

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZEL BİR HASTANE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ UYKU
KALİTESİ İLE RUHSAL BELİRTİLER ARASINDAKİ
İLİŞKİ

Gülten DİLMEN

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZEL BİR HASTANE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ UYKU
KALİTESİ İLE RUHSAL BELİRTİLER ARASINDAKİ
İLİŞKİ

Gülten DİLMEN

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAOĞLU

İSTANBUL, 2019

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Gülten DİLMEN
Danışman : Dr. Öğr.Üyesi Elçin BABAOĞLU

Tez Savunma: 17.07.2019
Tez Savunma Saati :12.00

Tez Konusu : Özel Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarının Uyku Kalitesi İle Ruhsal Belirtiler Arasındaki İlişki

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin kabulü 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Elçin BABAOĞLU (Üsküdar Üni.)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Özlem YAZICI	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç.Dr. Gülzade UYSAL		

ÖZET

Bu çalışma Kocaeli ili Gebze ilçesinde faaliyet gösteren özel bir hastanede sağlık çalışanlarında uyku kalitesi ve ruhsal durum belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, Anadolu Sağlık Merkezinde bulunan 124 doktor, 266 hemşire ve 220 teknisyen/tekniker olmak üzere toplam 610 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %95’lik güven aralığı ile hesaplanmış olup 120 kişi bulunmuştur. Veriler Ekim 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. ‘‘Kişisel Bilgi Formu’’, ‘‘Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği’’, ‘‘Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCR 90)’’ kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum), Student t testi, One-Way Anova testi ,Mann Whitney U testi, Kruskall Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<,001$ ve $p<,005$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanı 4 ile 60 puan arasında değişmekte olup sağlık çalışanların Pittsburgh ortalama $32,49\pm12,1$ puan aldıkları hesaplanmıştır. Gece nöbetlerinin yaşıntıyı zorlaştırdığını düşünenlerin Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanının, zorlaştırmadığını düşünenlerden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$; $p<0,05$). İşinden memnun olanların Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanının, memnun olmayanlardan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,028$; $p<0,05$). İşinden memnun olanların somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlık, depresyon, puanın işinden memnun olmayanlardan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,029$; $p<0,05$, $p=0,016$; $p<0,05$, $p=0,043$; $p<0,05$, $p=0,005$; $p<0,01$). Çalışmada sağlık çalışanlarının uyku kalitesini ölçen Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği ile SCL-90-R Psikolojik Belirti Tarama ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Uyku, Uyku kalitesi, Ruhsal durum, Hemşire, Doktor

ABSTRACT

SLEEP QUALITY AND MENTAL STATUS SYMPTOMS IN A PRIVATE HOSPITAL

This study was carried out as a descriptive and cross-sectional study in order to examine the relationship between sleep quality and mental status symptoms in a private hospital in Gebze, Kocaeli.

The study population consisted of 124 doctors, 266 nurses and 220 technicians / technicians 610 healthcare workers in total in Anadolu Medical Center. The sample size was calculated with a confidence interval of 95% and found to be 120. The data were collected between October 2018 and January 2019 by using "Personal Information Form", "Pittsburgh Insomnia Rating Scale" and "Psychological Symptom Check Test (SCR 90)". For the analysis of the data, NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) program was used. Descriptive statistical methods (Mean, Standard Deviation, Median, Frequency, Ratio, Minimum, Maximum) when evaluating study data; Student's t-test was used for the comparison of two groups with normal distribution of quantitative data, and One-Way Anova test was used for the comparison of three and more groups. The Mann Whitney U test was used for the comparison of two groups of quantitative data that did not show normal distribution and Kruskal Wallis test was used for the comparison of three and more groups. Significance was evaluated at $p < .001$ and $p < .005$ levels.

In our study, the Pittsburgh Insomnia Rating score ranged from 4 to 60 points and it was calculated that the health workers' had an average 32.49 ± 12.1 score in Pittsburgh. It was statistically significant that pittsburgh insomni rating score was higher than those who thought that night shifts made life difficult ($p = 0.025$; $p < 0.05$). The pittsburgh insomni rating score of those who were satisfied with their job was lower than the ones who were not satisfied ($p=0,028$; $p<0,05$). Somatization, obsessive compulsive, interpersonal sensitivity and depression scores of the ones who are satisfied with the job were found to be lower than those who are not satisfied with the job ($p=0,029$; $p<0,05$, $p=0,016$; $p<0,05$, $p=0,043$; $p<0,05$, $p=0,005$; $p<0,01$). In our study, a statistically significant relationship was found between the Pittsburgh Insomnia Rating Scale, which measures the sleep quality of health workers, and SCL-90-R Psychological Symptom Check.

Key Words: Sleep, Sleep Quality, Mental State, Nurse, Doctor

ÖNSÖZ

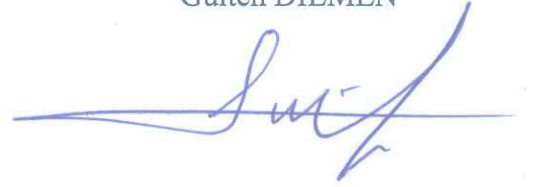
Tez çalışmamın başlangıcından bitimine kadar, yardımlarını esirgemeyen Anadolu Sağlık Merkezine ve çalışanlarına teşekkür borçluyum. Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca her aşamasında yol gösterici ve destekleyici yardımından dolayı danışmanım Sayın. Dr. Öğretim Üyesi Elçin BABAOĞLU'na teşekkür ederim.

Gülten DİLMEN

BEYAN

Bu bitirme projesinin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımızın olmadığını, bitirme projesindeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bitirme projesi çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, bitirme projesi çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Gülten DİLMEN



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAYI.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALARDİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Uyku ve Özellikleri.....	4
2.1.1 Uykunun Tanımı.....	4
2.1.2 Uyku ve Evreleri.....	5
NREM Uykusu.....	5
Evre N1.....	5
Evre N2.....	6
Evre N3.....	6
REM Uykusu.....	6
2.1.3. Uykunun Nedeni ve İşlevi.....	7
2.1.4.Uyku kalitesi.....	7

2.1.5.Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Faktörler.....	8
Yaş.....	8
Cinsiyet.....	9
Sigara.....	9
Egzersiz.....	9
Kafein Kullanımı.....	9
Alkol Kullanımı.....	9
Çevresel Faktörler.....	10
Yaşam Biçimi.....	10
2.2. Uyku Bozuklukları.....	10
2.3. Sağlık Çalışanlarının Uyku Kalitesi.....	11
3.4. Uykunun Ruhsal Durum Üzerindeki Rolü.....	12
2.4.1. Sağlık Çalışanlarında Uykunun Ruhsal Durum Üzerindeki Rolü.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Tipi.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	14
3.4. Veri Toplama Araçları.....	14
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	15
3.4.2. Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği.....	15
3.4.3. SCL90 (Symptom Check List) Psikolojik Belirti Taraması.....	15
3.5. Verilerin Toplanması.....	16
3.6. Araştırmanın etik boyutu.....	16
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	16
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	16

4. BULGULAR.....	17
5.TARTIŞMA.....	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR.....	48
EKLER.....	52
EK.1 Kişisel Bilgi Formu.....	52
EK.2 Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği.....	53
EK.3 Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	55
EK.4 SCL90 (Symptom Check List) Psikolojik Belirti Taraması.....	56
EK.5 SCL90 (Symptom Check List) Psikolojik Belirti Taraması İzni.....	58
EK.6 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	59
EK.7 Okan Üniversitesi Etik Kurul İzni.....	60
EK.8 Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Etik Kurulundan İzin.....	61
ÖZGEÇMİŞ.....	62

TABLÖLER LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Tablo 1: Sağlık Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	17
Tablo 2: Sağlık Çalışanların Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği İle Psikolojik Belirti Taraması Ölçeği Puanlarının Ortalamaları.....	18
Tablo 3: Sağlık Çalışanların Tanımlayıcı Özellikleri ve Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği Puan Ortalamaları.....	19
Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları	21
Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	22
Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	23
Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları	25
Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Mesleki Deneyimlerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	26
Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Şekillerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	28

Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Gece Nöbetinin Yaşantıya Zorluk Getirme Durumuna Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	29
Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının İş Memnuniyetlerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	31
Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının Sigara Kullanım Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	32
Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının Aşırı Çay/Kahve İçme Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	33
Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Alkol Tüketme Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	34
Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının Uyku İlacı Kullanım Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	36
Tablo 16: Sağlık Çalışanlarının Sık İştah Değişikliği Yaşama Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	37
Tablo 17: Sağlık Çalışanlarının Sık İştah Değişikliği Yaşama Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları.....	38
Tablo 18: Özel Bir Hastanedeki Sağlık Çalışanların Psikolojik Belirti Tarama Psikolojik Belirti Tarama Puanı ile Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Puanlarının Karşılaştırılması.....	40

KISALTMALAR DİZİNİ

EEG: Elektroensefaografi

EOG: Elektrooküogram

EMG: Elektromiyogram

REM: Rapid Eye Movement

NREM: Non Rapid Eye Movement

1. GİRİŞ

Sağlık çalışanları; çok geniş bir çalışan kitlesinin (hekim, hemşire, eczacı, sağlık teknikerleri, hastabakıcı vb.) bulunduğu, gündüz çalışmanın yanı sıra, gece saatlerini de içeren vardiyalı sistemde (shift-work) çalışmayı gerektiren, bir çalışma grubudur (1). Bu çalışma grubundaki bireylerin uyku-uyanıklık dönemlerini düzenleyen, gece uykusuna hazırlayan sirkadyen sistemlerinde aksaklıklar olmakta; bu bireyler alışılmış çalışma yaşamının, sosyal yaşamın dışına çıkmakta, düzenli bir gece uykusundan yoksun kalmakta ve uyku kaliteleri bozulmaktadır (2,3).

Uyku, “organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyarılarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi, periyodik olarak kesilmesi durumudur. (3,4). İnsanoğlunun en temel gereksinimlerinden biri olan ve “Maslow’un da Temel Gereksinimler Hiyerarşisi” olarak adlandırılan piramitsel tablosunda en altta yer almakta olan; düzenli bir gece uykusu, tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesinin en önemli bileşenlerinden biridir (3).

İnsanın en temel fizyolojik ihtiyacı olan düzenli bir gece uykusu, beynin etkin olarak çalışmasını, nörofizyolojik bir toparlanma ve onarımın yapılmasını, uyanıkken öğrenilenleri ayıklamasını ve depolamasını sağladığı gibi bedenin enerji dizgelerinin dengelenmesinde ve hormonların salınmasında da çok önemli bir işlev üstlenmektedir (5). Yapılan çalışmalar sonucunda yetişkin bir kişinin günlük uyku gereksinim ortalama 7-8 saat olarak tespit edilmiştir; fakat bu gereksinim bireyden bireye değişebilmektedir (5).

Literatüre göre uyku kalitesi ve süresinin insanın kimyası ve sağlığı üzerine etkileri olduğu gibi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni güne hazır hissetmesi üzerinde pozitif katısı vardır (3,6-8). Uyku kalitesi; uykuya dalma süresi, bir gecedeki uyanma sayısı ve uyku süresi gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi; uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içermektedir (3,6). Son 30 yılda uykuyla bellek ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda uykunun sinir hücresinin plastisitesinde rolü olduğu ve uyku kalitesi kötü olduğunda dikkat/bellek bozuklukları, emosyonel değişkenlik, hatta varsanı ve sanrılar görülebilmekte; normal çalışma verimi azalmakta;kronobiyolojik değişmelerle birlikte bu belirtilerin şiddeti daha da artabilmekte olduğu anlaşılmıştır (3,5,6).

İnsan; fiziksel, ruhsal, sosyal, entelektüel ve spiritüel gereksinimleri olan bir bütündür (4,9). İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı olabilmesi için bu gereksinimlerinin dengeli bir biçimde karşılanmasına bağlıdır (9-10). Bireyin bu karşılanması gereken temel insan gereksinimlerinden biri de “uyku”dur ve bu gereksinimi karşılanmadığı zaman iyilik hali

bozular. (4,9). Literatüre göre uykunun nitelik ve niceliğindeki değişimler psikiyatrik bozukluklarla eş zamanlı olduğu belirtilmiştir (7).

