

HEMŞİRELERİN STRESLE BAŞ ETME TARZLARI İLE DEPRESYON BELİRTİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

THE RELATION BETWEEN DEPRESSION SYMPTOMES' LEVEL AND STRESS COPING STRATEGIES OF NURSES

Ar.Gör. Çiğdem TATAR YÜKSEL*

Yard.Doç.Dr. Gönül ÖZGÜR**

*Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD.

**E. Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD.

III. Uluslar arası-10.Ulusal Hemşirelik Kongresinde (7-10 Eylül 2005, İzmir) poster bildirisi olarak sunulmuştur.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, hemşirelerin stresle baş etme tarzları ile depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelenmek amacıyla planlanmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini Balıkesir İli Bandırma İlçesi MGK Devlet Hastanesinde çalışan hemşireler (N:106) ve Bandırma SSK Hastanesinde (N:52) çalışmakta olan hemşireler (N:158) oluşturmaktadır. Veriler, hemşireleri Tanıtıcı Bilgi Formu, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı ve yüzde dağılımlar, aritmetik ortalama, "t" testi, varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular ve Sonuç: Hemşirelerin BDE puan ortalaması 7.77 ± 6.27 dir. Hemşirelerde çocuk sayısının fazla olmasının, meslekte çalışma yılı, işten memnun olma düzeyinin, algılanan ruh sağlığı düzeylerinin, hasta sayısının fazla olmasının ve personel sayısının az olmasının depresyon belirti puan ortalamasında etkili olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan, stresle baş etmede "kendine güvenli yaklaşım" ve "iyimser yaklaşım" kullanan hemşirelerin daha az depresif belirtiler gösterdiği, "sosyal destek arama", "çaresiz yaklaşım" ve "boyun eğici yaklaşım" kullanan hemşirelerin daha çok depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır.

Hemşirelerin depresyon belirti düzeyinin düşük olduğu, stresle baş etmede "kendine güvenli yaklaşım" ve "iyimser yaklaşım" kullanan hemşirelerin depresyon geliştirme riski taşımadıkları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, stres, depresyon, baş etme tarzı

ABSTRACT

Objective: This study has been planned as a descriptive research to examine the relation between the level of depression symptoms and coping strategies of nurses.

Methods: The sample of this study consists of 158 nurses who work at Social Security Hospital (52) and Government Hospital (106). The data was collected by a questionnaire included three instruments: 1) The Descriptive Information Form, 2) Scale of the Ways to Cope With Stress 3) Beck Depression Inventory. Data were evaluated using mean, standard deviation and t-test, variance analyse and korelasyon analyse.

Results: According the research findings, the mean score of Nurses' Beck Depression Inventory were 7.77 ± 6.27 . At thr same time, increasing child number of nurses, working years, nurses job satisfaction, percieved menthal health as "neither good nor bad", increased patients number and decreased staff number were founded effective factores for depressif symptom's occur. "The Submissive Style", "The Helpless Style" and "Seeking for Social Support Style" approaches increased nurses' depressif symptoms and "Self Confident Approach" and "Optimistic Approach" degreased nurses' depressif symptoms.

Conclusion: The level of nurses' depression symptomes were low. At the same time, it was founded that coping strategies which were used by nurses such as "Self Confident Approach" "Optimistic Approach had not risk for geting depression symptomes .

Key Words: Nurse, stress, depression, coping strategies

GİRİŞ

Bireyin, fizik ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırların ötesinde harcadığı gayrete "stres" denir. Talepler karşısında vücudun tepkisi olan stres, günlük hayatın olağan bir parçasıdır. Uçman'ın (1990) yaptığı çalışmada, Folkman ve Lazarus'un stres tanımının, birey-çevre etkileşiminde kişinin uyumunu tehlikeye düşüren ve mevcut kaynaklarını zorlayan ya da aşan çevre talepleri olduğunu ifade etmiştir. "Baş etme", bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Folkman ve ark. 1986, Cüceloğlu 1991, Hargreaves G 1999, Uçman 1990).

Strese neden olan bir çok faktör vardır. İnsanın fizyolojik ve psikolojik dengesini etkileyen her türlü unsur bir stres kaynağı olarak görülebilir. Bu doğrultuda, bireyin iş çevresi ve iş dışı çevresi birbirini etkileyerek stres oluşumuna neden olur. İşe bağlı gerginlik ve tükenme kişide depresyon, anksiyete, çaresizlik duyguları gibi ruhsal; baş ağrısı, kaslarda gerginlik, uykusuzluk gibi fizyolojik etkilere yol açmaktadır (Bingöl ve Naktiyok 2001, Öztürk ve ark. 2001). Stres yaşantısının erken belirtisi özellikle başta, ensede, sırtta ve omuzda kas sertleşmesi, uzun dönemde hazımsızlık, ülser başlangıcı gibi sindirim sistemi sorunlarıdır. Bunlara ek olarak; terleme, nefes darlığı, tansiyon yükselmesi, yorgunluk, alerji, mide bulantısı da stresle tetiklenen tepkilerdendir (Altuntaş 2003, Güney 2000).

Stres tek başına düşünülmesi imkânsız bir olgudur. Birçok çalışma stres ile ilişkili başka kavramların (psikosomatik hastalıklar, tükenmişlik sendromu, kontrol odağı vb.) varlığını işaret etmektedir. Günümüz insanı, yaşamın her alanında kendini hissettiren zorlanmalarla dolu bir dünyayla karşı karşıyadır. Bu zorlanmalar bireyin tüm dengesini altüst edebilmekte ve sağlığını tehdit etmekte, kişiyi bir semptom örüntüsü olan tükenmişliğe götürmektedir (Buldukoğlu ve ark. 1995, Uğurlu ve ark. 2000)

Norbeck (1985) yaptığı çalışmada, Cherniss'in çalışmalarında tükenmişlik sendromunu çalışanların iş ortamına karşı tepki gösterme yolu olarak tanımladığını ifade etmiştir. Bu tepki hem dışsal faktörler (iş ortamı, çalışma arkadaşları vb.) hem de içsel faktörlere (kişilik, bireysel stresle baş etme teknikleri gibi) bağlıdır (Norbeck 1985).

