.6
Erkek	104	33.4
Medeni durum		
Bekar	81	26
Evli	230	74
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	52	16.7
Ön lisans	129	41.5
Lisans	78	25.1
Lisansüstü	52	16.7
Meslek		
Hemşire	203	65.2
Pratisyen hekim	21	6.8
Uzman hekim	31	10.0
Diğer (teknisyen, laborant, eczacı)	56	18.0
Çalıştığı kurum		
Devlet hastanesi	245	78.8
Aile sağlığı merkezi	66	21.2
Meslekte çalışma süresi (yıl)		
≤5	84	27.0
6-10	87	28.0
11-15	77	24.8
16-20	36	11.6
≥21	27	8.7
Çalıştığı bölüm		
Aile sağlığı merkezi	61	19.6
Acil	33	10.6
Cerrahi birimler	75	24.1
Dahili birimler	53	17.0
Yoğun bakım	12	3.9
Diğer (Poliklinik, röntgen, laboratuvar)	77	24.8
Çalışma şekli		
Gündüz + Nöbet	160	51.4
Gündüz	141	45.3
Vardiya	10	3.3
İş yaşamından memnun olmama nedenleri*		
İletişim sorunu	63	20.3
Mesleki doyumsuzluk	50	16.1
Ekonomik yetersizlik	100	32.2
Fiziksel koşulların yetersizliği	81	26
Sosyal olanak yetersizliği	79	25.4
Çalışma sistemindeki uygunsuzluklar	133	42.8

* Birden fazla yanıt verilmiştir.

layanlar Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre BDE, DT, KBE ve ekonomik sorunlar bedensel alt boyut ile düşük düzeyde anlamlı bir ilişki göstermiştir ($R^2=0.23$, $p<0.001$). Bu değişkenler bedensel alt boyut için toplam varyansın %23'ünü açıklamaktadır. Regresyon katsayıları incelendiğinde (β), be-

Tablo 2. Sağlık çalışanlarının MTÖ, BDE, WHOQOL- BREF-TR Ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar

MTÖ	Alınabilecek puan aralığı	Alınan puan aralığı	Ort. (SS)
DT	0-36	0-34	13.86 (6.96)
D	0-20	0-19	4.31 (3.25)
KBE	0-32	0-26	10.09 (4.72)
BDE	0-63	0-46	8.87 (7.71)
WHOQOL-BREF-TR			
Bedensel		7-17	12.59 (1.77)
Ruhsal	4-20	8-18	14.33 (2.08)
Sosyal		5-20	14.53 (2.99)
Çevre-TR		7-18	13.55 (2.11)

densel alt boyut için değişkenlerin önem sırasının BDE, ekonomik sorunlar, KBE ve DT olduğu görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde, BDE, ekonomik sorunlar ve KBE'nin bedensel alt boyut için önemli yordayıcı değişken olduğu, DT'nin ise önemli bir yordayıcı değişken olmadığı görülmüştür.

Ruhsal alt boyut ile BDE, KBE, çalışma yılı, iş yaşamından memnuniyetsizlik ve başarıyı algılama arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($R^2=0.41$, $p<0.001$). Bu değişkenler ruhsal alt boyut için toplam varyansın %41'ini açıklamakta olup bu alt boyut için değişkenlerin önem sırası BDE, çalışma yılı, iş yaşamından memnuniyetsizlik, KBE ve başarıyı algılama olarak belirlenmiştir. BDE, çalışma yılı, iş yaşamından memnuniyetsizlik, KBE ve başarıyı algılama bu alt boyut için önemli yordayıcılar olduğu saptanmıştır.

Sosyal alt boyut ile BDE, DT, KBE, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum ve iletişim sorunları arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($R^2=0.38$, $p<0.001$). Bu değişkenler sosyal alt boyut için toplam varyansın %38'ini açıklamakta olup bu alt boyut için değişkenlerin önem sırası BDE, medeni durum, eğitim düzeyi, KBE, DT, çalışılan kurum, iletişim sorunları olarak saptanmıştır. BDE, medeni durum, eğitim düzeyi, KBE, DT, çalışılan kurum ve iletişim sorunları sosyal alt boyut için önemli yordayıcılar olduğu belirlenmiştir.