İş kazaları ve düşük iş performansı daha çok uyku yoksunluğu çeken çalışanlarda görülmektedir (7). Sağlıklı bir uyku düzeni özellikle sağlık çalışanının sunduğu sağlık hizmetini etkileyen en önemli faktörlerin başında gelmektedir (11). Yetersiz ve düzensiz uyku zaten büyük risk grubunda olan sağlık çalışanının bağışıklık sistemini baskılamakta, daha sık hastalanmasına ve çalışma ortamında daha fazla sorunlar yaşamasına neden olduğu gibi duygusal düzeyde huzursuzluk, gerginlik, kaygı, öfke, yoğun depresif içerikli duygular (değersizlik gibi), duygu durumunda bozukluklar ve sosyal yaşama uyumsuzluk, uykululuk, yorgunluk, bellek ve konsantrasyon bozuklukları, tükenmişlik, fizyolojik düzeyde gerginlik tipi baş ağrıları, alerjik reaksiyonlar, gastrointestinal rahatsızlıklar, obezite, anemi, yüksek tansiyon, kalp hastalıklarına neden olabilmektedir (7,11,14).

Yapılan çalışmalarda, gece çalışan sağlık personelinin, gündüz çalışanlara göre daha çok psikiyatrik belirtiler gösterdiği ve bu çalışan grubunun kişiler arası ilişkileri, azalan sosyal destek ve yaşam zorluklarına bağlı olarak yaşam kalitesinde de bozulmalara sebep olduğu tespit edilmiştir (4-6,8-14). Ayrıca tıp, hemşirelik, eczacılık gibi sağlık mesleklerinde yürütülen eğitim programlarının yoğun ve yorucu olmasına bağlı olarak, öğrencilerin yeterince uyku uyuyamaması öğrencilerin fiziksel, bilişsel ve emosyonel olarak olumsuz etkilenmelerine neden olduğu bulunmuştur (9).

Psikiyatri hemşireleri çalışma alanlarında sağlık çalışanlarının uyku sorunlarını, vardiyalı ve vardiyasız çalışan sağlık personelin uyku sorunlarını, sağlık çalışanların uyku kalitesi ve ruhsal belirtilerini saptamada önemli bir konumdadır. Uykuya bağlı tanımlamanın yapılması, sorunların belirlenmesi ve buna yönelik çözümlerin üretilmesi, uyku kalitesi, uyku kalitesinin ruhsal belirtiler üzerindeki etkilerini incelemek psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumlulukları arasındadır. Toplum sağlığı çalışmalarında sağlıklı uyku alışkanlıklarının geliştirilmesine yönelik danışmanlık, vardiyalı ve değişken saatlerde çalışmanın, sağlık personeli üzerinde fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri olduğu göz önünde bulundurularak sağlık personeline psikolojik destek, bu çalışma koşulların olumsuz etkilerini azaltmak ya da en aza indirmek için çalışma koşullarının rasyonel şekilde düzenlenmesi hemşirenin sorumlulukları arasındadır (7,27).

Çalışma hayatı boyunca karşılaşılan tükenmişlik, depresyon, yorgunluk, uyku yoksunluğu ve yaşam kalitesi düşüklüğü tıbbi hatalarla ilişkilendirildiği gibi uyku kalitesinin düşüklüğü iş kazası riskini arttığı görülmüştür ve bu noktada psikiyatri hemşiresini yaptığı danışmanlık hayati önem taşımaktadır (4).

Sağlık çalışanlarının sağlığını doğrudan etkileyen faktörlerden biri olan uyku ile ilgili çalışmalar sağlık çalışanlarının uyku kalitesini ve ruh sağlığının tespit edilmesi yönünden önemlidir. Günümüzde sağlık çalışanlarının uykusunu etkileyen faktörlerin arttığı ve çeşitlilik gösterdiği belirtilmektedir. Bu çalışma ile sağlık çalışanlarında uyku kalitesi ve ruhsal durum belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonuçları sağlık çalışanlarına yönelik yapılacak uyku kalitesi ve ruh sağlığı ile ilgili çalışmalara temel oluşturacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Uyku ve Özellikleri

2.1.1 Uykunun Tanımı

Uyku, kişinin uygun duyuşal ya da başka uyaranlarla geri döndürülebilien bilinçsizliğin pasif hali olmasının yanında, sadece organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali değil, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan dinamik bir yenilenme sürecidir (19,20).

İnsanlık tarihinin ilk dönemlerinden itibaren uyku nedir, nasıl ortaya çıkar, uyku olmazsa ne olur gibi sorular birçok filozof ve bilim adamı tarafından anlaşılmaya çalışılmıştır. Yapılan ilk gözlem ve değerlendirmeler sonucunda uykunun beynin önemli bir fizyolojik gereksinimi olduğu, insanın dinlenmeye geçtiği, düşünce karmaşasından arındığı ve bağışıklık sisteminin güçlendiği bir zaman dilimi olduğu kanısına varılmıştır (16,28).

İnsanın temel gereksinimlerinden biri olan uyku, bireyi, yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (8,15). Uykunun ana özelliğinin nöronlar arasındaki doğal dengeyi sağlamak olduğu ve bu özelliğın, fiziksel, sosyal, entelektüel ve ruhsal gereksinimleri olan insanın sağlıklı olabilmesi için dengeli biçimde karşılanması gereken temel ihtiyaç olarak ileri sürülmektedir (15,16).

Yapılan çalışmalar, kısa uyku süresinin enerji alımı ve enerji harcaması üzerine etkili olduğunu ortaya koymuştur (6-8). Ayrıca uyku doğumdan itibaren insanların büyüme, gelişme, öğrenme ve dinlenmesini sağlamakta, bir sonraki güne sağlıklı hazırlanması için vücudu yenilemektedir (19-20).

Ömrümüzün üçte birini yaşadığımız uykunun, özellikle 20. yüzyılından sonra teknolojiadaki gelişmelerle birlikte birçok gizemi çözülmüştür. Bu gelişmelere en büyük katkıyı beynin elektriksel aktivitesini ölçen elektroensefaloğrafiyi (EEG), göz hareketlerini ölçen elektrooküogram (EOG) ve kasın istirahat durumunda kasılıp gevşemesi durumunu ölçen elektromiyogram (EMG) sağlamıştır. EEG'nin bulunması ile uyku sürecinin bilinmeyenleri hakkında büyük aşamalar kaydedilerek uykunun evrelendirilmesi yapılmış ve uyku ile ilgi sorunlar belirlenmiştir (4,14-16).

2.1.2. Uyku ve Evreleri

Uyku temelde iki ana evreye ayrılmaktadır. Bunlar normal uykunun hızlı göz hareketlerinin bulunmadığı NREM ve hızlı göz hareketlerin bulunduğu REM (Rapid Eye Movement) uykusudur. REM uykusunun bu isimle adlandırılmasının nedeni bu evrede hızlı göz hareketlerin olmasıdır (4,16,21).

Güncel sınıflandırma ile NREM evreleri üç evre altında birleştirilmiştir. Normal bir uyku uyanıklık dönüsünde uyku evre N1'e geçişle başlar. Bunun sonrasında evre N2, evre N3 ve REM dönemleri ile devam eder. REM uykusu 80 dakikadan sonra başlar. NREM VE REM evleri gece boyunca 90 dakikada bir tekrarlanır. Standart bir uykuda bu siklusların 4-6 kez meydana gelir. Evrelerin sayısı arttıkça REM uykusunun süresi uzayarak REM uyku süresinin toplam uyku süresine oranı artmaktadır. Siklular ilerledikçe sabaha doğru evre N3'ün süresi kısalmaktadır (4,16).

Yeni doğanların uyku evre düzenleri erişkinlerden farklı olarak REM siklusu ile başlar. Üçüncü aylıktan itibaren evreler NREM-REM sıralamasındaki düzene girmeye başlar. Uyku düzeni ve evrelerinin süresi ergenlik döneminin sonlarına doğru erişkinlerin uyku yapısına benzemeye başlamaktadır (16).

NREM Uykusu

Yetişkin bireylerin uykusunun başladığı, son derece sakin ve hem periferik damar tonüsünün hem de diğer birçok vücut işlemlerinin (kan basıncı solunum ve bazal metabolizma) azaldığı siklustur. Bu dönemde ayrıca hücre yenilenmesinin ve onarımının hızlandığı ileri sürülmektedir. NREM uykusu güncel çalışmalar sonucunda 3 evre altında birleştirilmiştir (16,26).

Evre N1:

Bu evre uyanıklıktan uykuya geçilen ve yüksek frekanslı EEG aktivitesi ile karakterizedir. Uykunun en hafif evresidir ve göz hareketleri yavaştır. Evre N1'nin süresi Uykunun toplam süresinin %5-10'unu oluşturduğu gibi gençlerde bu süre daha kısa olduğu gözlemlenmiştir (16,26).

Evre N2:

Bir geceki uykunun toplam süresinin %45-55'ini kapsayarak uykunun en uzun dönemini oluşturur. EEG'de *teta* dalgaları ile birlikte uyku içciklerinin görülmesi bu evrenin en belirgin özellikleridir (16,26,27).

Evre N3:

Evre N3 derin uykunun ve fiziksel dinlenmenin sağlandığı evredir. EEG'de düşük frekanslı ve delta dalgaları ile belirgindir. Genç ve orta yaşlı bireylerin uykusunun %10-20'sini oluşturduğu gibi yaşlı bireylerde kısalmaktadır. Bu evrede uyandırılmak diğer evrelere göre daha zordur (16,26,27).

REM Uykusu

Motor hareketliliğin zayıf olmasına rağmen beyindeki elektriksel aktivitenin üst düzeyde olmasından dolayı paradoksal uyku olarak da isimlendirilmektedir. Uyku kesintiye uğramazsa, uykunun başlangıcından yaklaşık 90 dakika sonra ortaya çıkar ve 5-30 dakika sürer. REM uyku dönemlerinin arası 90-120 dakika olup gece boyunca 4-6 kez tekrarlanmaktadır (16,27-29).

REM uykusu fazik ve tonik olmak üzere iki bölüme ayrılmaktadır.

Fazik REM uykusunda göz hareketleri, kalp hızı, kan basıncı ve solunum değişikliği, orta kulakla ilgili aktivite değişikliği ve dil hareketleriyle ilgili EMG' de kısa süreli motor hareketlilik olduğu görülmektedir (16,28).

Tonik REM uykusu, fazik REM uykusu bölümlerinin arasında kalan, reflekslerin baskılandığı, motor aktivite ve göz hareketlerinin oldukça sınırlı olduğu, düşük kas tonusunun hakim olduğu kısımdır (27,28).

REM uykusu tüm gece uykusunun %20-25'ini oluşturmaktadır. REM uykusunun fonksiyonu net olarak bilinmemekle birlikte hafıza ve bellek organizasyonunda önemli rolü olduğu ve bu dönemden yoksun bırakılan bireylerde psikiyatrik bozuklukların daha sık görülmesi nedeniyle ruhsal dinlenmeyi sağlayan bir dönem olduğu düşünülmektedir. Rüyaların %80'i REM evresinde, %20'si NREM evresinde görülmektedir. Kişi uykusundan REM döneminde uyandırıldığında rüyayı en ince detayına kadar hatırlayabilir (16,26,27,28).

2.1.3. Uykunun Nedeni ve İşlevi

Araştırmacılar uykunun temel işlevini öğrenebilmek için neden uyuyoruz sorusuna cevap bulmaya çalışmışlardır ve bu konuya açıklık getirmek için çeşitli hipotezler ileri sürmüşlerdir. Çeşitli araştırmacılar uykunun vücut için değil beyin tarafından ortaya konulan ve beyindeki değişikliklerle tanımlanan ve sonuçlarının beyin yararına olan bir süreç olduğu vurgulanmıştır. Başka bir hipotezde de uykunun sadece beyin için olmadığı uyku sırasında yenilenme işlevinin tüm vücut için gerçekleştiği ifade edilmiştir. Bu hipoteze kanıt olarak da uyku süresince hücre bölünmesinin artmış olması, büyüme hormonunun uyku esnasında salgılanması ve gün içinde yapılan egzersizden sonra derin uyku bölümünün arttığı gösterilmiştir (6,26,28).

Uykunun işlevine yönelik başka bir teoride şöyle ifade edilmiştir. Uyarıcı ortadan kaldırıldığında uykunun görüldüğüdür. Uykunun pasif bir süreç olmadığı, yorgunluğu engelleyen aktif bir süreç olduğu toksik maddelerin biriktiği için ya da bitkin düştüğümüz için uyumadığımızı, bitkinliği engellemek için uyuduğumuz ifade edilmiştir (28).

Uyanıklık süresince beyin dokusunda toksik bir maddenin biriktiği, uykuda beyin dokusunun bu maddeden arındığı, uyku ve immün istem arasındaki ilişkinin sistematik bir şekilde incelenmesi 20. yüzyıl başlarına dayanmaktadır. Uykunun immün sistem üzerinde önemli bir görevi olduğu ve çok sayıda enfeksiyöz hastalıktan kurtulmanın uyku ile olduğu yapılan çalışmalarla görülmüştür. Ayrıca uykunun beyin enerji depolarını tazelediği de düşünülmektedir (28).