Sağlık çalışanlarından biri olan hemşire, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek verme gibi stres yaratan deneyimler yaşamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımı da çalışanlar için önemli bir stres unsurudur (Öztürk ve ark. 2001). Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Bu gelişimin olumlu yönde olması bireyin sağlığı ve kurumun başarısı ile sonuçlanır (Gözüm 1997).

Çalışma yaşamında sağlık profesyonelleri içinde önemli yeri olan ve hastalarla birebir uzun mesai saatleri boyunca birlikte olan hemşirelerin toplumda cinsiyetlerine göre dağılımı göz önüne alındığında, neredeyse tamamına yakınının kadın olduğu görülmektedir. Bu nedenle, iş yaşamından gelen zorlukların yanısıra ev yaşamında kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskıların neden olduğu streslerin hemşirelerin depresyon yaşamasında göz ardı edilemeyecek önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. Kaynaklarda da kadınlara özgü çok çeşitli tıbbi, ruhsal ve toplumsal faktör nedeniyle, depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Koroğlu 1997, Görgülü 1998, Yüksel 2001).

Hemşirelerin sağlığının bozulması; iş gücü kaybı, verimin düşmesi, kurum ve ülke için ekonomik kayıp, kazaların artması ve hizmet sundukları birey ya da hastaların risk altına girmesine neden olabilir (Tayran ve Talas 2001). Bu nedenle hemşirelerin çalışma yaşamları ile ilgili streslerinin neler olduğu, bu stresörlerle ne düzeyde ve nasıl baş ettiklerinin değerlendirilmesi ve stresin uzun süreli yaşanmasına bağlı olarak ortaya çıkan depresyon belirtilerinin incelenmesi gerekmektedir.

Bu konularda araştırmalar yapılmasının, hem hemşirelerin yaşam kalitesinin, hem de verdikleri bakımın kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Stres yaşama ve depresyona girme açısından risk altında bulunan hemşirelerin stresle etme çıkma tarzları

ile depresyon arasındaki ilişkinin, araştırmalarla ortaya konulmasına giderek daha fazla gereksinim duyulmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin stresle baş etme tarzları ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, 31 Mayıs-7 Haziran 2004 tarihleri arasında yapılmıştır. Balıkesir İli Bandırma İlçesi Mehmet Güven Karahan (MGK) Devlet Hastanesinde çalışan hemşireler (N:106) ve Bandırma Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Hastanesinde çalışan hemşireler (N:52) araştırmanın evrenini (N:158) oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Evren aynı zamanda örnekleme oluşturmuştur. Araştırmaya tüm hemşireler (N:158) katılmıştır.

Araştırma verileri üç ayrı form kullanılarak toplanmıştır. 1) Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini içeren “Tanıtıcı Bilgi Formu” 2) Hemşirelerin stresle etme tarzlarını belirlemek amacıyla “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)” 3) Hemşirelerin depresyon belirtilerinin düzeylerini belirlemek amacıyla da “Beck Depresyon Envanteri (BDE)” kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmaya katılan hemşirelerin özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu form, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (7), çalışma özellikleri (6), kendi sağlıklarını ve kişiler arası ilişkilerini algılayışları (3), iş yeri ile ilgili stres kaynakları ve baş etme davranışlarını (4) kapsayan 20 sorudan oluşmaktadır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen “Ways Of Coping Inventory” ölçeğinden Türkçe’ye uyarlanan “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği”nin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Form Likert tipi bir ölçek olup 30 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin probleme yönelik etkili yollar ve duygulara yönelik etkisiz yollar olarak isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Bu iki boyut beş alt ölçekte yansımaktadır (Işıkhan 2004).

Bu ölçeğin alt ölçekleri şunlardır; Kendine Güvenli Yaklaşım (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), Çaresiz Yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28), Boyun Eğici Yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21, 24), İyimser Yaklaşım (2, 4, 6, 12, 18), Sosyal Destek Arama Yaklaşımı (1, 9, 29, 30).

Sosyal destek aramanın 1. ve 9. maddeleri hariç diğer maddeler için puanlama şu şekildedir: Hiç uygun değil “0”, uygun değil “1”, uygun “2”, tamamen uygun “3” puan olarak hesaplanmıştır. Sosyal destek arama boyutunun 1. ve 9. maddelerinde ise, Hiç uygun değil “3”, uygun

değil “2”, uygun “1”, tamamen uygun “0” puan olarak hesaplanmıştır (Işıkhhan 2004). Her faktöre ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmakta, toplam puan ise hesaplanmamaktadır (Işıkhhan 2004). Kendine Güvenli Yaklaşım toplam puanı 0-21 aralığında, Çaresiz Yaklaşım toplam puanı 0-24 aralığında, Boyun Eğici Yaklaşım toplam puanı 0-18 aralığında, İyimser Yaklaşım toplam puanı 0-15 aralığında, Sosyal Destek Arama Yaklaşımı toplam puanı 0-12 aralığında değişmektedir. Her yaklaşım için toplam puanın artışı bireyin o başa çıkma tarzını daha çok kullandığını şeklinde değerlendirilir (Işıkhhan 2004).