BDE, KBE, cinsiyet, medeni durum ve ekonomik sorunlar ile çevre alt boyutu arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($R^2=0.33$, $p<0.001$). Bu değişkenler çevre alt boyut için toplam varyansın %33'ünü açıklamaktadır. Çevre alt boyutu için değişkenlerin önem sırasının ekonomik sorunlar, BDE, KBE, medeni durum ve cinsiyet olduğu saptanmıştır. Ekonomik sorunlar, BDE, KBE, medeni durum ve cinsiyet bu alt boyut için önemli yordayıcılar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tartışma

Çalışmada BDE puan ortalaması 8.87 ± 7.71 ; BDE 17

Tablo 3. MTÖ, BDE ve WHOQOL-BREF-TR Ölçekleri arasındaki ilişki

	WHOQOL-BREF-TR				BDE
	Bedensel r*	Ruhsal r*	Sosyal r*	Çevre-TR r*	r*
DT	-0.336**	-0.434**	-0.422**	-0.358**	0.465**
D	-0.224**	-0.270**	-0.300**	-0.225**	0.379**
KBE	-0.288**	-0.430**	-0.369**	-0.328**	0.354**
BDE	-0.424**	-0.506**	-0.447**	-0.429**	—

*Pearson korelasyon analizi, **p<0.001

puan ve üzerinde alma oranı %16.4 olarak belirlenmiştir. MTÖ'ne göre puan ortalamaları, Duygusal Tükenme 13.86±6.96, Duyarsızlaşma 4.31±3.25, Kişisel Başarısızlık 10.09±4.72 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışanların düşük düzeyde tükenmişlik ve depresyon yaşadığını göstermiş olup depresyon ve tükenmişlik puanlarının bazı çalışma sonuçlarına göre daha düşük, [5,12,14,26,27] bazılarında ise benzer düzeyde bulunmuştur. [13,27-29] Farklı ülkelerde çalışan 87 psikiyatristle yapılan bir çalışmada DT puanının bu çalışma sonucuna göre daha düşük, D ve KBE puanlarının benzer düzeyde olduğu, psikiyatristlerin %18.3'ünün antidepresan kullandığı ve bu grupta DT puanının antidepresan kullanmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.

[30] Bu çalışmada, çalışanların genel olarak düşük düzeyde tükenmişlik ve depresyon yaşamasında, çalışanların büyük çoğunluğunun mesleği, çalıştığı bölümü isteyerek seçmesi ve kurumdaki başarısını iyi olarak algılaması, yine büyük çoğunluğunun kısmen de olsa iş yaşamından memnun olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

WHOQOL-BREF-TR bedensel alan 12.59±1.77, ruhsal alan 14.33±2.08, sosyal alan 14.53±2.99, çevresel alan-TR 13.55±2.11 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlara göre çalışanların genel olarak yaşam kalitesi orta düzeyde ve sosyal alan puan ortalaması en yüksek, bedensel alan puan ortalaması en düşük olarak görülmektedir. Çalışmada evlilerin çoğunlukta (%74) ve sosyal alan puan ortalamasının evlilerde yüksek olması, ge-

Tablo 4. Çalışanların yaşam kalitesi puanları ile tükenmişlik, depresyon ve bazı değişkenlerin ilişkisi