Yapılan çalışmalar sonucunda uykunun temel işlevi olarak immün sistemin düzenlenmesi, enerjinin korunması, glimfatik fonksiyon (beyindeki toksik metabolitlerin uzaklaştırılması), uyanıklığın sebep olduğu performans azalmasının düzeltilmesi, hafıza, öğrenme ve nöronal plastite, sinaptik yeniden düzenlenin olduğu bulunmuştur (16,28).

2.1.4. Uyku kalitesi

Uyku kalitesi; kişinin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetme durumudur. Ayrıca; uyku kalitesi; uyku latensi (uykuya dalma süresi), uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi; uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içermektedir (3).

Günümüzde uyku kalitesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu yüzden bireylerin yaşam stili, çevresel faktörler, iş, sosyal yaşam, ekonomik durum, genel sağlık durumu ve stres gibi çeşitli faktörler uyku kalitesi için oldukça önemlidir (8,15,21).

Uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın belirtisi olabileceği gibi uyku sağlığı fiziksel ve psikolojik iyilik arasında güçlü ilişki bulunmaktadır (16). Ayrıca bireylerin kaliteli uyku uyumaları ve dinlenmeleri iş ve trafik kazalarını önlemekte; iş/akademik verimin artmasını sağlamaktadır (15,21).

2.1.5.Uyku Kalitesini Etkileyebilecek Faktörler

Günümüzde ekonomik ve sosyal şartlar; gündüz çalışmanın yanı sıra gece-vardiya şeklinde çalışmayı beraberinde getirmektedir (3). Bu şekilde çalışmak zorunda kalan bireylerin uykuya dalmak ve/veya sürdürmekte aksaklıklar olmakta; bu bireyler alışılmış çalışma yaşamının, sosyal yaşamın dışına çıkmakta, düzenli bir gece uykusundan yoksun kalmakta ve uyku kaliteleri bozulmaktadır (3). Vardiyalı çalışanların %60'tan fazlasında uyumada zorluk, işyerinde uykusuzluk görülmekte; iş kazaları yaşama oranları artmaktadır. Ayrıca yapılan başka çalışmalarda yetişkinlerin %30-40'ında uyku ile ilgili bozukluklar; %15-35'inde ise uyku kalitesini ilgilendiren bozuklukların görüldüğü, vardiyalı çalışanların rutin gündüz mesaisinde çalışanlara oranla (%25-33) daha kalitesiz ve daha konforsuz uyku uyudukları rapor edilmiştir (1,12,15).

Sağlık çalışanlarının yeterli uyku ihtiyaçlarının karşılayamamalarının birçok nedeni vardır. Bu meslek gurubunun, uyku eksiliği sadece kendi çalışma saatleri ile sınırlı kalmamakta aynı zamanda beslenme, çevre, ilaç, sigara, alkol ve kafein kullanımı, hastalık ve aile özellikleri ile ilgili bazı faktörlerden de etkilenebilmektedir (3,16,23).

Yaş

Uyku örüntüleri yaşa bağlı olarak önemli ölçüde değişmekte, yaşlanma süreciyle toplam uyku ihtiyacı ve REM döneminin toplam uykuya oranı azalmaktadır. Yaş uyku fizyolojisinin en önemli belirleyicilerinden biridir. 3 yaşından sonra, ergenlikten sonra ve özellikle erkeklerde 30 yaşından sonra önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlara göre uyku gereksinimleri farklılık gösterir. Yeni doğan bebekler uykularının %50'sini REM evresinde geçirirler ve gün içinde toplam 17 saat uyurlar. Gençlerin uyku ihtiyacı 8-10 saat arasında değişmekte ve uykunun %20'sini REM evresinde geçirmektedirler. Ayrıca gençlerin uykuya dalma süresi 10-30 dakika arasındadır, yaşlılarda ise bu süre 1 saati bulmaktadır. Yetişkinlerin uyku ihtiyacı 8 saati bulmaktadır ve uykularının %20-25'ini REM evresinde geçirmektedirler. Yaşlılarda gece uyku süresi azalmakta ve gün içinde şekerleme yapma ihtiyaçları artmaktadır (4,16).

Cinsiyet

Uyku ile yapılan çalışmalarda cinsiyet göz önüne alınması gerek önemli bir değişkendir. Yaşlanmayla birlikte kadınların uykuya daha fazla zaman ayırdıkları buna rağmen erkeklerden daha fazla uyku sorunu yaşadıkları ile karşılaşmıştır (4,16).

Sigara

Nikotinin; merkezi sinir sistemine olan uyarıcı etkileriyle birlikte otonomik aktivasyonla ilişkili olarak uykuya başlamayı ve devam ettirmeyi zorlaştırır. Bundan dolayı sigara kullananlarda uykuya geçiş ve uyku etkinliği daha kötüdür. Bu nedenle uyku saatine yakın sigara kullanılması uykunun kalitesini bozabileceği ifade edilebilir (16,23).

Egzersiz

Eyüpoğlu'nun yapmış olduğu çalışmada egzersizin uyku derinliği ve uykunun toplam süresini arttırdığını göstermiştir. Ayrıca düzenli spor alışkanlığı olan ve fiziksel olarak egzersize uyum sağlamış kişilerde de uyku kalitesinin arttığı görülmüştür (16).

Kafein Kullanımı

Uyuma saatinden 30-60 dakika önce kafein kullanımı, uykunun başlatılması ve sürdürülmesinde zorluğa yol açan nedenlerin başında geldiği gibi kafein alımı mide sekresyonlarını etkiler, sindirim sorunların neden olur, kan basıncını artırarak vücuttan sıvı atılmasını hızlandırır. İyi bir uyku kalitesi için uyuma saatinden en az 4-6 saat öncesinde kafeinli ürün tüketilmemelidir (16,23).

Alkol Kullanımı

Alkol santral sinir sistemini baskıladığı için uykudan 4-6 saat önce alınan çok düşük miktarlardaki alkol alımı uyku kalitesini etkilemektedir. Ayrıca yatmadan önce içilen bir bardak şarabın uykuya yardımcı olduğu düşünülse de içilen alkol tüm gece kısa sürelerle uyanmaya neden olmaktadır (16,29).

Çevresel Faktörler

Yatak odasındaki gürültü, ışık, havalandırma, ısınma durumu ve yatağın fiziksel koşulları kişilerin uykusunu farklı şiddette etkileyebilmektedir (16,24). Karanlık ve aydınlık insan uykusunu düzenleyen kilit mekanizma olmasının yanında başta melatonin olmak üzere hormon salgılamaları ve hipotalamusun nöroendokrin düzenlemeleri üzerinde çok önemli etkiye sahiptir. Melatonin uykunun başlangıcı, uyku latansı ve kalitesiyle alakalı olduğu için gerekli çevresel faktörün mutlaka sağlanması gerekmektedir. Uyku için 18°C tavsiye edilen ortam sıcaklığı olmakla birlikte 24°C'nin üzerindeki sıcaklıklarda uykuda bölünmeler meydana geldiği gibi 12°C'nin altındaki sıcaklıklarda da artan rüyalarla birlikte uyku kalitesi bozulur kısacası sirkadiyen ritmin en önemli düzenleyicisi ısı ve ışıktır (4,16).

Yaşam Biçimi

Bireylerin yaşam biçimi; uyku düzenini ve uyku kalitesini etkilediği yapılan çalışmalarla saptanmıştır. Özellikle bireylerin çalışma şekli vardiyalı ve değişen saatlerdeyse biyolojik saatte kayma olur ve uyku kalitesi ciddi şekilde etkilenir (4).

2.2. Uyku Bozuklukları

Uyku süresinde, ritminde ve bütünlüğünde oluşan değişiklikler veya uykuda oluşan dış durumların meydana gelmesi uyku bozuklukları olarak adlandırılmaktadır. Literatüre göre insanların 1/3'ünden fazlasının uyku problemi yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca kentsel kesimden kırsal kesime oranla daha fazla uyku probleminin görüldüğü, gençlikten yaşlılığa doğru gidildikçe uyku bozukluğun arttığı görülmüştür. Uyku bozuklukların sınıflandırılması temelleri 20. yüzyıldaki teknolojik gelişmeler ve derneklerin çalışmaları ile atılmıştır. Uyku bozuklukları güncel çalışmalarla 3 başlık altında birleştirilmiştir. Gündüz aşırı uykululuk, insomniler ve uykuda anormal davranışlar bu başlıkları oluşturmaktadır. Ayrıca 2014 yılında International Classification of Sleep Disorders- ICSD 3 yayınlamış ve uyku bozuklukları yedi başlık altında sıralamış (4,16).

1. İnsomniler
2. Uyku ile ilgili solunum bozuklukları
3. Hipersomni ile seyreden santral hastalıklar
4. Sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları
5. Parasomniler
6. Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları
7. Diğer Uyku hastalıkları (4,16).

2.3. Sağlık Çalışanlarının Uyku Kalitesi

Mesleği gereği vardiyalı çalışmak zorunda olan sağlık çalışanları; uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulma, alışılmış çalışma ve sosyal yaşamının dışına çıkılmasından ötürü uyku bozuklukları sıklığının daha yüksek, uyku kalitesinin ise daha düşük olması açısından önemli risk grubunu oluşturmaktadır (15,20).

Sağlık çalışanlarının yaşadığı bu kötü uyku kalitesinin bireysel ve kurumsal sonuçları olabilmektedir. Bu sonuçlar arasında genel olarak; sağlık çalışanlarının serebrovasküler/ kardiyovasküler hastalıklar, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve diğer sağlık problemleri nedeniyle fiziksel yapısının, kesici-delici alet yaralanmalarına maruz kalma gibi nedenlerle çalışma performansının uykululuk, yorgunluk, bellek ve konsantrasyon bozuklukları gibi bilişsel bozukluklar ve sosyal yaşama uyumsuzluk nedeniyle yaşam kalitesinin, ajitasyon, iletişim bozuklukları, stres, oryantasyon bozuklukları, tükenmişlik yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının yaşadığı kötü uyku kalitesinin kurumsal sonuçları ise; iş doyumunun azalması, iş veriminde azalma, işle ilgili hataların artması, işe devamsızlıkta artma, iş gücü kayıpları, yeni hemşire temininde maliyet artışı sayılabilir (15,20-22). Uyku yoksunluğunun kanda bulunan bağışıklık sistemiyle ilgili kimyasalları dengesizleştirdiği, bu dengesizliğin ise davranışsal (yorgunluk, uyku hali, odaklanma) ve fizyolojik tepkileri (inflammation) etkilediği rapor edilmektedir (4,11,16).

2.4. Uykunun Ruhsal Durum Üzerindeki Rolü

Yapılan çalışmalar yetişkinlerin ortalama 2 saat azalan uyku süresinin 7 saate gerilemesi dünya üzerinde giderek artan depresyona dayalı adli vakaların, kişiler arası sorunların, sosyal patlamaların görülmesine yol açtığı gibi geçici olarak oluşan anksiyete, depresyon, somatik yakınmalar ve paranoyanın prefrontal kortekste serebral akımın azalmasına bağlı olduğu; hem yeni ve geçici olarak obsesyon ya da paranoid düşüncelerin hem de zeminde bulunan psikopatolojinin ortaya çıkmasında kronik uyku yoksunluğunun önemi üzerinde durulmuştur (3,11,14,20).

Uyanıklık süresince beyin dokusunda toksik maddelerin biriktiği ve uykuda beyin dokusunun bu maddeden arındığı gibi endokrin sistem ve sinir sistemi arasında iki yönlü haberleşme ile hormonal aktivite ruh sağlığı üzerinde olumlu etkiler sağlamaktadır (10,28).

Beynimizin bir ürünü olan ve ruh sağlığı üzerinde önemli etkisi olan melatonin salgısının biyolojik ritmi vardır. Melatonin beyindeki pineal salgı bezinden geceleri salgılanır ve tümör gelişimini baskılar. Melatonin hormonunun en önemli özelliği ışıksız bir ortamda salgılanmasıdır. Melatonin hormonu vücudun doğal ritmini düzenlediği gibi bağışıklık sistemi üzerinde güçlendirici etkiye sahiptir. Ancak günümüzde özellikle sağlık çalışanlarının gece çalışması melatonin hormonunun salgılanması baskılamakta ve hormonun beklenen etkilerinden yararlanılmamaktadır (4).