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Bu ölçek depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Beck tarafından geliştirilen bu ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Nesrin Hisli (1995b) tarafından yapılmıştır. Formda 21 belirti kategorisi vardır. 11 kategori bilişsel belirtileri, 2 kategori duygusal belirtileri, 2 kategori açıkça görülen davranışları, 1 kategori kişilerarası sorunları, 5 kategori somatik semptomları ölçmektedir. Bu kategoriler: Duygu durumu, Kötümserlik, Başarısızlık Duygusu, Doyumsuzluk, Suçluluk Duygusu, Cezalandırılma Duygusu, Kendinden Nefret Etme, Kendini Suçlama, Kendini Cezalandırma Arzusu, Ağlama Nöbetleri, Sinirlilik, Sosyal İçedönüklülük, Kararsızlık, Bedensel İmge, Çalışabilirliğin Ketlenmesi, Uyku bozuklukları, Yorgunluk-Bitkinlik, İştahın Azalması, Kilo Kaybı, Somatik Yakınmalar, Cinsel Dürtü Kaybı' dır. Her madde dört seçenekten oluşmaktadır ve sıfır ile üç arasında puan almaktadır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Puan aralığı 0-63'tür. Toplam puanların yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin Türkiye için kesme noktası 17'dir (Hisli 1995).

Araştırma verileri hemşirelere çalışırken, onlar için uygun bir saatte, sözlü onamları alınarak, görüşme ve kağıt-kalem yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Veriler; sayı ve yüzde dağılımlar, aritmetik ortalama, “t” testi, varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hemşirelerin % 45.6'sı 23-31 yaş grubunda olup, yaş ortalamaları 33.24 ± 7.12 'dir. Hemşirelerin erişkin yaş grubunda olduğu görülmektedir. Pektekin ve ark. (1990) yaptıkları çalışmada da hemşirelerin çoğunluğunun 26-35 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin % 82.3'ü evlidir. Yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerin % 53 ile % 62.7 oranında evli olduğu belirlenmiştir (Çam 1992, Okumuş ve ark. 1999). Hemşirelerin % 77.2'sinin çocuk sahibi olduğu, % 43.7'sinin bir çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. % 47.5'inin üç kişilik bir ailede, % 93.7'sinin çekirdek

ailede yaşadıkları, % 62.6'sının gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin % 69.0'unun Ön Lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Önceki senelerde yapılan çalışmalarda hemşirelerin sağlık meslek liselerinden mezun olma oranları daha yüksek bulunmuştur. Okumuş ve Maltepe'nin (1992) yaptığı bir araştırmada bu oran % 52.8 bulunmuştur. Altun'un yaptığı çalışmada ön lisans mezunu hemşirelerin oranı % 52'dir. Talas ve Tayran'ın 2001 yılında yaptıkları araştırmada bu oran % 36.1 iken ön lisans ve lisans mezunu oranı % 63.9'dur. Bulgular, eğitim düzeyinin yıllarla doğru orantılı olarak arttığını göstermektedir.

Hemşirelerin % 29.1'inin 11-15 yıldır meslekte, % 48.1'inin Dahili Bilimlerde, % 91.8'inin ise servis hemşiresi olarak çalıştıkları bulunmuştur. Hemşirelerin % 88.6'sının nöbet tutarak çalıştığı saptanmıştır. Görgülü (1998) yaptığı çalışmada nöbet sisteminde ve dönüşümlü (vardiya) çalışmanın meslekte stres etkenlerinden olduğu ve duruma bağlı anksiyete düzeylerini yükselten bir faktör olduğunu ifade etmiştir.

Hemşirelerde fizik ortamdan kaynaklanan stres nedenleri incelendiğinde, % 30.4'ünün fiziksel ortamın sağlık koşullarına uygun olmayışı, % 22.2'sinin servis organizasyonunun bozukluğu, % 17.7'sinin malzeme yetersizliği, % 14.6'sının fiziki yapıda yetersizlik nedeniyle stres yaşadıkları saptanmıştır. Yetersiz araç gereç ile çalışmanın çalışma koşullarını zorlaştırdığı ve hasta bakımını aksatarak verilen hizmetin kalitesini ve iş doyumunu azalttığı saptanmıştır (Demir 2004).

Hemşirelerde kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan stres nedenleri incelendiğinde, %33.5'inin ekip üyeleri ile girilen diyaloglar, % 27.2'sinin hasta yakınları ile girilen diyaloglar, % 24.1'inin hastalar ile girilen diyaloglar nedeniyle stres yaşadıkları saptanmıştır. Ekip anlayışının sağlık hizmetlerinde benimsenmemesi ve uygulamaya yansıtılmaması nedeni ile ekip üyeleri ile iletişimin en yüksek oranda stresör olduğu söylenebilir.

Hemşirelerde mesleki uygulamalardan kaynaklanan stres nedenleri incelendiğinde % 16.5'inin görev karmaşası, % 13.9'unun hasta sayısının fazla olması, % 11.4'ünün personel azlığı, % 10.8'inin mesleki bilginin kullanılmaması nedeniyle stres yaşadıkları saptanmıştır. En yüksek oranda görev karmaşasının bulunması, sağlık profesyonellerinin görev tanımlarının yapılmamış oluşu ile ilişkilendirilebilir. Demir (2004) çalışmasında, hemşire sayısının azlığının iş yükünü arttırdığını, dolayısıyla hemşire başına düşen hasta sayısının arttığını, bunun da hemşirelerde fiziksel bitkinliğe ve hastalardan olumsuz geri bildirim alınmasına neden olduğunu belirtmektedir. Hemşirelerin hasta yakınları ve hastalar ile girilen diyaloglar nedeniyle stres yaşadığını ifade etmeleri bu kapsamda değerlendirilebilir.

Hemşirelerin hasta bakımı verirken karşılaştıkları stres nedenleri incelendiğinde, % 17.1'inin bakım verdikleri hastanın sağlığının kötüye gitmesini, 12.0'nin hastaların ajite olmasını stres nedeni olarak belirttikleri bulunmuştur. Araştırmaya katılan 158 hemşireden 41'i hastayla ilgili en az bir stres nedeni ifade etmiştir. Bu oranın yüksekliği, hemşirelerin hasta bakımında oldukça profesyonel oldukları ya da duyarsız davrandıklarını düşündürmektedir.