	Değişkenler	B	Std. Hata	B	t	p	
WHOQOL-BREF-TR Bedensel	(Sabit)	14.186	.233	—	60.906	<0.001	R ² =0.23
	BDE	-.069	.013	-.301	-5.189	<0.001	F=23.003
	DT	-.027	.016	-.105	-1.714	.087	p<0.001
	KBE	-.045	.021	-.120	-2.094	.037	
	Ekonomik sorunlar	-.511	.198	-.135	-2.579	.010	
WHOQOL-BREF-TR Ruhsal	(Sabit)	18.807	.401	—	46.945	<0.001	
	BDE	-.090	.013	-.333	-6.851	<0.001	R ² =0.41
	KB	-.081	.022	-.184	-3.634	<0.001	F=43.115
	Çalışma yılı	-.045	.014	-.209	-3.216	.001	p<0.001
	İş yaşamından memnuniyetsizlik	-.690	.158	-.192	-4.354	<0.001	
WHOQOL-BREF-TR Sosyal	Başarıyı algılama	+.629	.159	+.143	+3.963	<0.001	
	(Sabit)	17.606	.815	—	21.605	<0.001	
	BDE	-.126	.021	-.325	-6.017	<0.001	R ² =0.38
	DT	-.063	.024	-.147	-2.617	.009	F=26.170
	KBE	-.114	.033	-.180	-3.472	.001	p<0.001
WHOQOL-BREF-TR Çevre-TR	Medeni durum	1.283	.314	.189	4.085	<0.001	
	Eğitim düzeyi	-.573	.147	-.184	-3.908	<0.001	
	Çalıştığı kurum	-.439	.166	-.120	-2.637	.009	
	İletişim sorunları	-.794	.347	-.107	-2.288	.023	
	(Sabit)	13.858	.541	—	29.303	<0.001	
	BDE	-.081	.014	-.295	-5.739	<0.001	R ² =0.33
	KBE	-.084	.022	-.189	-3.779	<0.001	F=30.477
Cinsiyet	.491	.210	.110	2.338	.020	p<0.001	
Medeni durum	-.545	.226	-.114	-2.407	.017		
Ekonomik sorunlar	-1.390	.217	-.309	-6.410	<0.001		

R²: Açıklayıcılık katsayısı.

nel sosyal alan puanının yüksek olmasında etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bedensel alan ise günlük yaşantıdaki işlevselliği yansıtmaktadır. Çalışma örnekleminin genç ve çoğunluğunun (%48.9) genel sağlık durumundan epeyce hoşnut olması nedeniyle fiziksel alan puanının yüksek olması beklenirken düşük düzeyde bulunması, çalışanların iş doyumunu düzeyinin düşük olabileceğini, bunun da performanslarına olumsuz yansiyebileceğini düşündürmektedir. Araştırma bulgularına göre çalışanlar iş yaşamından memnun olmama nedeni olarak %42.8 ile ilk sırada çalışma sistemindeki uygunsuzlukları, %32.2 ile ekonomik yetersizliği belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada çalışma şartlarından ve maddi gelirinden memnun olmayan psikiyatristlerin iş doyumunu düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır.^[30] Hekimler ve sağlık çalışanlarının da içlerinde bulunduğu üniversite öğretim elemanlarıyla yapılan çalışmalarda bedensel alan puan ortalamasının yüksek (sırasıyla 15.0, 15.14) olması dışında diğer alanlarda^[31,32] ve hemşirelerle yapılan çalışmalarda benzer düzeyde sonuçlar elde edilmiştir.^[5,33-35]

Çalışmada yapılan çoklu analiz sonucunda erkeklerin yaşam kalitesi çevre alt boyutu puan ortalamalarının kadınlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. DSÖ'nün araştırmasında, Manisa Devlet Hastanesi'nde yatan hastalarda ve sağlık personelinde yapılan çalışmalarda bedensel ve ruhsal alan puanları erkeklerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.^[36,37] Çevre alan puanı, maddi olanaklar, fiziksel güvenlik, ev ortamı, ulaşım, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zamanları değerlendirme fırsatından oluşmaktadır. Çevre alan puanlarının kadınlarda düşük olması, kadınların hem iş yerinde hem de evde çalışmasının, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatını kısıtlayıp yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülebilir. Yapılan bazı çalışmalarda erkeklerin yaşam kalitesi düzeyinin kadınlardan daha fazla olduğu belirlenirken^[29,32,38] bazılarında cinsiyetin yaşam kalitesinde etkili olmadığı belirlenmiştir.^[31,39] Bu sonuçlar cinsiyetin yaşam kalitesini etkileyebilecek kesin bir belirleyici olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmada evli olanların sosyal alan puanları bekarlara göre istatistiksel olarak daha yüksek, çevre alan puanları ise daha düşük bulunmuştur. Çalışmada evlilerin çoğunlukta (%74) ve sosyal alan puanlarının evlilerde yüksek olması evliliğin sürekli bir sosyal destek sağlamasını düşündürmektedir. Çevre alan puanının düşük olması ise çalışmada kadın ve evlilerin çoğunlukta olması ile ilişkili olabilir. Hekim^[31] ve hemşirelerle yapılan çalışmalarda da evlilerin sosyal alan puanları belirgin olarak yüksek saptanmıştır.^[33,35] Diğer çalışmalarda evliliğin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.^[37,40]