2.4.1. Sağlık Çalışanlarında Uykunun Ruhsal Durum Üzerindeki Rolü

Yeterli uykunun alınmaması sağlık çalışanlarında biyolojik ve psikoloji sorunlar yaratmasının yanında düşünme, davranış ve duygu yeteneklerini önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bunun yanında yeterli uykunun alınmaması dikkat toplamada güçlük, aşırı hareketlilik, gündüz uyku hali, dürtüsellik, huysuzluk, hırçınlık, iş performansında düşüklük, öğrenme bozuklukları, sosyal ilişkilerde sorunlar, kalp yetmezliği, yüksek tansiyon, patolojik derecede utangaçlık gibi birçok olumsuzluğa neden olabilmektedir (13,22,25).

Sağlık personelinde ve nöbet tutarak çalışanlarda; uyku hijyeni kötü olduğundan dikkat/bellek bozuklukları, emosyonel değişkenlik, hatta varsanı ve sanrılar görülebilmekte; kronobiyolojik değişmelerle birlikte bu belirtilerin şiddeti daha da artabilmektedir (14-15).

Topluma sağlık hizmeti veren meslek üyelerinin insan hayatıyla ilgili sorumluluk taşımaktan kaynaklanan nöbet-varıya şeklinde çalışmanın sosyal faaliyetleri azalttığı, stresle baş etme becerilerini düşürdüğü, anksiyete ve somatizasyonun, depresyonun da

içinde bulunduğu diğer psikiyatrik bozukluklardan daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Gece çalışan grupta depresyon ve anksiyete bozukluğunun yaygın olarak görülmesinin sebeplerinden en önemlisi, bireyin çalışma saatlerini sirkadyen sistemin dengeyi uyku yönünde değiştirdiği zaman diliminde; uyku saatlerini ise sirkadyen sistemin dengeyi uyanıklık yönünde değiştirdiği zaman dilimi içinde ayarlaması ile ilişkili olduğu bulunmuştur (3,13-14).

Sağlık çalışanlarının vardiyalı ve değişken saatlerde çalışıyor olması gündüz çalışmasına göre programlanmış biyolojik işlevleri ve toplumsal etkinlikleri aksatarak kişide fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda gastrointestinal sistem hastalıkları, kilo değişimleri, olumsuz beslenme alışkanlıkları, egzersiz eksikliği, uyku bozuklukları ve çok fazla kafein, alkol ve sigara tüketimi gibi sorunların arttığı bulunmuştur. Ayrıca bireyin ruh sağlığı bozulurken iş başarım ölçüsü önemli ölçüde düşmekte, tükenmişlik sendromu oluşmakta, sosyal yaşam ve ev yaşamı önemli ölçüde etkilendiği görülmüştür (4,21,22).

Vardiyalı ve nöbetli çalışma sisteminin etkilerine bakıldığında özellikle ruhsal ve fizyolojik etkileri ortaya çıkmaktadır. En sık görülen ruhsal etkileri stres, depresyon, sosyal yaşamdan uzaklaşma, kendini yalnız hissetme; fizyolojik etkileri ise hastalıklara karşı dirençsizlik, sürekli yorgunluk, soğuk algınlığı ve grip gibi hastalıklardır (4).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, özel bir hastanede çalışan sağlık personelinin uyku kalitesi ve ruhsal durum arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesinde çalışan sağlık personelleri ile Ekim 2018 – Ocak 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Kocaeli ili sınırında yer almaktadır. Şubat 2005 yılında hizmete başlayan hastane, 209 yatak kapasitesine sahip olup onkoloji bilimler, kalp sağlığı, kadın sağlığı, kadın sağlığı ve IVF, nörolojik bilimler, bilimler, cerrahi bilimler, dahili bilimler, tanı ve görüntüleme başta olmak üzere tüm branşlarda hizmet sunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Anadolu Sağlık Merkezinde bulunan 124 doktor, 266 hemşire ve 220 teknisyen/tekniker olmak üzere toplam 610 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %95'lik güven aralığı ile $n = N \cdot t \cdot p \cdot q / d^2 (N-1) + t^2$ p.q formülü temel alınarak (N= 939, p= 0,90 q= 0,10 t= $\alpha=0,05$ için 1,96 d= %95'lik güven aralığı için 0,05 n= 939. 1,962 . 0,90 . 0,10 / 0,052 . (939-1) + 1,962 . 0,90 . 0,10 n= 324,654 / 2,691 n=120) hesaplandığında 120 bulunmuştur. Çalışma 144 sağlık çalışanı ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği, Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCR 90) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Özel Anadolu Sağlık Merkezinde bulunan sağlık çalışanlarını tanıtmak amacıyla, tanıtıcı bilgilerin sorgulandığı “Kişisel Bilgi Formu” 14 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak sağlık çalışanlarında uyku kalitesi ve ruhsal durum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Sosyodemografik özellikler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.4.2. Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği (PIDÖ, EK-2)

Moul ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirmiş olan ölçeğin Türkçe geçerliği güvenilirliği Aydın ve ark (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçek 20 sorudan oluşmakta olup 4'lü likert tipi bir ölçektir. On iki soru uyku nedenli kişisel sıkıntılarla, 4 soru uyku parametreleri ve 4 soru ise yaşam kaliteleri ile ilgilidir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 60'dır. Ölçekten alınan puan arttıkça insomni şüphesi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.906 olarak belirlenmiştir (18). Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği'nin çalışmada kullanılması için Aydın'dan elektronik posta yolu ile izin alınmıştır (Ek-3).

3.4.3. SCL90 (Symptom Check List) Psikolojik Belirti Taraması

(SCL90, EK-4)

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) Leonard R. Derogatis ve arkadaşları (1971-1977) tarafından Hopkins Symptom Check List (HSCL) olarak bilinen envanterden yararlanılarak geliştirilmiş olan ölçeğin Türkçe geçerliği güvenilirliği Dağ İ. (2001) tarafından yapılmıştır. Ruhsal Belirti Tarama Listesi bireylerin kendilerinin tanımladığı (self-report türünden) çeşitli ruhsal belirtileri tanıyıp ölçmeye yönelik 90 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeği cevaplayan birey her soru için; (0) Hiç, (1) Çok az, (2) Orta derecede, (3) Oldukça Fazla, (4) İleri derecede şeklinde işaretlemelerde bulunarak beş dereceli bir ölçme ifadesi vermektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça insomni şüphesi artmaktadır. SCL90 (Symptom Check List) Psikolojik Belirti Taraması Testinin çalışmada kullanılması için Dağ'dan elektronik posta yolu ile izin alınmıştır (Ek-5).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından sağlık çalışanları ile anket yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmanın amacı katılımcılara açıklanmış Anadolu Sağlık Merkezi'nde görev alan sağlık çalışanlarına uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum), niceliksel verilerin normal dağılım gösteren iki grup karşılaştırmalarında Student t testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında One-Way Anova testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin normal dağılım göstermeyen iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<,001$ ve $p<,005$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Okan Üniversitesi (Ek-7) ve Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi etik kurulundan izin alınmıştır (Ek-8).

Araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanların bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnız Özel Sağlık Merkezi Hastanesinde yapılıyor olması, katılımcıların iş yoğunluğundan kaynaklı araştırmaya dahil olmak istememeleri çalışma için sınırlılığa neden olmuştur.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında araştırmaya katılan toplam 144 sağlık çalışanından elde edilen sonuçlar bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ile birlikte Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği ve SCL90-R (Symptom Check List) Psikolojik Belirti Taraması testlerinden elde edilene verilerin analizleri yüzde ve frekansları tablolar halinde sunulmuştur.

4.1. Araştırma Kapsamındaki Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 1: Sağlık Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=144)

Tanımlayıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	106	73,6
	Erkek	38	26,4
Medeni Durum	Evli	72	50,0
	Bekar	72	50,0
Yaş	20-24 Yaş	31	21,5
	25-29 Yaş	30	20,8
	30-34 Yaş	32	22,2
	35-39 Yaş	35	24,3
	40-44 Yaş	16	11,1
Meslek	Hemşire	114	79,2
	Diğer sağlık Çalışanı	30	20,8
Mesleki Tecrübe	0-1 yıl	34	23,6
	3-5 yıl	25	17,4
	6-10 yıl	26	18,1
	11-15 yıl	34	23,6
	15 yıl ve üstü	24	17,4
Çalışma Şekli	Sürekli Gündüz	45	31,3
	Sürekli Gece	4	2,8
	Gece ve Gündüz değişken	95	66,0
Gece Nöbetinin Yaşantıya Zorluk Getirme Durumu	Evet	109	75,7
	Hayır	35	24,3
İş memnuniyeti	Evet	126	87,5
	Hayır	18	12,5

*Diğer Sağlık çalışanları: Hekim (4), sağlık teknikeri (14), Fizyoterapist (3), Sağlık Bakım teknisyeni (13).

Katılımcıların, %73,6'sı (n=106) kadın, %50'si evli, %24,3 35-39 yaş arasında ve %79,2'si hemşiredir. Katılımcıların %23,6'sı 11-15 yıl mesleki deneyime sahip, %66'sı gece/gündüz vardiyasında çalışmakta, %75,7'si gece nöbetinin yaşantıya zorluk getirdiğini düşünmekte ve %87,5'i işinden memnundur.

Tablo 2: Sağlık Çalışanların Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği İle Psikolojik Belirti Taraması Ölçeği Puanlarının Ortalamaları

	<i>Ort±SS</i>	<i>Min-Max (Medyan)</i>	<i>Cronbach's Alpha</i>
PIRS 20	32,49±12,1	4-60 (32)	0,939
SCR-90	0,78±0,61	0-2,93 (0,61)	0,980
Somatizasyon	0,92±0,72	0-3,33 (0,75)	0,894
Obsesif Kompulsif	1,13±0,79	0-3,4 (1)	0,878
Kişilerarası Duyarlık	0,77±0,7	0-2,89 (0,56)	0,839
Depresyon	0,83±0,71	0-3,23 (0,77)	0,914
Kaygı	0,68±0,61	0-2,9 (0,5)	0,837
Düşmanlık	0,77±0,76	0-3,33 (0,5)	0,827
Fobik Kaygı	0,5±0,61	0-3,14 (0,29)	0,789
Paranoid	0,81±0,75	0-3,33 (0,58)	0,798
Psikotizm	0,54±0,65	0-3,7 (0,3)	0,882
Ek ölçek	0,94±0,72	0-3,29 (0,71)	0,751

Pittsburgh insomni derecelendirme puanı 4 ile 60 puan arasında değişmekte olup, ortalama 32,49±12,1 olarak hesaplanmıştır. Psikolojik Belirti Taraması Ölçeği puan ortalaması 0,78±0,61 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri ve Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği Puan Ortalamaları

		n	Ortalama Puan	Min- Max	Test Değeri	p
Cinsiyet	Kadın	106	31,99±12,08	4-55 (32)	-0,831	^a 0,407
	Erkek	38	33,89±12,20	9-60 (32)		
Medeni Durum	Bekar	72	33,16±10,78	4-55 (32)	0,667	^a 0,506
	Evli	72	31,81±13,30	9-60 (31,5)		
Yaş	20-24 Yaş	31	33,61±11,16	9-53(35)	7,386	^b 0,117
	25-29 Yaş	30	36,50±8,90	23-55(35)		
	30-34 Yaş	32	31,87±12,03	4-50(31)		
	35-39 Yaş	35	31,82±13,07	8-60(32)		
	40-44 Yaş	16	25,50±14,73	5-52(24)		
Meslek	Hemşire	114	32,64±11,85	4 -60(32)	0,301	^a 0,764
	Diğer sağlık çalışanı	30	31,90±13,18	8 -58(29)		
Mesleki Tecrübe	0-1 yıl	35	33,82±11,85	9-53(26,5)	1,847	^c 0,123
	3-5 yıl	25	35,04±8,52	17-47(33)		
	6-10 yıl	26	34,69±8,09	21-50(32)		
	11-15 yıl	34	31,41±14,24	4-58(33)		
	15 yıl ve üstü	25	27,32±15,52	5-60(24)		
Gece Nöbetinin Yaşantıya Zorluk Getirme Durumu	Evet	109	33,77±12,26	4-60 (36)	2,268	^a 0,025*
	Hayır	35	28,51±10,77	5-58 (28)		
İşinden Memnun	Var	126	31,61±11,96	4-58 (32)	2,028	^d 0,028*
	Yok	18	38,66±11,51	16-60 (41,50)		
Sigara Kullanım	Evet	54	33,88±11,66	8-60 (32)	1,073	^a 0,285
	Hayır	90	31,65±12,34	4-58 (32)		
Aşırı Çay	Evet	67	33,92±12,00	8-60 (32)	1,329	^a 0,186
	Hayır	77	31,24±12,12	4-58 (32)		
Alkol Kullanım	Evet	45	33,35±11,35	8-60 (32)	0,575	^a 0,566
	Hayır	99	32,10±12,46	4-58 (32)		
Uyku İlacı Kullanımı	Evet	6	41,66±10,05	31-55 (40)	-1,825	^d 0,068
	Hayır	138	32,09±12,05	4-60 (32)		
Sık İştah Değişikliği	Evet	58	37,08±11,07	5-60 (39)	3,925	^a 0,001**
	Hayır	86	29,39±11,82	4-58(29,5)		
GİS Rahatsızlığı	Evet	51	36,76±11,08	4-60 (39)	3,240	^a 0,001*
	Hayır	93	30,15±12,04	5-58(30)		

^aStudent t testi

^bKruskall Wallis Testi

^cOne Way Anova

^dMann Whitney U

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, yaş, mesleği, mesleki deneyimi, sigara kullanımı, aşırı çay tüketimi, alkol kullanımı ve uyku ilacı kullanımı ile Pittsburgh İnsomni Derecelendirme ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların gece nöbetinin yaşantıya zorluk getirme durumu, işinden memnun olma, sık iştah değişikliği yaşama ve GİS rahatsızlığı olma durumu ile Pittsburgh İnsomni Derecelendirme ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).



Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Cinsiyet	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	^a p
Somatizasyon	Kadın	106	0,95±0,75	0-3,33 (0,75)	0,896	^a 0,372
	Erkek	38	0,83±0,63	0-3 (0,75)		
Obsesif Kompulsif	Kadın	106	1,1±0,77	0-3,4 (1)	-0,720	^a 0,473
	Erkek	38	1,21±0,84	0-3,3 (1,05)		
Kişilerarası Duyarlık	Kadın	106	0,79±0,7	0-2,67 (0,56)	0,382	^a 0,703
	Erkek	38	0,74±0,69	0-2,89 (0,61)		
Depresyon	Kadın	106	0,84±0,71	0-3,23 (0,77)	0,518	^a 0,605
	Erkek	38	0,78±0,69	0-2,69 (0,69)		
Kaygı	Kadın	106	0,68±0,6	0-2,9 (0,5)	0,504	^a 0,957
	Erkek	38	0,67±0,67	0-2,8 (0,45)		
Düşmanlık	Kadın	106	0,77±0,76	0-3,33 (0,5)	0,225	^a 0,822
	Erkek	38	0,8±0,78	0-2,5 (0,58)		
Fobik Kaygı	Kadın	106	0,52±0,63	0-3,14 (0,29)	0,496	^a 0,620
	Erkek	38	0,46±0,55	0-2,71 (0,36)		
Paranoid Düşünce	Kadın	106	0,82±0,76	0-3,33 (0,67)	0,033	^a 0,974
	Erkek	38	0,81±0,72	0-2,67 (0,5)		
Psikotizm	Kadın	106	0,54±0,63	0-2,7 (0,3)	-0,086	^a 0,932
	Erkek	38	0,55±0,72	0-3,7 (0,3)		
Ek Ölçek	Kadın	106	0,89±0,67	0-3,29 (0,71)	-1,145	^a 0,257
	Erkek	38	1,06±0,85	0-3 (0,79)		

Katılımcıların cinsiyetleri ile SCR-90 ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının Medeni Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Medeni Durum	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	p
Somatizasyon	Bekar	72	0,96±0,74	0-3,33 (0,83)	0,648	^a 0,518
	Evli	72	0,88±0,69	0-3 (0,75)		
Obsesif Kompulsif	Bekar	72	1,19±0,77	0-3,4 (1,2)	0,854	^a 0,394
	Evli	72	1,08±0,81	0-3,3 (1)		
Kişilerarası Duyarlık	Bekar	72	0,85±0,73	0-2,67 (0,67)	1,376	^a 0,171
	Evli	72	0,69±0,66	0-2,89 (0,56)		
Depresyon	Bekar	72	0,87±0,75	0-3,23 (0,77)	0,734	^a 0,464
	Evli	72	0,78±0,66	0-2,69 (0,73)		
Kaygı	Bekar	72	0,71±0,64	0-2,9 (0,6)	0,690	^a 0,491
	Evli	72	0,64±0,59	0-2,8 (0,5)		
Düşmanlık	Bekar	72	0,88±0,85	0-3,33 (0,58)	1,631	^a 0,105
	Evli	72	0,67±0,66	0-2,5 (0,5)		
Fobik Kaygı	Bekar	72	0,54±0,67	0-3,14 (0,29)	0,680	^a 0,498
	Evli	72	0,47±0,54	0-2,71 (0,29)		
Paranoid Düşünce	Bekar	72	0,87±0,8	0-3,33 (0,5)	0,893	^a 0,374
	Evli	72	0,76±0,69	0-3 (0,67)		
Psikotizm	Bekar	72	0,58±0,68	0-2,7 (0,25)	0,676	^a 0,500
	Evli	72	0,5±0,63	0-3,7 (0,3)		
Ek Ölçek	Bekar	72	0,99±0,73	0-3,29 (0,86)	0,801	^a 0,403
	Evli	72	0,88±0,72	0-3 (0,71)		

Katılımcıların medeni durumları ile SCR-90 ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Yaş	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	p
Somatizasyon	20-24 Yaş	31	0,33±0,26	0,08-0,67 (0,29)	4,668	^b 0,323
	25-29 Yaş	30	0,94±0,72	0-3,33 (0,75)		
	30-34 Yaş	32	0,88±0,61	0,08-2,42 (0,75)		
	35-39 Yaş	35	0,47±0,39	0,17-0,92 (0,33)		
	40-44 Yaş	16	1,06±0,85	0,08-3(0,75)		
Obsesif Kompulsif	20-24 Yaş	31	0,53±0,22	0,2-0,7 (0,6)	7,181	^b 0,127
	25-29 Yaş	30	1,13±0,75	0-2,9 (1,1)		
	30-34 Yaş	32	1,26±0,95	0-3,4 (0,95)		
	35-39 Yaş	35	0,63±0,47	0,1-1 (0,8)		
	40-44 Yaş	16	1,35±0,99	0-3,3 (1,2)		
Kişilerarası Duyarlık	20-24 Yaş	31	0,28±0,35	0-0,78 (0,17)	2,896	^b 0,575
	25-29 Yaş	30	0,77±0,66	0-2,67 (0,67)		
	30-34 Yaş	32	0,87±0,8	0-2,33 (0,67)		
	35-39 Yaş	35	0,41±0,13	0,33-0,56 (0,33)		
	40-44 Yaş	16	0,91±0,95	0-2,89 (0,56)		
Depresyon	20-24 Yaş	31	0,27±0,16	0,08-0,46 (0,27)	10,115	^b 0,039
	25-29 Yaş	30	0,85±0,68	0-3,23 (0,77)		
	30-34 Yaş	32	0,96±0,83	0,08-3,08 (0,85)		
	35-39 Yaş	35	0,33±0,38	0,08-0,77 (0,15)		
	40-44 Yaş	16	0,79±0,85	0-2,69 (0,31)		
Kaygı	20-24 Yaş	31	0,15±0,13	0-0,3 (0,15)	6,426	^b 0,169
	25-29 Yaş	30	0,68±0,59	0-2,9 (0,6)		
	30-34 Yaş	32	0,76±0,62	0-1,9 (0,6)		
	35-39 Yaş	35	0,1±0,1	0-0,2 (0,1)		
	40-44 Yaş	16	0,81±0,83	0-2,8 (0,4)		
Düşmanlık	20-24 Yaş	31	0,08±0,17	0-0,33 (0)	7,730	^b 0,102
	25-29 Yaş	30	0,78±0,76	0-3,33 (0,5)		
	30-34 Yaş	32	1±0,79	0-2,5 (1)		
	35-39 Yaş	35	0,11±0,1	0-0,17 (0,17)		
	40-44 Yaş	16	0,83±0,78	0-2,5 (0,5)		

Fobik Kaygı	20-24 Yaş	31	0,14±0,29	0-0,57 (0)	5,880	^b 0,208
	25-29 Yaş	30	0,52±0,61	0-3,14 (0,29)		
	30-34 Yaş	32	0,43±0,54	0-1,86 (0,14)		
	35-39 Yaş	35	0,33±0,3	0-0,57 (0,43)		
	40-44 Yaş	16	0,6±0,83	0-2,71 (0,29)		
Paranoid Düşünce	20-24 Yaş	31	0,46±0,39	0,17-1 (0,33)	6,817	^b 0,146
	25-29 Yaş	30	0,82±0,75	0-3,33 (0,67)		
	30-34 Yaş	32	0,83±0,73	0,17-1,83 (0,42)		
	35-39 Yaş	35	0,39±0,19	0,17-0,5 (0,5)		
	40-44 Yaş	16	0,97±0,87	0-2,67 (1)		
Psikotizm	20-24 Yaş	31	0,1±0,12	0-0,2 (0,1)	8,797	^b 0,066
	25-29 Yaş	30	0,54±0,61	0-2,7 (0,3)		
	30-34 Yaş	32	0,62±0,62	0-2 (0,35)		
	35-39 Yaş	35	0,13±0,12	0-0,2 (0,2)		
	40-44 Yaş	16	0,7±1,07	0-3,7 (0,3)		
Ek Ölçek	20-24 Yaş	31	0,46±0,29	0,14-0,71 (0,5)	8,424	^b 0,077
	25-29 Yaş	30	0,92±0,7	0-3,29 (0,71)		
	30-34 Yaş	32	1,1±0,88	0-2,71 (0,86)		
	35-39 Yaş	35	0,57±0,57	0-1,14 (0,57)		
	40-44 Yaş	16	1,08±0,86	0-3 (0,86)		

Katılımcıların yaş grupları ile SCR-90 ölçeği alt boyutlarından depresyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), diğer alt boyutlar ve ek ölçek ile farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Meslek	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	p
Somatizasyon	Hemşire	114	0,92±0,72	0-3,33 (0,75)	0,15	^a 0,988
	Diğer sağlık çalışanı	30	0,92±0,71	0,08-3 (0,75)		
Obsesif Kompulsif	Hemşire	114	1,1±0,75	0-2,9 (1)	-0,795	^a 0,428
	Diğer sağlık çalışanı	30	1,23±0,93	0-3,4 (0,95)		
Kişilerarası Duyarlık	Hemşire	114	0,76±0,66	0-2,67 (0,61)	-0,623	^a 0,534
	Diğer sağlık çalışanı	30	0,84±0,83	0-2,89 (0,56)		
Depresyon	Hemşire	114	0,83±0,68	0-3,23 (0,77)	0,051	^a 0,959
	Diğer sağlık çalışanı	30	0,82±0,81	0-3,08 (0,65)		
Kaygı	Hemşire	114	0,67±0,59	0-2,9 (0,55)	-0,376	^a 0,070
	Diğer sağlık çalışanı	30	0,71±0,71	0-2,8 (0,4)		
Düşmanlık	Hemşire	114	0,76±0,76	0-3,33 (0,5)	-0,520	^a 0,054
	Diğer sağlık çalışanı	30	0,84±0,77	0-2,5 (0,5)		
Fobik Kaygı	Hemşire	114	0,5±0,6	0-3,14 (0,29)	0,058	^a 0,954
	Diğer sağlık çalışanı	30	0,5±0,65	0-2,71 (0,21)		
Paranoid Düşünce	Hemşire	114	0,81±0,75	0-3,33 (0,67)	-0,289	^a 0,773
	Diğer sağlık çalışanı	30	0,85±0,76	0-2,67 (0,5)		
Psikotizm	Hemşire	114	0,52±0,6	0-2,7 (0,3)	-0,632	^a 0,528
	Diğer sağlık çalışanı	30	0,61±0,82	0-3,7 (0,3)		
Ek Ölçek	Hemşire	114	0,91±0,69	0-3,29 (0,71)	-0,873	^a 0,384
	Diğer sağlık çalışanı	30	1,04±0,84	0-3 (0,86)		