Hemşirelerin çalışırken kendilerini stresli hissettiklerinde yaptıkları davranışlar incelendiğinde, % 32.3'ünün biriyle konuştuğu, % 19.0'nin ortamdan uzaklaştığı, % 19.0'nin işine devam ettiği, % 18.4'ünün çözüm aradığı, % 17.7'sinin "diğer davranışlar" kapsamında sigara içtiği, ağladığı, sıcak içecekler içtiği, birşeyler okuyarak başka şeyler düşünmeye çalıştığı, % 12.0'nin sustuğu/sakin kaldığı saptanmıştır. Hemşirelerin duygu odaklı başa çıkma tarzlarını daha fazla kullandığı söylenebilir. Bu bulgular Işıkhan'ın (2004) araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Verilen cevaplar arasında "dua ederim", "içimden birden ona kadar sayarım", "gözlerimi kapatarak beni mutlu eden şeyleri düşünürüm" gibi ifadeler bulunmaktadır. Literatürde spirütializmin depresyondan koruyucu etkenler arasında yer aldığı belirtilmektedir (Ünal ve ark. 2000).

Hemşirelerin % 48.1'inin işinden "kısmen memnun" olduğu, % 44.9'unun işinden "memnun" olduğu, % 7.0'ının işinden "memnun olmadığı" saptanmıştır. Talas ve Tayran'ın (2001) yaptıkları araştırmada memnun olmayan ve kısmen memnun olanların oranı % 56.8, memnun olanların oranı % 43.2'dir. İşinden memnun olanların BDE toplam puan ortalaması $X=6.26 \pm 5.46$, kısmen memnun olanların $X=8.75 \pm 6.32$, memnun olmayanların ise $X=10.72 \pm 8.67$ 'dir. Hemşirelerin memnuniyet durumlarına göre BDE toplam puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($F= 4.36, P<0.05$).

Anova ile gruplar arası farklılık tespit edilmiştir ve gruplar arası farkın anlamlı olması nedeniyle Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi ile grupların ikili analizi gerçekleştirilmiştir. İşinden kısmen memnun olan hemşirelerin, işinden memnun olduğunu ifade eden hemşirelere göre daha çok depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. İşten memnun olma düzeyi arttıkça depresyon puan ortalamaları azalmaktadır.

Fizik sağlığını "iyi" olarak değerlendiren hemşirelerin BDE toplam puan ortalaması $X=6.26 \pm 4.93$, "ne iyi ne kötü" olarak değerlendirenlerin $X= 10.75 \pm 7.51$ olarak bulunmuştur. Hemşirelerin fizik sağlıklarını değerlendirmeleri durumları ile BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=7.83, P<0.01$).

Yapılan ileri analizde, bu farkın fizik sağlığını değerlendirmede ne iyi ne kötü cevabını veren hemşireler ile iyi cevabını veren

hemşirelerden kaynaklandığı saptanmıştır ($P<0.01$). Ne iyi ne kötü cevabını veren hemşireler, iyi cevabını veren hemşirelere oranla oldukça yüksek oranda depresif belirtiler göstermektedirler. Fizik sağlığın çalışma yaşantısı etkileyen bir faktör olduğu bilinmektedir.

Ruh sağlığını “çok iyi” olarak değerlendiren hemşirelerin BDE toplam puan ortalaması $X=5.07 \pm 3.30$, “iyi” olarak değerlendirenlerin $X= 6.04 \pm 4.36$, “ne iyi ne kötü” olarak değerlendirenlerin $X= 11.87 \pm 7.94$ olarak bulunmuştur. Hemşirelerin BDE puan ortalamaları ile ruh sağlıklarını değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=18.84$, $P<0.01$).

Anova ile gruplar arası farklılık tespit edilmiştir ve gruplar arası farkın anlamlı olması nedeniyle Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi ile grupların ikili analizi gerçekleştirilmiştir. Ruh sağlığını değerlendirme durumu için “ne iyi ne kötü” ifadesini kullanan hemşirelerin, ruh sağlığını değerlendirme durumu için “iyi” ve “çok iyi” ifadelerini kullanan hemşirelere göre daha çok depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Ruh sağlığı değerlendirme durumu için “iyi” ve “çok iyi” ifadesini kullanan hemşireler arasında depresyon yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hemşirelerin depresif belirtilerinin artması ruh sağlığı yakınmalarını arttırmaktadır.

Hemşirelerin çalışırken kendilerini stresli hissettiklerinde yaptıkları davranışlardan çözüm arama davranışının, BDE toplam puan ortalaması $X=5.27 \pm 3.49$ 'dur. Hemşirelerin çalışırken kendilerini stresli hissettiklerinde yaptıkları diğer (ortamdan uzaklaşmak, konuşmak, işe devam etmek, susmak, sigara içmek, kitap okumak, ağlamak, sıcak içecekler içmek gibi diğer kapsamına giren davranışlar) davranışlardan çözüm arama davranışındaki BDE toplam puan ortalaması farkı istatistiksel analiz ile anlamlı bulunmuştur ($F= 7.84$, $P<0.01$).

Bağımsız iki grup ortalaması için T testi uygulanmıştır. Çözüm ararım ifadesini kullanmayan hemşirelerin BDE toplam puan ortalaması, bu ifadeyi kullanan hemşirelerin BDE toplam puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermiştir ($P<0.01$, $T=2.40$, $sd=156$). Çözüm arama davranışını sergileyen hemşirelerin, sergilemeyenlere göre daha az depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır.

Ortamdan uzaklaşmak, konuşmak, işe devam etmek, susmak, sigara içmek, kitap okumak, ağlamak, sıcak içecekler içmek gibi “diğer” kapsamına giren davranışlar hemşirelerin BDE toplam puan ortalamalarını etkilememektedir. Çözüm arama davranışı arttıkça, umutsuzluk çaresizlik duygularıyla karakterize depresif semptomlar azalmaktadır. Hemşirelerin genellikle etkisiz başa çıkma yolları kullandıkları dikkat çekmektedir.