Eğitim düzeyi yaşam kalitesinde önemli bir belirleyicidir. Eğitim düzeyi yükseldikçe kişi dış etkenlerden daha az etkilenir ve bunun sonucunda yaşam kalitesi artar.^[41] Bu çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal alan puanı azalmakta-

dır. Çalışma sonucu eğitim düzeyinin yükselmesi ile özgüvenin, benlik saygısının artıp, gereksinim ve beklentilerin daha iyi karşılanabileceğini ve bu durumun sosyal beklentileri artırabileceğini düşündürmektedir. Çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça ruhsal^[33,35,39] ve çevre alanlarının arttığı saptanmıştır.^[35]

Çalışmada meslekte çalışma yılı arttıkça ruhsal alan puanı azalmaktadır. Bu sonuçta hizmet süresinin artmasının çalışanların yüksek beklentilerinin ve enerjilerinin yıllarla birlikte azalıp iş doyumsuzluğuna neden olabileceği ve ruhsal alanı olumsuz etkileyebileceği düşünülebilir. Hekimlerle yapılan bir çalışmada da çalışma yılı arttıkça iş doyumunu düzeyinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır.^[42]

Ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimini etkileyen bir faktör olduğu bildirilmektedir.^[43,44] Çalışmada iş yaşamından memnun olmama nedeni olarak ekonomik sorunları belirtenlerde bedensel ve çevre alan puanları azalmaktadır. Bir çalışmada ekonomik düzey arttıkça çevre alan puanının arttığı,^[33] diğer çalışmalarda da gelir düzeyinin yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirlenmiştir.^[32,35,45]

Çalışmada ruhsal alan puanı, kişisel başarı algısında azalma ve iş yaşamından memnun olmama arttıkça; sosyal alan puanı ise aile sağlığı merkezinde çalışanlarda ve çalışma ortamında iletişim sorunları arttıkça azalmaktadır. Yapılan çalışmalarda da iş stresi, yoğunluğu, çalışma şekli, işinden memnun olmama, ekonomik sorunlar, mesleki doyumsuzluk gibi çalışma şartlarının çalışanların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir.^[5,29,35,40,46,47] Bir çalışmada da çalıştığı bölümü isteyerek seçenlerde ruhsal ve çevre alan puanı, çalıştığı bölümden memnun olanlarda ise sosyal alan dışında diğer alan puanları yüksek bulunmuştur.^[33] Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyinin incelendiği bir çalışmada çalışanların tükenmişlik düzeyinin, ikinci basamak sağlık çalışanları ile yapılan çalışma sonuçları ile benzer düzeyde olduğu ve mesleğin tükenmişliği etkilemediği belirlenmiştir.^[28] Türkiye'de 28 ilde 7255 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada^[48] ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişliğin değerlendirildiği 45 çalışmanın incelenmesi sonucunda, tükenmişliğin en fazla pratisyen hekim ve hemşirelerde görüldüğü ve iş yoğunluğu, iş doyumunu, rol çatışması ve çalışma ortamından memnun olmama gibi faktörlerin tükenmişliği artırdığı bildirilmiştir.^[49]