Sağlık çalışanlarının mesleği ile SCR-90 ölçeği alt boyutları arasında ‘‘ kaygı’’ ve ‘‘düşmanlık ‘‘ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), diğer alt boyutlarla ve ek ölçek ile bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Mesleki Deneyimlerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Mesleki Deneyim	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	p
Somatizasyon	0-1 yıl	34	0,93±0,72	0-2,5 (0,79)	0,614	°0,653
	3-5 yıl	25	0,89±0,68	0,08-2,5 (0,75)		
	6-10 yıl	26	1,1±0,66	0,08-2,5 (1)		
	11-15 yıl	34	0,81±0,65	0-3,33 (0,67)		
	15 yıl ve üstü	25	0,88±0,89	0-3 (0,67)		
Obsesif Kompulsif	0-1 yıl	34	1,31±0,78	0-3,4 (1,2)	1,078	°0,370
	3-5 yıl	25	1,04±0,7	0,1-2,6 (0,9)		
	6-10 yıl	26	1,26±0,76	0,2-2,7 (1,1)		
	11-15 yıl	34	1,03±0,7	0-2,6 (1,05)		
	15 yıl ve üstü	25	0,98±0,99	0-3,3 (0,6)		
Kişilerarası Duyarlık	0-1 yıl	34	0,91±0,75	0-2,67 (1)	0,418	°0,796
	3-5 yıl	25	0,71±0,64	0-2,11 (0,44)		
	6-10 yıl	26	0,77±0,66	0-2,11 (0,67)		
	11-15 yıl	34	0,74±0,65	0-2,11 (0,56)		
	15 yıl ve üstü	25	0,72±0,79	0-2,89 (0,56)		
Depresyon	0-1 yıl	34	0,91±0,84	0-3,08 (0,77)	0,273	°0,895
	3-5 yıl	25	0,81±0,6	0,08-2,23 (0,77)		
	6-10 yıl	26	0,83±0,55	0-1,77 (0,81)		
	11-15 yıl	34	0,83±0,69	0-3,23 (0,85)		
	15 yıl ve üstü	25	0,72±0,81	0-2,69 (0,38)		
Kaygı	0-1 yıl	34	0,69±0,63	0-2,9 (0,65)	0,044	°0,996
	3-5 yıl	25	0,63±0,59	0-2 (0,5)		
	6-10 yıl	26	0,7±0,53	0-1,8 (0,55)		
	11-15 yıl	34	0,68±0,56	0-2,5 (0,55)		
	15 yıl ve üstü	25	0,67±0,79	0-2,8 (0,4)		
Düşmanlık	0-1 yıl	34	0,83±0,8	0-3 (0,58)	0,209	°0,933
	3-5 yıl	25	0,77±0,75	0-2,5 (0,5)		
	6-10 yıl	26	0,78±0,59	0-1,67 (0,67)		
	11-15 yıl	34	0,8±0,77	0-3,17 (0,58)		
	15 yıl ve üstü	25	0,65±0,9	0-3,33 (0,17)		

Fobik Kaygı	0-1 yıl	34	0,56±0,64	0-2,71 (0,29)	0,265 °0,900
	3-5 yıl	25	0,54±0,76	0-3,14 (0,29)	
	6-10 yıl	26	0,51±0,46	0-1,71 (0,5)	
	11-15 yıl	34	0,46±0,47	0-1,86 (0,29)	
	15 yıl ve üstü	25	0,42±0,72	0-2,71 (0)	
Paranoid Düşünce	0-1 yıl	34	0,87±0,8	0-3,33 (0,67)	0,154 °0,961
	3-5 yıl	25	0,77±0,75	0-2,83 (0,5)	
	6-10 yıl	26	0,74±0,56	0-2 (0,67)	
	11-15 yıl	34	0,85±0,76	0-3 (0,92)	
	15 yıl ve üstü	25	0,81±0,87	0-2,67 (0,5)	
Psikotizm	0-1 yıl	34	0,59±0,65	0-2,7 (0,3)	0,605 °0,660
	3-5 yıl	25	0,42±0,59	0-2,5 (0,2)	
	6-10 yıl	26	0,45±0,47	0-1,8 (0,3)	
	11-15 yıl	34	0,65±0,66	0-2,5 (0,4)	
	15 yıl ve üstü	25	0,53±0,86	0-3,7 (0,1)	
Ek Ölçek	0-1 yıl	34	1,12±0,79	0-3,29 (1)	1,005 °0,407
	3-5 yıl	25	0,84±0,64	0-2,57 (0,57)	
	6-10 yıl	26	0,99±0,57	0-2,29 (1)	
	11-15 yıl	34	0,9±0,68	0-2,29 (0,79)	
	15 yıl ve üstü	25	0,78±0,89	0-3 (0,43)	

Katılımcıların mesleki deneyimleri ile SCR-90 ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Şekillerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Çalışma Şekli	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	p
Somatizasyon	Sürekli Gündüz	45	0,89±0,71	0-3,33 (0,75)	0,094	°0,911
	Sürekli Gece	4	0,83±0,85	0-2 (0,67)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	0,94±0,72	0-3 (0,75)		
Obsesif Kompulsif	Sürekli Gündüz	45	0,95±0,79	0-3,4 (0,8)	1,958	°0,145
	Sürekli Gece	4	1,45±1,14	0-2,5 (1,65)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	1,2±0,77	0-3,3 (1,1)		
Kişilerarası Duyarlık	Sürekli Gündüz	45	0,67±0,63	0-2,33 (0,56)	0,975	°0,380
	Sürekli Gece	4	1,08±0,82	0-2 (1,17)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	0,81±0,72	0-2,89 (0,56)		
Depresyon	Sürekli Gündüz	45	0,74±0,74	0-3,23 (0,54)	0,954	°0,388
	Sürekli Gece	4	1,21±0,95	0-2,23 (1,31)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	0,85±0,68	0-2,69 (0,77)		
Kaygı	Sürekli Gündüz	45	0,61±0,54	0-2,5 (0,5)	0,672	°0,512
	Sürekli Gece	4	0,93±0,85	0-2 (0,85)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	0,7±0,64	0-2,9 (0,5)		
Düşmanlık	Sürekli Gündüz	45	0,65±0,73	0-3,17 (0,5)	1,126	°0,327
	Sürekli Gece	4	1,08±0,95	0-2,17 (1,08)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	0,82±0,77	0-3,33 (0,5)		
Fobik Kaygı	Sürekli Gündüz	45	0,4±0,48	0-1,86 (0,29)	0,912	°0,404
	Sürekli Gece	4	0,61±0,5	0-1,14 (0,64)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	0,54±0,67	0-3,14 (0,29)		
Paranoid Düşünce	Sürekli Gündüz	45	0,74±0,66	0-2,5 (0,5)	0,671	°0,513
	Sürekli Gece	4	1,17±0,83	0-1,83 (1,42)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	0,83±0,78	0-3,33 (0,67)		
Psikotizm	Sürekli Gündüz	45	0,47±0,51	0-1,9 (0,3)	0,541	°0,583
	Sürekli Gece	4	0,78±0,53	0-1,1 (1)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	0,56±0,72	0-3,7 (0,3)		
Ek Ölçek	Sürekli Gündüz	45	0,77±0,72	0-2,29 (0,57)	1,709	°0,185
	Sürekli Gece	4	1,14±1,02	0-2 (1,29)		
	Gece ve Gündüz değişen	95	1±0,71	0-3,29 (0,86)		

Katılımcıların çalışma şekilleri ile SCR-90 ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10: Sağlık Çalışanlarının Gece Nöbetinin Yaşantıya Zorluk Getirme Durumuna Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Gece Nöbetinin Yaşantıya Zorluk Getirme Durumu	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	p
Somatizasyon	Gece Nöbeti Evet	109	0,94±0,72	0-3 (0,75)	0,580	^a 0,563
	Gece Nöbeti Hayır	35	0,86±0,7	0-3,33 (0,75)		
Obsesif Kompulsif	Gece Nöbeti Evet	109	1,16±0,82	0-3,4 (1,1)	0,785	^a 0,434
	Gece Nöbeti Hayır	35	1,04±0,69	0-2,6 (0,9)		
Kişilerarası Duyarlık	Gece Nöbeti Evet	109	0,81±0,72	0-2,89 (0,56)	1,080	^a 0,282
	Gece Nöbeti Hayır	35	0,66±0,6	0-2,11 (0,56)		
Depresyon	Gece Nöbeti Evet	109	0,88±0,71	0-3,08 (0,77)	1,466	^a 0,145
	Gece Nöbeti Hayır	35	0,67±0,67	0-3,23 (0,62)		
Kaygı	Gece Nöbeti Evet	109	0,7±0,62	0-2,9 (0,6)	0,964	^a 0,337
	Gece Nöbeti Hayır	35	0,59±0,58	0-2,5 (0,4)		
Düşmanlık	Gece Nöbeti Evet	109	0,79±0,74	0-3,33 (0,5)	0,364	^a 0,716
	Gece Nöbeti Hayır	35	0,73±0,84	0-3,17 (0,5)		
Fobik Kaygı	Gece Nöbeti Evet	109	0,54±0,66	0-3,14 (0,29)	1,262	^a 0,209
	Gece Nöbeti Hayır	35	0,39±0,41	0-1,29 (0,29)		

Paranoid Düşünce	Gece Nöbeti Evet	109	0,83±0,78	0-3,33 (0,5)	0,437	^a 0,662
	Gece Nöbeti Hayır	35	0,77±0,62	0-2,5 (0,67)		
Psikotizm	Gece Nöbeti Evet	109	0,55±0,67	0-3,7 (0,3)	0,322	^a 0,748
	Gece Nöbeti Hayır	35	0,51±0,59	0-2 (0,3)		
Ek Ölçek	Gece Nöbeti Evet	109	0,92±0,73	0-3,29 (0,71)	-0,528	^a 0,598
	Gece Nöbeti Hayır	35	0,99±0,7	0-2,71 (0,86)		

Katılımcıların gece nöbetinin yaşantıya zorluk getirme durumu ile SCR-90 ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11: Sağlık Çalışanlarının İş Memnuniyetlerine Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	İş Memnuniyeti	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	^a p
Somatizasyon	İş Memnun	126	0,86±0,66	0-3 (0,75)	773,00	^d 0,029*
	İş Memnun Değil	18	1,36±0,93	0,08-3,33 (1,33)		
Obsesif Kompulsif	İş Memnun	126	1,06±0,75	0-3,4 (1)	737,00	^d 0,016*
	İş Memnun Değil	18	1,6±0,9	0,3-2,9 (1,35)		
Kişilerarası Duyarlık	İş Memnun	126	0,73±0,68	0-2,89 (0,56)	800,50	^d 0,043*
	İş Memnun Değil	18	1,08±0,76	0-2,67 (0,94)		
Depresyon	İş Memnun	126	0,76±0,66	0-3,08 (0,69)	672,50	^d 0,005**
	İş Memnun Değil	18	1,31±0,84	0,23-3,23 (1,04)		
Kaygı	İş Memnun	126	0,62±0,56	0-2,8 (0,5)	795,50	^d 0,040*
	İş Memnun Değil	18	1,06±0,85	0,1-2,9 (0,85)		
Düşmanlık	İş Memnun	126	0,71±0,71	0-3,33 (0,5)	726,00	^d 0,013*
	İş Memnun Değil	18	1,25±0,94	0-3,17 (1,25)		
Fobik Kaygı	İş Memnun	126	0,44±0,54	0-2,71 (0,29)	676,50	^d 0,005**
	İş Memnun Değil	18	0,95±0,88	0-3,14 (0,79)		
Paranoid Düşünce	İş Memnun	126	0,75±0,7	0-3 (0,5)	732,50	^d 0,015*
	İş Memnun Değil	18	1,25±0,91	0-3,33 (1)		
Psikotizm	İş Memnun	126	0,5±0,62	0-3,7 (0,3)	853,50	^d 0,087
	İş Memnun Değil	18	0,8±0,81	0-2,7 (0,55)		
Ek Ölçek	İş Memnun	126	0,87±0,68	0-3 (0,71)	729,00	^d 0,014*
	İş Memnun Değil	18	1,4±0,89	0-3,29 (1,29)		

Katılımcıların işinden memnun olma durumu ile SCR-90 ölçeği alt boyutlarından'' psikotizm'' ile anlamlı farklılık bulunmamış ($p>0,05$), diğer tüm alt boyutlarla farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 12: Sağlık Çalışanlarının Sigara Kullanım Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Sigara Kullanımı	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	p
Somatizasyon	Sigara kullanıyor	54	0,96±0,72	0-3 (0,83)	0,477	^a 0,634
	Sigara kullanmıyor	90	0,9±0,72	0-3,33 (0,75)		
Obsesif Kompulsif	Sigara kullanıyor	54	1,24±0,8	0-3,3 (1,15)	1,314	^a 0,191
	Sigara kullanmıyor	90	1,06±0,78	0-3,4 (1)		
Kişilerarası Duyarlık	Sigara kullanıyor	54	0,84±0,75	0-2,89 (0,67)	0,931	^a 0,353
	Sigara kullanmıyor	90	0,73±0,66	0-2,67 (0,56)		
Depresyon	Sigara kullanıyor	54	0,91±0,69	0-2,69 (0,85)	1,048	^a 0,296
	Sigara kullanmıyor	90	0,78±0,71	0-3,23 (0,62)		
Kaygı	Sigara kullanıyor	54	0,76±0,63	0-2,8 (0,6)	1,323	^a 0,188
	Sigara kullanmıyor	90	0,62±0,6	0-2,9 (0,45)		
Düşmanlık	Sigara kullanıyor	54	0,88±0,75	0-3,33 (0,83)	1,249	^a 0,214
	Sigara kullanmıyor	90	0,71±0,76	0-3,17 (0,5)		
Fobik Kaygı	Sigara kullanıyor	54	0,58±0,69	0-3,14 (0,43)	1,275	^a 0,205
	Sigara kullanmıyor	90	0,45±0,56	0-2,71 (0,29)		
Paranoid Düşünce	Sigara kullanıyor	54	0,91±0,75	0-2,83 (0,75)	1,232	^a 0,220
	Sigara kullanmıyor	90	0,76±0,74	0-3,33 (0,5)		
Psikotizm	Sigara kullanıyor	54	0,63±0,77	0-3,7 (0,3)	1,260	^a 0,210
	Sigara kullanmıyor	90	0,49±0,57	0-2,7 (0,3)		
Ek Ölçek	Sigara kullanıyor	54	1,03±0,72	0-3 (0,93)	1,171	^a 0,244
	Sigara kullanmıyor	90	0,88±0,73	0-3,29 (0,71)		