Tablo 1: Hemşirelerin SBTÖ ve BDE Puan Ortalamaları

	\bar{X}	SS.	Min.	Max.
SBTÖ Puan Ortalamaları				
Kendine Güvenli Yaklaşım	14.91	2.13	10.00	20.00
İyimser Yaklaşım	9.67	1.81	3.00	14.00
Çaresiz Yaklaşım	9.12	3.24	1.00	20.00
Boyun Eğici Yaklaşım	4.39	2.46	0.00	10.00
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	8.08	1.92	2.00	12.00
BDE Puan Ortalamaları	7.77	6.27	0.00	34.00

Hemşirelerin SBTÖ alt ölçek puan ortalaması incelendiğinde, en yüksek puan ortalamalarının sırasıyla Kendine Güvenli Yaklaşım ($\bar{X}=14.91$) İyimser Yaklaşım ($\bar{X}=9.67$), Çaresiz Yaklaşım ($\bar{X}=9.12$) ve Sosyal Destek Arama ($\bar{X}=8.08$) olduğu; en düşük puan ortalamasının ise Boyun Eğici Yaklaşım ($\bar{X}=4.39$) olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Şahin (1995b) SBTÖ' nün geçerlik, güvenirlik çalışmasını yaptığı araştırmasında, Kendine Güvenli Yaklaşımın ve İyimser Yaklaşımın stresle olumlu başa etme yöntemi olduğunu belirtmektedir. Diğer taraftan depresif belirtileri yüksek olan kişilerin, stresli durumlarda diğerlerine oranla daha farklı davrandıkları; kullandıkları başa çıkma mekanizmalarının daha çok duygulara yönelik olduğu, probleme yönelik davranışları ise daha az kullandıkları ifade edilmiştir (Şahin 1995b).

Literatürde depresif belirtileri yüksek grubun, “boyun eğici”, “çaresiz” yaklaşımları daha fazla kullandıkları; belirtileri düşük grubun ise “kendine güvenli” ve “iyimser” yaklaşımları daha fazla kullandıkları gözlenmiştir. Depresif belirtileri yüksek olan kişilerin, stresli durumlarda diğerlerine oranla daha farklı davrandıkları; kullandıkları başa çıkma mekanizmalarının daha çok duygulara yönelik olduğu, probleme yönelik davranışları ise daha az kullandıkları ifade edilmiştir (Öztürk 2001).

Hemşirelerin BDE puan ortalamaları incelendiğinde toplam puan ortalamasının 7.77 ± 6.27 olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada, ölçekten alınan minimum puan 0.00, maksimum puan 34.00 olmuştur (Tablo1). Şahin (1995), 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu % 90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiğini görmüştür. Bu çalışmada da 17 puan ve üzeri puan alan 15 (%9.4) hemşire olduğu saptanmıştır.

Kadınlarda depresyon görülme sıklığının % 5-20 arasında olduğu ifade edilmektedir (Yüksel 2001). Köroğlu (2004), kadınların % 20'sinin yaşamlarının bir döneminde klinik depresyon geçirdiğini ifade etmiştir. Araştırmada örnekleme alınan hemşirelerin tamamının kadın olması, çok düşük olmayan bir oranda depresyon görülmesinin nedeni olarak düşünülmektedir. Aynı zamanda Kadınlık rollerinin, toplum yapısından

kaynaklanan stres verici yönleri olduğu ve depresyona neden olan bir çok faktörü beraberinde getirdiği bilinmektedir (Navaro 2002).

Tablo 2: Hemşirelerin BDE Toplam Puan Ortalamalarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	BDE Toplam Puan Ortalaması					
	N	X	Ss	T	sd	P
Çocuk Sahibi Olma Durumu (N=158)				1.48	156	0.04*
Var	122	8.17	6.57			
Yok	36	6.41	4.93			

*P<0.05

Tablo 2’de hemşirelerin çocuk sahibi olma durumuna göre BDE toplam puan ortalamaları dağılımı incelendiğinde, çocuk sahibi olan hemşirelerin BDE puan ortalamasının ($X=8.17 \pm 6.57$), çocuk sahibi olmayan hemşirelerin BDE puan ortalamasından ($X=6.41 \pm 4.93$) yüksek olduğu görülmektedir.

Toplum Ortalamalarına Dayalı İki Örneklem T Testi ile gruplar arası farklılık tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t: 1.48, P<0.05). Gruplar arası farkın anlamlı olması nedeniyle çocuk sahibi olan hemşirelerin çocuk sayıları dikkate alınarak Bonferroni Çoklu Karşılaştırma Testi ile grupların ikili analizi gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (F=3.99, P<0.05).

Hemşirelerden üç çocuğa sahip olanların, çocuğu olmayan, bir çocuğu olan ve iki çocuğu olan hemşirelere göre, daha çok depresif belirtiler gösterdiği saptanmıştır (P<0.01). Üç çocuklu bir ailede en az beş kişinin (anne, baba, çocuklar) var olduğu düşünülecek olursa bunun hem maddi hem manevi güçlüklerinin olması kaçınılmazdır. Günümüz tüketim toplumunun zorlanmaları da bu güçlüklerin daha yoğun yaşanmasına neden olacaktır. Bu bağlamda, hemşirelerin depresif belirtileri yaşamasında, çocuk sayısının risk etmeni olduğu söylenebilir. Navaro’da (2002), kadınlık rolünden oluşan depresyonları tanımlarken kadınların, ailenin beslenme sorunu, çocukların sağlığı, terbiyesi ve eğitimiyle genellikle tek başına ilgilenen bireyler olduğunu, çalışan kadınların ise hem iş sorumluluğunu hem de evin sorumluluğunu taşıyan bireyler olduğunu ve bunların da depresyon için neden olduğunu ifade etmiştir.