İş ve meslek yaşamındaki tükenmişliğin depresif yakınlarda artış, yaşam kalitesinde bozulma gibi sorunlara neden olduğu ve en önemli sonucu olarak da sunulan hizmetin kalitesinin bozulduğu bildirilmektedir.^[9,10,40] Hemşirelerle yapılan bir çalışmada tükenmişliğin ve iş yaşamından memnun olmamanın profesyonelliği olumsuz etkilediği, sorumluluklarından uzaklaştırdığı bildirilmiştir.^[50] Bu çalışmada tükenmişlik alt ölçeği ve depresyon puanları arasında pozitif bir

ilişki olduğu ve tükenmişlik ve depresyonun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada %38 oranında DT, %33 oranında anksiyete ve depresyon saptanmış, tükenmişlik ve psikiyatrik morbiditenin iş memnuniyetini olumsuz etkilediği belirlenmiştir.^[51] Hemşire,^[13,15] hekim^[27] ve sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda da tükenmişlik ve depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.^[12,14]

Sonuç

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi sundukları hizmetin bakım kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu nedenle yalnızca bireysel değil kurumsal, toplumsal ve sağlık politikasıyla ilgili önemli boyutları olan tükenmişlik ve depresyonun sağlık çalışanlarında erken tanınması, önlenmesi, başa çıkma etkili yöntemlerin belirlenmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması önemlidir. Çalışmada tükenmişlik ve depresyonun, cinsiyetin, medeni durumun, eğitim düzeyinin, çalışılan kurumun, çalışma yılının, ekonomik nedenlerin, iletişim sorunlarının, iş memnuniyetsizliğinin ve kurumdaki başarıyı algılama durumunun yaşam kalitesi çeşitli alanları için önemli yordayıcı değişkenler olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, çalışanların iş stresi ve iletişim sorunları ile etkili başa çıkması ve uyumlu bir ekip çalışması içinde olmaları için örgütsel düzeyde gerekli önlemlerin alınarak düzenli aralıklarla stresle başa çıkma, çatışma yönetimi gibi programlar düzenlenmesi, destekleyici grupların oluşturulması önerilebilir. Bununla birlikte çalışmada hedef gruba ulaşım oranının (%53) düşük olması nedeniyle kesin sonuçlara ulaşılamadığı, bu nedenle iş doyumunu gibi yaşam kalitesini etkileyebilecek ilişkili diğer faktörlerin çalışıldığı, sağlık çalışanlarının tamamını temsil edebilecek düzeyde çok merkezli benzer çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. International Labour Organization. ILO Report, 3rd Print. Geneva: 2006.
2. Barron DN, West E. The emotional costs of caring incurred by men and women in the British labour market. *Soc Sci Med* 2007;65:2160-71.
3. Kaçmaz N. Tükenmişlik sendromu. *İst Tıp Fak Derg* 2005;68:29-32.
4. Deckard G, Meterko M, Field D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Med Care* 1994;32:745-54.
5. Kavlu İ, Pinar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29:1543-55.
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
7. French SE, Lenton R, Walters V, Eyles J. An empirical evaluation of an expanded Nursing Stress Scale. *J Nurs Meas* 2000;8:161-78.
8. American Psychiatric Association. Manual identification and classification of psychiatric disorders. 4th ed. (Çeviri Editörü: Köroğlu E) Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
9. Collins S, Long A. Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers-a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10:417-24.