Katılımcıların sigara kullanma durumu ile SCR-90 ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13: Sağlık Çalışanlarının Aşırı Çay/Kahve İçme Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Aşırı Çay Kahve Tüketimi	n	ort $\pm$ ss	min-max	test değeri	^a p
Somatizasyon	Aşırı çay kahve var	67	1,02 $\pm$ 0,74	0-3 (0,83)	1,674	^a 0,096
	Aşırı çay kahve yok	77	0,83 $\pm$ 0,69	0-3,33 (0,67)		
Obsesif Kompulsif	Aşırı çay kahve var	67	1,28 $\pm$ 0,79	0-3,3 (1,2)	2,166	^a 0,032*
	Aşırı çay kahve yok	77	1 $\pm$ 0,77	0-3,4 (0,9)		
Kişilerarası Duyarlık	Aşırı çay kahve var	67	0,93 $\pm$ 0,75	0-2,89 (0,78)	2,588	^a 0,011*
	Aşırı çay kahve yok	77	0,63 $\pm$ 0,62	0-2,33 (0,56)		
Depresyon	Aşırı çay kahve var	67	0,96 $\pm$ 0,68	0-2,69 (0,92)	2,122	^a 0,036*
	Aşırı çay kahve yok	77	0,71 $\pm$ 0,71	0-3,23 (0,46)		
Kaygı	Aşırı çay kahve var	67	0,84 $\pm$ 0,68	0-2,9 (0,7)	3,083	^a 0,003*
	Aşırı çay kahve yok	77	0,53 $\pm$ 0,51	0-2,5 (0,4)		
Düşmanlık	Aşırı çay kahve var	67	0,93 $\pm$ 0,83	0-3,33 (0,83)	2,250	^a 0,026*
	Aşırı çay kahve yok	77	0,64 $\pm$ 0,68	0-3,17 (0,5)		
Fobik Kaygı	Aşırı çay kahve var	67	0,71 $\pm$ 0,73	0-3,14 (0,57)	3,882	^a 0,001*
	Aşırı çay kahve yok	77	0,32 $\pm$ 0,41	0-1,86 (0,14)		
Paranoid Düşünce	Aşırı çay kahve var	67	1,02 $\pm$ 0,81	0-3,33 (1)	3,081	^a 0,003*
	Aşırı çay kahve yok	77	0,64 $\pm$ 0,64	0-2,5 (0,5)		

Psikotizm	Aşırı çay kahve var	67	0,74±0,8	0-3,7 (0,4)	3,506	^a 0,001*
	Aşırı çay kahve yok	77	0,36±0,43	0-2 (0,2)		
Ek Ölçek	Aşırı çay kahve var	67	1,07±0,76	0-3,29 (1)	2,078	^a 0,039*
	Aşırı çay kahve yok	77	0,82±0,67	0-2,71 (0,71)		

Katılımcıların aşırı çay/ kahve tüketimi ile SCR-90 ölçeği alt boyutlarından ''somatizasyon'' ile anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0,05$), diğer tüm alt boyutlar ile farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 14: Sağlık Çalışanlarının Alkol Tüketme Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Alkol Tüketimi	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	^a p
Somatizasyon	Alkol tüketimi var	45	0,95±0,76	0-3 (0,75)	0,397	^a 0,692
	Alkol tüketimi yok	99	0,9±0,7	0-3,33 (0,75)		
Obsesif Kompulsif	Alkol tüketimi var	45	1,18±0,87	0-3,3 (0,9)	0,521	^a 0,603
	Alkol tüketimi yok	99	1,11±0,75	0-3,4 (1)		
Kişilerarası Duyarlık	Alkol tüketimi var	45	0,84±0,76	0-2,89 (0,67)	0,791	^a 0,430
	Alkol tüketimi yok	99	0,74±0,67	0-2,33 (0,56)		
Depresyon	Alkol tüketimi var	45	0,87±0,7	0,08-2,69 (0,77)	0,460	^a 0,646
	Alkol tüketimi yok	99	0,81±0,71	0-3,23 (0,77)		
Kaygı	Alkol tüketimi var	45	0,77±0,73	0-2,9 (0,7)	1,288	^a 0,200
	Alkol tüketimi yok	99	0,63±0,55	0-2,5 (0,5)		

Düşmanlık	Alkol tüketimi var	45	0,9±0,9	0-3,33 (0,5)	1,178	^a 0,243
	Alkol tüketimi yok	99	0,72±0,69	0-3,17 (0,5)		
Fobik Kaygı	Alkol tüketimi var	45	0,54±0,78	0-3,14 (0,29)	0,477	^a 0,635
	Alkol tüketimi yok	99	0,48±0,52	0-2,29 (0,29)		
Paranoid Düşünce	Alkol tüketimi var	45	0,95±0,89	0-3,33 (0,67)	1,306	^a 0,196
	Alkol tüketimi yok	99	0,75±0,67	0-3 (0,5)		
Psikotizm	Alkol tüketimi var	45	0,65±0,87	0-3,7 (0,2)	1,135	^a 0,261
	Alkol tüketimi yok	99	0,49±0,52	0-2 (0,3)		
Ek Ölçek	Alkol tüketimi var	45	1±0,82	0-3,29 (0,86)	0,685	^a 0,495
	Alkol tüketimi yok	99	0,91±0,68	0-2,71 (0,71)		

Katılımcıların alkol tüketimi ile SCR-90 ölçeği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15: Sağlık Çalışanlarının Uyku İlacı Kullanım Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Uyku İlacı Kullanımı	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	^a p
Somatizasyon	Uyku ilacı var	6	1±0,85	0,33-2,67 (0,67)	399,00	^d 0,881
	Uyku ilacı yok	138	0,91±0,71	0-3,33 (0,75)		
Obsesif Kompulsif	Uyku ilacı var	6	1,25±0,77	0,4-2,5 (1,15)	369,00	^d 0,652
	Uyku ilacı yok	138	1,13±0,79	0-3,4 (1)		
Kişilerarası Duyarlık	Uyku ilacı var	6	0,85±0,68	0,33-2,22 (0,67)	355,50	^d 0,557
	Uyku ilacı yok	138	0,77±0,7	0-2,89 (0,56)		
Depresyon	Uyku ilacı var	6	1,14±0,73	0,69-2,62 (0,85)	300,00	^d 0,254
	Uyku ilacı yok	138	0,81±0,7	0-3,23 (0,73)		
Kaygı	Uyku ilacı var	6	0,87±0,59	0,5-2 (0,6)	304,50	^d 0,272
	Uyku ilacı yok	138	0,67±0,62	0-2,9 (0,5)		
Düşmanlık	Uyku ilacı var	6	0,75±0,53	0,17-1,5 (0,75)	379,50	^d 0,728
	Uyku ilacı yok	138	0,78±0,77	0-3,33 (0,5)		
Fobik Kaygı	Uyku ilacı var	6	1,07±0,53	0,29-1,86 (1,07)	152,50	^d 0,008*
	Uyku ilacı yok	138	0,48±0,6	0-3,14 (0,29)		
Paranoid Düşünce	Uyku ilacı var	6	1,06±0,53	0,5-1,83 (1,08)	284,50	^d 0,193
	Uyku ilacı yok	138	0,8±0,75	0-3,33 (0,5)		
Psikotizm	Uyku ilacı var	6	0,55±0,55	0,2-1,6 (0,3)	347,00	^d 0,499
	Uyku ilacı yok	138	0,54±0,66	0-3,7 (0,3)		
Ek Ölçek	Uyku ilacı var	6	1,45±0,73	0,57-2,29 (1,5)	236,50	^d 0,075
	Uyku ilacı yok	138	0,91±0,72	0-3,29 (0,71)		

Katılımcıların uyku ilacı kullanım durumu ile SCR-90 ölçeği alt boyutlarından’’fobik kaygı’’ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), diğer tüm alt boyutlarla anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16: Sağlık Çalışanlarının Sık İştah Değişikliği Yaşama Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	Sık İştah Değişikliği	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	^a p
Somatizasyon	İştah değişikliği var	58	1,06±0,68	0-3 (0,83)	1,931	^a 0,055
	İştah değişikliği yok	86	0,82±0,73	0-3,33 (0,67)		
Obsesif Kompulsif	İştah değişikliği var	58	1,3±0,79	0-3,3 (1,2)	2,132	^a 0,035*
	İştah değişikliği yok	86	1,02±0,77	0-3,4 (0,9)		
Kişilerarası Duyarlık	İştah değişikliği var	58	0,9±0,73	0-2,89 (0,67)	1,806	^a 0,073
	İştah değişikliği yok	86	0,69±0,66	0-2,33 (0,56)		
Depresyon	İştah değişikliği var	58	0,96±0,68	0-2,69 (0,85)	1,846	^a 0,067
	İştah değişikliği yok	86	0,74±0,72	0-3,23 (0,62)		
Kaygı	İştah değişikliği var	58	0,82±0,67	0-2,9 (0,7)	2,275	^a 0,024*
	İştah değişikliği yok	86	0,58±0,56	0-2,5 (0,4)		
Düşmanlık	İştah değişikliği var	58	0,9±0,73	0-3 (0,83)	1,589	^a 0,114
	İştah değişikliği yok	86	0,69±0,77	0-3,33 (0,42)		
Fobik Kaygı	İştah değişikliği var	58	0,65±0,73	0-3,14 (0,43)	2,205	^a 0,030*
	İştah değişikliği yok	86	0,4±0,5	0-2,29 (0,29)		
Paranoid Düşünce	İştah değişikliği var	58	0,93±0,76	0-3,33 (0,67)	1,503	^a 0,135
	İştah değişikliği yok	86	0,74±0,73	0-3 (0,5)		
Psikotizm	İştah değişikliği var	58	0,66±0,75	0-3,7 (0,35)	1,787	^a 0,076
	İştah değişikliği yok	86	0,46±0,57	0-2,5 (0,2)		
Ek Ölçek	İştah değişikliği var	58	1,26±0,77	0-3,29 (1,14)	4,720	^a 0,001*
	İştah değişikliği yok	86	0,72±0,6	0-2,29 (0,57)		

Katılımcıların sık iştah değişikliği yaşama durumu ile SCR-90 ölçeği alt boyutlarından "obsesif kompulsif", "fobik kaygı" ve "ek ölçek" puanları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), diğer tüm alt boyutlar ile anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17: Sağlık Çalışanlarının Sık İştah Değişikliği Yaşama Durumlarına Göre SCR-90 Puanlarının Dağılımları

SCR-90	GİS Hastalığı	n	Ort±Ss	Min-Max	Test Değeri	^a p
Somatizasyon	Gst hastalığı var	51	1,25±0,8	0-3,33 (0,92)	3,968	^a 0,001*
	Gst hastalığı yok	93	0,74±0,6	0-2,5 (0,67)		
Obsesif Kompulsif	Gst hastalığı var	51	1,29±0,81	0-3,4 (1,2)	1,826	^a 0,070
	Gst hastalığı yok	93	1,04±0,77	0-2,8 (0,9)		
Kişilerarası Duyarlık	Gst hastalığı var	51	0,91±0,77	0-2,89 (0,67)	1,789	^a 0,076
	Gst hastalığı yok	93	0,7±0,64	0-2,11 (0,56)		
Depresyon	Gst hastalığı var	51	1,05±0,78	0-3,23 (0,92)	2,881	^a 0,005*
	Gst hastalığı yok	93	0,7±0,64	0-2,38 (0,54)		
Kaygı	Gst hastalığı var	51	0,83±0,74	0-2,9 (0,6)	2,040	^a 0,045*
	Gst hastalığı yok	93	0,59±0,52	0-2 (0,4)		
Düşmanlık	Gst hastalığı var	51	0,92±0,78	0-3,17 (0,83)	1,651	^a 0,101
	Gst hastalığı yok	93	0,7±0,75	0-3,33 (0,5)		
Fobik Kaygı	Gst hastalığı var	51	0,65±0,7	0-2,71 (0,43)	2,072	^a 0,041*
	Gst hastalığı yok	93	0,42±0,54	0-3,14 (0,29)		
Paranoid Düşünce	Gst hastalığı var	51	0,87±0,77	0-3,33 (0,67)	0,686	^a 0,494
	Gst hastalığı yok	93	0,78±0,74	0-3 (0,5)		
Psikotizm	Gst hastalığı var	51	0,66±0,75	0-3,7 (0,3)	1,662	^a 0,099
	Gst hastalığı yok	93	0,47±0,59	0-2,5 (0,2)		
Ek Ölçek	Gst hastalığı var	51	1,04±0,72	0-3,29 (0,86)	0,347	^a 0,180
	Gst hastalığı yok	93	0,88±0,72	0-2,71 (0,71)		