Hemşirelerin BDE toplam puan ortalaması meslekte çalışma süresine göre incelendiğinde, meslekte 16-20 yıl çalışan hemşirelerin, 1-5 yıl, 6-10 Yıl, 11-15 Yıl ve 20 Yıl ve üzerinde çalışan hemşirelere göre daha fazla depresif belirtiler gösterdikleri saptanmıştır. Yapılan ileri analizde, farkın meslekte 1-5 yıl çalışan hemşireler ile 16-20 yıl çalışan hemşirelerden kaynaklandığı tespit edilmiştir (P<0.05) (Tablo 3).

Meslekte çalışma yılları arttıkça, depresyon belirtileri de artmaktadır. Ergüney (2001) araştırmasında, çalışma yılının işe bağlı gerginlik, anksiyete ve stres düzeyini etkileyen bir faktör olduğunu açıklamıştır.

Tablo 3: Hemşirelerin BDE Toplam Puan Ortalamalarının Meslekte Çalışılan Süreye ve İfade Ettiği Stres Kaynaklarına Göre Dağılımı (N: 158)

Tanıtıcı Özellikler	BDE Toplam Puan Ortalaması				
	N	X	Ss	F	P
Meslekte Çalışılan Süre					
1-5 Yıl	26	6.26	5.88	2.57	0.04**
6-10 Yıl	35	9.71	6.09		
11-15 Yıl	46	6.60	4.73		
Yıl	20	10.20	10.38		
20 Yıl ve ↑	31	7.00	4.46		
Stres Kaynakları/Mesleki Uygulamalar	N	X	Ss	t	P
Hasta Sayısının Fazla Olması	22	11.31	8.05	3.02	0.00*
Personel Azlığı	18	11.27	7.52	1.85	0.01*
Görev Karmaşası	26	9.65	6.65	0.61	0.09
Mesleki Bilginin Kullanılmaması	17	9.52	7.14	0.56	0.22

*P<0.01, ** P<0.05

1-5 yıl çalışanların daha depresif belirtiler gösterme nedeninin oryantasyon ve adaptasyon yönünden sorun yaşamaları olabileceği düşünülmektedir. Depresyon puanlarının 1-5 yıl çalışanlarda daha yüksek olması, bu kişilerde iş yükünün fazla olmasına ve mesleki yaşamlarının henüz başında olmalarının getirdiği işle ilgili belirsizlikleri daha sık yaşamalarına bağlanabilir. Bilici ve arkadaşlarının (1998) araştırma sonuçları da bu bulguları desteklemektedir.

16-20 yıl çalışan hemşirelerin en yüksek puanı almalarının nedeni, çalışma koşullarının zorlaması yanısıra emekliliğin yaklaşması olabilir. Bununla beraber hemşirelik mesleğinde iş tanımlarının olmaması sonucu tüm hemşirelerin benzer asgari düzeydeki işleri yapmaları ve bu sebeple iş yaşantısında uzun yıllar deneyimi olan hemşirelerin kapasitelerini atıl olarak kullanarak potansiyellerini değerlendirememeleri gerçeği de göz önünde bulundurulmalıdır. Kuyurtar ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada potansiyelini değerlendiremeyen çalışanların işine gittikçe yabancılaşacaklarını, yeteneklerinin ve yeterliliklerinin köreleceğini ve iş doyumunu düzeylerinin düşeceğini ifade etmiştir.

Hemşirelerin mesleki uygulamalardan kaynaklanan stres kaynaklarına göre BDE Puan Ortalamalarının Dağılımı incelendiğinde, hasta sayısının fazla olmasının ve personel sayısının az olmasının BDE toplam puan ortalamasını etkilediği saptanmıştır.

Mesleki uygulamalardaki stres nedeni olarak hasta sayısının fazla olduğunu belirten hemşirelerin BDE toplam puan ortalaması $X=11.31 \pm$

8.05'tir. Hemşirelerin BDE puan ortalamaları ile hasta sayısının fazla olmasının stres kaynağı olduğunu belirten hemşirelerin BDE toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=3.02, P<0.01) (Tablo 3).

Benzer şekilde personel sayısının az olduğunu belirten hemşirelerin de BDE toplam puan ortalaması $X=11.27 \pm 7.52$ 'dir. Hemşirelerin BDE puan ortalamaları ile personel sayısının az olmasının stres kaynağı olduğunu belirten hemşirelerin BDE toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=1.85, P<0.05) (Tablo 3).

Hasta sayısının artması ve hemşire sayısının azalması hemşirelerin depresyon puan ortalamalarını yükseltmektedir. Araştırma bulguları Demir (2004)'in bulguları ile paralellik göstermektedir. Demir'de çalışmasında, hemşire sayısının azlığının iş yükünü arttırdığını, dolayısıyla hemşire başına düşen hasta sayısının arttığını, bunun da hemşirelerde fiziksel bitkinliğe ve hastalardan olumsuz geri bildirim alınmasına neden olduğunu belirtmektedir.

Tablo 4: Depresyon ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Alt Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişki (Pearson Korelasyon Tablosu)

	Depresyon Toplam Puanı	Kendine Güvenli Yaklaşım Toplam Puanı	Çaresiz Yaklaşım Toplam Puanı	Boyun Eğici Yaklaşım Toplam Puanı	İyimser Yaklaşım Toplam Puanı	Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Toplam Puanı
Depresyon Toplam Puanı	1					
Kendine Güvenli Yaklaşım Toplam Puanı	-0.201*	1				
Çaresiz Yaklaşım Toplam Puanı	0.383**	-0.258**	1			
Boyun Eğici Yaklaşım Toplam Puanı	0.174*	-0.358**	0.455**	1		
İyimser Yaklaşım Toplam Puanı	-0.147	0.608**	-0.101	-0.084	1	
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı Toplam Puanı	0.031	0.184*	0.054	0.213**	0.130	1

*: P<0.05 **: P<0.01

Hemşirelerin BDE Puan Ortalamaları ile Görev karmaşası (t: 0.61, P>0.05) ve Mesleki bilginin kullanılmamasının stres kaynağı olduğunu ifade eden hemşirelerin BDE toplam puan ortalamaları (t: 0.56, P>0.05) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 3). Bu bulgular, hemşirelerin profesyonellikleri konusunda daha az zorlanmaları yanısıra kaygılarının da daha az olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 4 incelendiğinde, Kendine güvenli yaklaşım ile depresyon toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve olumsuz (negatif) yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.201$, $P<0.05$). Kendine güvenli yaklaşım kullanımı arttıkça depresyon puanının azaldığını göstermektedir.