10. Sabin-Farrell R, Turpin G. Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clin Psychol Rev* 2003;23:449-80.
11. Cullen A. Burnout. Why do we blame the nurse? *Am J Nurs* 1995;95:22-8.
12. Martin F, Poyen D, Boudier E, Gouvernet J, et al. Depression and Burnout in Hospital Health Care Professionals. *Int J Occup Environ Health* 1997;3:204-9.
13. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2006;7:100-8.
14. Cihan YB. Onkoloji bölümünde çalışan sağlık personelinde tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi* 2011;28:17-22.
15. Iacovides A, Fountoulakis KN, Moysidou C, Ierodiakonou C. Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med* 1999;29:421-33.
16. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835-40.
17. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Eser SY ve ark. Psychometric properties of WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. *3P Dergisi* 1999;7(2 Suppl.):23-40.
18. Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H ve ark. Measure of quality of life WHOQOL-100 and WHOQOL-Bref. *3P Dergisi* 1999;7(2 Suppl.):5-13.
19. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981;2:99-113.
20. Çam O. Investigation of burnout syndrome in nurses. [Yayınlanmamış doktora tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1991.
21. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara: 1993.
22. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4: 561-71.
23. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
24. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
25. Savaşır İ, Şahin NH. Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 1997.
26. Armutçuk AK, Sevinç Ö, Bozkurt AI, Bostancı M ve ark. Denizli Devlet Hastanesi'nde çalışan hekim dışı sağlık personelinde tükenmişlik düzeyi ve ilişkili faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2011;4:15-20.
27. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: iş doyumunu ve depresyonla ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2007;8:241-7.
28. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. *TAF Prev Med Bull* 2007;6:357-63.
29. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F ve ark. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010;47:111-7.
30. Havle N, İlnem MC, Yener F, İster S. Farklı ülkelerde çalışan psikiyatlarda tükenmişlik ve iş doyumunu. *New Symposium* 2009;47:211-7.
31. Avcı K, Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;30:81-5.
32. Musaoğlu Z. Trakya Üniversitesi öğretim elemanlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. [Uzmanlık Tezi] Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD; 2008.
33. Ergün FS, Oran NT, Bender CM. Quality of life of oncology nurses. *Cancer Nurs* 2005;28:193-9.
34. Ay S, Güngör N, Özbaşaran. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesi ve bunu etkileyen sosyo-demografik faktörler. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Özet Kitabı. İzmir: 2007.
35. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of

- nurses. J Nurs Care Qual 2003;18:151-8.
36. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHO-QOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998;46:1569-85.
 37. Kaya M, Piyal B. Ankara'da 112 acil yardım hizmetlerinde çalışan personelin öznel yaşam kalitelerinin sosyo-demografik özellikler yönünden yaşam kalitesi ait alanlarına göre değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Özet Kitabı. İzmir: 2004. s. 61.
 38. Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N. Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. Psychiatry Clin Neurosci 2000;54:147-52.
 39. Chien LY, Lo LH, Chen CJ, Chen YC, et al. Quality of life among primary caregivers of Taiwanese children with brain tumor. Cancer Nurs 2003;26:305-11.
 40. Lerner DJ, Levine S, Malspeis S, D'Agostino RB. Job strain and health-related quality of life in a national sample. Am J Public Health 1994;84:1580-5.
 41. Meeks S, Murrell SA. Contribution of education to health and life satisfaction in older adults mediated by negative affect. J Aging Health 2001;13:92-119.
 42. Tözün M, Çulhancı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). TAF Preventive Medicine 2008;7:377-84.
 43. Acheson D, Alleyne GA, Casas JA, Castillo-Salgado C, et al. Round table discussion. Health inequalities and the health of the poor. Bull World Health Organ 2000;78:75-85.
 44. Milio N. Minority populations and health: An introduction to health disparities in The United States. JAMA 2005;294:1280.
 45. Chou YC, Lin LC, Chang AL, Schalock RL. The quality of life of family caregivers of adults with intellectual disabilities in Taiwan. JARID 2007;20:200-10.
 46. Lourenção LG, Moscardini AC, Soler ZA. Health and quality of life of medical residents. [Article in Portuguese] Rev Assoc Med Bras 2010;56:81-91. [Abstract]
 47. Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A ve ark. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010;23:238-43.
 48. Ergin C. Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Türkiye sağlık personeli normları. 3P Dergisi 1996;4:28-33.
 49. Günüşen NP, Üstün B. Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. DEUHYO ED 2010;3:40-51.
 50. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. J Adv Nurs 2000;32:454-64.
 51. Tabolli S, Ianni A, Renzi C, Di Pietro C, et al. Job satisfaction, burnout and stress amongst nursing staff: a survey in two hospitals in Rome. [Article in Italian] G Ital Med Lav Ergon 2006;28:49-52.
-
- 10. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur (28-30 Ekim 2010, Erzurum).