Çaresiz yaklaşım ile depresyon toplam puanı arasında anlamlı ve olumlu yönde ($r = 0.383$, $P<0.01$) ve çaresiz yaklaşım ile kendine güvenli yaklaşım toplam puanı arasında da anlamlı ve olumsuz yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.258$, $P<0.01$) (Tablo 4). Başka bir anlatımla, Çaresiz yaklaşım kullanımının artması, depresyon toplam puanını arttırdığı, aynı zamanda çaresiz yaklaşım kullanımının artması, kendine güvenli yaklaşım kullanımını azalttığı görülmektedir.

Boyun eğici yaklaşım ile depresyon toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı ($r = 0.174$, $P<0.05$), boyun eğici yaklaşım ile kendine güvenli yaklaşım toplam puanı arasında negatif yönde ve anlamlı ($r = -0.358$, $P<0.01$), aynı zamanda boyun eğici yaklaşım ile çaresiz yaklaşım toplam puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde ($r = 0.455$, $P<0.01$) bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4). Boyun eğici yaklaşım kullanımının artması, depresyon toplam puanını artırırken, çaresiz yaklaşım kullanımını arttırdığı ve kendine güvenli yaklaşım kullanımını azalttığı görülmektedir.

İyimser yaklaşım toplam puanı ile depresyon toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r=-0.147$, $P>0.01$) (Tablo 4). Hemşirelerde iyimser yaklaşım kullanma arttıkça, depresyon belirtilerinin görülmesinin de arttığı görülmektedir. Ancak iyimser yaklaşımın depresyon belirtilerinin yaşanmasında etkili değildir. Aynı zamanda, İyimser yaklaşım toplam puanı ile kendine güvenli yaklaşım toplam puanı arasında anlamlı ve olumlu yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=0.608$, $P<0.01$) (Tablo 4). Hemşirelerin iyimser yaklaşım kullanması depresyon belirti düzeyinde etkili değildir. Diğer taraftan, iyimser yaklaşım kullanımının artması, kendine güvenli yaklaşım kullanımını da arttırmaktadır.

Sosyal destek arama yaklaşımı ile depresyon toplam puanı arasında olumsuz yönde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.031$, $P>0.01$). Sosyal desteğin depresyon belirtilerinin yaşanmamasında önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir. Hemşirelerde de sosyal destek arama davranışı azaldıkça depresyon belirtilerinin görülmesinin arttığı görülmektedir. Ancak sosyal desteğin depresyon üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Sosyal destek arama yaklaşımı ile kendine güvenli yaklaşım toplam puanı arasında anlamlı ve olumlu yönde bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.184$, $P<0.05$) (Tablo 4). Bu ilişki, sosyal destek arama yaklaşımının artmasıyla, kendine güvenli yaklaşım kullanımının da arttığını göstermektedir. Ancak, sosyal destek arama yaklaşımı ile boyun eğici yaklaşım toplam puanı arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.213$, $P<0.01$)

(Tablo 4). Hemşirelerde sosyal destek arama yaklaşımı arttıkça, kendine güvenli yaklaşım kullanımının artması yanısıra boyun eğici yaklaşım kullanımının azalması beklenen bir sonuçtur. Sosyal destek bireyin benlik saygısını arttırarak, zorlukların üstesinden gelme konusunda güçlü hissetmesini sağlar.

Hemşirelerde depresif belirtiler arttıkça , “boyun eğici”, “çaresiz” yaklaşımları daha fazla kullandıkları; belirtiler azaldıkça “kendine güvenli” ve “iyimser” yaklaşımları daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Stresle etkili biçimde başa çıkabilenler “kendine güvenli” ve “iyimser” yaklaşımları, başa çıkamayanların ise “boyun eğici”, “çaresiz” yaklaşımları daha fazla kullanmaktadır. Diğer taraftan, stresli durumlarla başa çıkmaya çalışırken iyimser ve kendine güvenli davranışlar arttıkça, çalışma hayatıyla ilgili çeşitli durumlardan duyulan doyumun da birlikte arttığı; çaresiz ve boyun eğici davranışlar arttıkça doyumun azaldığı da ifade edilmektedir (Altun 2001).

SONUÇ VE ÖNERİLER

- Hemşirelerin % 9.4’ nün tedavi edilmesi gerekecek düzeyde depresyonu olduğu,
- Hemşirelerde, çocuk sayısı ve meslekte çalışma yılı yanısıra bakım verilen hasta sayısının fazla olmasının ve personel yetersizliğinin depresif belirtilerin yaşanmasında etkili olduğu,
- Hemşirelerin SBTÖ alt ölçek puan ortalaması incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının sırasıyla; Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Çaresiz Yaklaşım olduğu,
- Hemşirelerde depresif belirtilerin yaşanmasında da kendi güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımın etkili olduğu, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğin ise etkili olmadığı saptanmıştır.

Araştırma bulguları doğrultusunda öneriler şunlardır;

- Çocuk sahibi olan ve 16-20 yıldır meslekte çalışanlar hemşirelerin depresyon açısından risk grubu olarak ele alınması,
- Aynı zamanda hemşirelerin bakım verdiği hasta sayısının ve hizmet veren personel sayısının depresyon yaşanmasında etkili olduğu göz ardı edilmeyerek, gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Mesleki bilginin kullanılması ve güncellenmesi konusunda hemşirelere hizmet içi eğitim verilmesi, kurslar, kongreler, sempozyumlara katılmasının sağlanması, desteklenmesi, bu konuda gelişmeleri takip edebilmeleri için her hastanenin hemşirelikle ilgili süreli yayınlara abone olmasının sağlanması,

- Hemşirelerin başvurabilecekleri bir danışmanlık biriminin kurulması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Altun, İ., (2001) “Kocaeli’nde Çalışan Hemşirelerin Öncelikli Profesyonel Değerleri İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki” Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt: 4, Sayı:2-3, ss: 41
2. Altuntaş, E. (2003) “Stres Yönetimi”, Alfa / Aktüel Kitapevi, İstanbul, s: 13
3. Bilici M., Mete F., Soylu C., (1998) “Bir Grup Akademisyende Depresyon Ve Tükenme Düzeyleri”, Türk Psikiyatri Derg 9: 181-189.
4. Bingöl, D., Naktiyok, A., (2001) “Yönetici Akademisyenlerin Temel Stres Kaynakları ve Stresle Mücadele Teknikleri”, 9. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri, Yayın No: 10, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi
5. Buldukoğlu, K., Doğan S., (1995) “Stres ve Hemşirelik Modülü”, T.C. Sağlık Bakanlığı Genel Koordinatörlüğü, Ankara, s: 1-23
6. Cüceloğlu, D., (1991) “İnsan ve Davranışı”, Evrim Matbaacılık, İstanbul, s: 321
7. Çam, O., (1992) “Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi”, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, 463-475
8. Demir, A., (2004), “Hemşirelikte Tükenmişliğe Bir Bakış” Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, ss:71-80
9. Ergüney, S., ve ark., (2001), “Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler” Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:4, Sayı:1, Erzurum, ss: 63-73
10. Folkman S., (1984) Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. J Pers Soc Psychol; 46: 839-852.
11. Folkman S., Lazarus RS., Gruen RJ., DeLongis A., (1986) Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. J Pers Soc Psychol; 50: 571-579.
12. Görgülü S., (1998), “Hemşirelik ve Anksiyete”, Türk Hemşireler Dergisi, Cilt:38, Sayı: 3-4, s: 23-24
13. Gözüm, S. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerde iş doyumunu etkileyen örgütsel faktörlerin ve iş doyumunu, tükenmişlik ve iş devamsızlık arasındaki ilişkinin araştırılması. (1997), Hemşire, 47: 37-45
14. Güney, S. (2000), “Davranış Bilimleri”, Genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara
15. Hargreaves G., (1999), “Stress Management”, Çeviri: Ali Cevat Akkoyunlu, Doğan Kitapçılık
16. Işıkhana, V., (2004), “Çalışma Hayatında Stres ve Başa Çıkma Yolları”, 1. baskı, Sandal Yayınları, Ankara
17. Köroğlu, E., (1997), “Major Depresif Bozukluk” Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayınları Birliği, Ankara, ss: 423-428
18. Köroğlu, E., (2004), “Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?” Hekimler Yayınları Birliği, Ankara.
19. Kuyurtar F., Yamaç T., Kanık A., Yurdakul M., (2002), İçel İl Merkezinde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel İş Doyumları ve Etkileyen Faktörler, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Mersin, Sayı 4, s. 449 – 454

20. Navaro L., (2002), "Depresyonda Kadın Erkek Farklılıkları, İki Boy Ufak Pabuç", İkinci Basım, Remzi Kitapevi.
21. Norbeck, JS., (1985), "Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing", Nursing Research, 34 (4), ss: 225-230
22. Okumuş H., ve Maltepe H., (1999) "Hemşirelerin işe Devamsızlıkları Nedeni Olarak Hastalık Durumlarının İncelenmesi", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, ss: 414-418
23. Öztürk M., Kişioğlu, A. N., Kırbıyık S., Uskun E., (2001), "Isparta İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarda Çalışan Personelde Tükenmişlik, İşe Bağlı Gerginlik ve İş Doyumu Düzeyleri", Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi Kitabı.
24. Pektekin Ç., ve İbrikçi S., (1990), "Çeşitli Hizmet Alanlarında Çalışan Hemşirelerin Ruh Hastalıklarına Eğiliminin Araştırılması" II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, İzmir, ss: 362-370
25. Şahin N. H., Durak A., (1995), "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması", Türk Psikoloji Dergisi, Cilt:10, Sayı:34, Haziran, Ankara ss: 56-73
26. Şahin, N. H., (1995) "Stresle Başa Çıkma, Olumlu Bir Yaklaşım", 2. Basım , Sistem Yayıncılık & Türk Psikologlar Derneği Yayını.
27. Şahin N. H., Durak A., (1995b), "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması", Türk Psikoloji Dergisi, Cilt:10, Sayı:34, Haziran, Ankara ss: 56-73
28. Tayran N., Talas S., (2001), "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Risklerin İncelenmesi", Türk Hemşireler Derneği, 2. Ulusal Klinisyen Hemşire ve Ebeler Kongresi Bildirileri, ss: 407-419
29. Uçman, P. (1990), "Ülkemizde Çalışan Kadınlarda Stresle Başa Çıkma ve Psikolojik Rahatsızlıklar", Psikoloji Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 24, Ankara, ss: 58-75
30. Uğurlu, N., Polat, H., (2000), Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi Cilt:16, Sayı: 2-3, 59-73
31. Ünal S., ve Özcan E., (2000) "Depresyonda Hazırlayıcı, Ortaya Çıkarıcı ve Koruyucu Etkenler" Anadolu psikiyatri dergisi Cilt1(1), ss: 41-45
32. Yüksel N., (2001), " Ruhsal Hastalıklar", İkinci Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, ss: 223.