Katılımcıların GİS hastalığı yaşama durumu ile SCR-90 ölçeği alt boyutlarından’’somatizasyon’’, ‘’ depresyon’’, ‘’ kaygı’’ ve ‘’fobik kaygı ‘’ ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ($p<0,05$), diğer tüm alt boyutlar ile anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$)



Tablo 18: Özel Bir Hastanedeki Sağlık Çalışanların Psikolojik Belirti Tarama Psikolojik Belirti Tarama Puanı ile Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Puanlarının Karşılaştırılması

SCR-90	Pittsburgh İnsomni Derecelendirme	
	r	p
Somatizasyon	0,521	0,001**
Obsesif Kompulsif	0,533	0,001**
Kişilerarası Duyarlık	0,382	0,001**
Depresyon	0,546	0,001**
Kaygı	0,511	0,001**
Düşmanlık	0,431	0,001**
Fobik Kaygı	0,375	0,001**
Paranoid	0,428	0,001**
Psikotizm	0,374	0,001**
Ek ölçek	0,578	0,001**

r=Pearson Korelasyon

**p*<0,001

SCR-90 ölçeği alt boyutları ile Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanları arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

“ Kişiler arası duyarlılık”, “ fobik kaygı”, ve “psikotizm” alt boyutları ile pozitif yönde zayıf ilişki; “somatizasyon”, “ obsesif kompulsif”, “depresyon”, “ kaygı”, “ düşmanlık”, “paranoid”, ve “ek ölçek” ile pozitif yönde orta düzeyde ilişki saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalar göstermektedir ki; bilişsel, psikomotor ve duyuşsal fonksiyonların iyi bir şekilde devam edebilmesi için uyku önemli bir yere sahiptir (15-16). Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarından kaynaklı uyku kalitesi hem niteliksel hem de niceliksel olarak etkilenmekte ve bu hem fiziksel hem de ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkiler oluşturmaktadır (3-4). Çalışmada Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanı 4 ile 60 puan arasında değişmekte olup sağlık çalışanların Pittsburgh ortalama $32,49 \pm 12,1$ puan aldıkları hesaplanmıştır. Ölçekten alınan puan arttıkça uyku kalitesi azalmaktadır ve bu sonuç çalışmaya katılana katılımcıların uyku sorunu yaşadıklarını göstermektedir. Kaçan ve ark (2016) yapmış oldukları çalışmada ise hemşirelerin Pittsburgh uyku kalitesi ölçeğinden 12.4 aldıkları saptanmış (21). Kaçan ve ark. yapmış olduğu çalışmada Pittsburgh İnsomni Derecelendirme ölçeği puanını daha düşük çıkması katılımcıların çalışma saatlerine, çalışma koşullarına ve çalışılan kuruma bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yapılan birçok çalışmada gece vardiyasında çalışan hemşirelerin uyku kalitesi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (3,6,21,32). Araştırmada SCL-90-R Ruhsal Belirti Tarama testinin alt puan ortalamalarına bakıldığında ise istatistiksel olarak alt ölçek puanlarında ciddi bir fark bulunmamıştır.

Çalışmada sağlık çalışanlarının uykusuzluk puanları ve cinsiyet arasında herhangi bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Daha önce yapılan çalışmalarda da ise uykusuzluk ve cinsiyet arasında herhangi bir fark bulunmamıştır (8,15,16,30). Ancak yapılan çalışmalar cinsiyetin uykuya etkisi konusunda kadınların erkeklere oranla daha fazla uyku sorunu dile getirdiği bulunmuştur (8,15-16,31-3). Araştırmada uyku kalitesi ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ancak 40 yaş üzerin uyku kalitesi puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre daha iyi olması genç yaştaki hemşirelerin genel olarak daha yoğun ve sık nöbet tutmalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir (3,6).

Kurumdaki pozisyon ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olmaması Günaydın (2014), Üstün ve Yücel (2011) çalışmalardaki bulgular ile benzerlik göstermektedir (12). Ancak diğer sağlık personelin (hekim, sağlık teknikeri, fizyoterapist, sağlık bakım teknisyeni) uyku puan ortalamaları hemşirelerin uyku puan ortalamalarından düşük olduğu için diğer sağlık personelin uyku kalitesi hemşirelerden daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 3). Diğer sağlık personelinin uyku kalitesinin iyi olma nedeninin, vardiya şeklinde çalışmamalarının ve bedensel olarak az yorulmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada uyku kalitesi ve mesleki tecrübe arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Günaydın (2011)'in yapmış olduğu çalışmada ise uyku kalitesi ve çalışma yılı arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur (3). Kaçan ve ark. yapmış oldukları çalışmada ise meslekte toplam çalışma süresi 11-19 yıl arasında olan hemşirelerin uyku kalitesi kötü bulunmuştur (21). Çalışmanın diğer çalışmalarla benzerlik göstermemesinin çalışmanın yapıldığı yerin özel bir hastane olması, çalışan sağlık personelinin sık sık iş değiştirmesi ve yeni mezun alımların daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (3).

Uyku kalitesi ile çalışma şekli arasında yapılan ikili karşılaştırmalara göre sadece gündüz çalışanların Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanının, gece-gündüz nöbeti tutanlardan düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 3). Diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$). Özvurmaz ve ark yapmış oldukları çalışmada vardiyalı (gece-gündüz) şeklinde çalışan hemşirelerin %52'si, nöbet şeklinde çalışanların %9'unun uyku sorunu yaşadıkları ve çalışma sonucunda çalışma şekli ile uyku sorunu arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmış (36). Yapılan başka çalışmalarda da hemşirelerin çalışma şekillerine göre uyku kalitesi puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu, sürekli gündüz çalışan ve sürekli gece çalışan hemşirelerin uyku kalitelerinin iyi, gece gündüz değişen vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin ise daha kötü olduğu bulunmuştur (4-6). Araştırma sonuçları yapılan çalışmalara paralellik göstermektedir. Gece nöbetlerinin yaşantıyı zorlaştırdığını düşünenlerin Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanının, zorlaştırmadığını düşünenlerden yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,025$; $p<0,05$) (Tablo 3). Araştırmada Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanı arttıkça uyku kalitesi kötü olmaktadır.

Yüksel'in (2002) çalışmasındaki vardiyalı çalışma biçiminin vardiyasız çalışma biçiminden daha fazla iş gücüne neden olduğu, Günaydın'ın (2014) çalışmasında uyku kalitesi ile aile ve sosyal yaşantıyı ile arasında anlamlı fark bulunması ile paralellik göstermektedir (3, 11). Demir ve ark. (2017) yapmış olduğu çalışmada vardiyalı çalışmanın sağlık personelinin besin alımında ve öğün atlamasına neden olduğu gibi kalitesiz hazır gıdalara yöneldiğini bildirmiştir (13). Ayrıca Üstün ve ark yapmış olduğu çalışmada gece nöbetinin getirdiği zorlukları yaşayan hemşirelerin uyku kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (6). Araştırma bulgularımız ışığında gece ve gündüz değişen vardiyada çalışmak kişilerde bedensel ve zihinsel yorulmaların meydana gelmesine neden olduğu gibi sosyal yaşantıyı olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

İşinden memnun olanların ($31,61 \pm 11,96$) Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puan ortalamaları memnun olmayanlardan ($38,66 \pm 11,51$) düşük olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,028$; $p<0,05$) (Tablo 3). Yapılan başka bir çalışmada da işinden memnun olmayan ve bulundukları birimde çalışmayı kendileri istemeyen hemşirelerin uyku kaliteleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (21). Bu sonuçlar bize gösteriyor ki iş memnuniyeti ve uyku kalitesi arasında doğru bir ilişkinin olduğu ve iş memnuniyetinin uyku kalitesini arttırdığı söylenebilir. Sık iştah değişikliği olanların ($37,08 \pm 11,07$) Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puan ortalamaları, olmayanlardan ($29,39 \pm 11,82$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 3). Şenol ve ark. (2012) adölesanlarda yapmış oldukları çalışmada uyku kalitesinin iştah değişikliğinden etkilendiği bulguları ile çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Demir ve ark yapmış oldukları çalışmada ise sağlık personelinin vardiyalı çalışması sonucunda uyku ve beslenme saatlerinde değişmelerin olduğu ve bunun sonucunda kişilerde fizyolojik birçok sorun doğurduğu bu sorunların en önemlisinin obezite olduğu ifade edilmiştir (13). Araştırmada gastrointestinal sistem rahatsızlığı olanların ($36,76 \pm 11,08$) Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puan ortalamaları, olmayanlardan ($30,15 \pm 12,04$) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$) (Tablo 3). Yapılan literatür çalışmasında gastrointestinal sistem ile uykusuzluk arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmaya rastlanmadı. GİS rahatsızlığı olanların uyku kalitesinin kötü olma nedeninin, vardiya şeklinde çalışmaları ve stres faktörlerinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının mesleği ile ruhsal durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekle birlikte mesleğe göre kaygı ve düşmanlık puanı dikkat çekici düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,070$; $p>0,05$). Özgür ve ark. (2008) hemşireler üzerinde yürüttükleri bir çalışmada ise hemşirelerin mesleklerini isteyerek seçme ve ruhsal durumları arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. Çalışmada işinden memnun olmayanların SCR-90-R puan ortalamaları işinden memnun olanlardan (Tablo 11) yüksek bulunmuş olup ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (somatizasyon $p=0,029$; $p<0,05$; obsesif kompulsif $p=0,016$; $p<0,05$; kişilerarası duyarlık $p=0,043$; $p<0,05$; depresyon $p=0,005$; $p<0,01$ kaygı $p=0,040$; $p<0,05$; düşmanlık $p=0,013$; $p<0,05$; fobik $p=0,005$; $p<0,01$ paranoid $p=0,015$; $p<0,05$ ek ölçek $p=0,014$; $p<0,05$). Bu sonuçlar bize ölçeğin puan ortalamaları arttıkça sorunların oluştuğunu göstermektedir. Yılmaz ve ark. (2006) çalışmasında hemşirelerin çalıştığı bölümden memnuniyet duyma durumları ile ruhsal durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (34). Başka bir çalışmada ise hemşirelerin ruhsal durumu ile meslekten memnuniyetleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar bulunmuş (35). Bu durum işten memnuniyetin anlam ve içeriği bakımından daha yakından irdelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmada sağlık çalışanların sigara kullanım durumunun SCL-90-R puanları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Yapılan başka bir çalışmada da sigara kullanmanın ruhsal durum üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (33). Bu bulgular araştırmamızı desteklemektedir. Sağlık çalışanlarının SCL-90-R alt ölçek puanları ile aşırı çay tüketme durumu incelendiğinde sadece somatizasyon puanı ile aşırı çay tüketme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p<0,05$). Diğer SCL-90-R alt ölçek puanları ile aşırı çay tüketme arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (obsesif kompulsif $p=0,032$; $p<0,05$, kişilerarası duyarlık $p=0,011$; $p<0,05$ depresyon $p=0,036$; $p<0,05$, kaygı $p=0,003$; $p<0,01$, düşmanlık $p=0,026$; $p<0,05$, fobik $p=0,001$; $p<0,01$, paranoid $p=0,003$; $p<0,01$, psikotizm ($p=0,001$; $p<0,01$), ek ölçek ($p=0,039$; $p<0,05$). Bu sonuçlarla birlikte aşırı çay kahve içme puan ortalamaların oldukça yüksek olduğu ve kişilerin sorunların üstesinden gelmek için aşırı miktarda çay kahve tükettikleri düşünülmektedir (Tablo 13).

Alkol tüketim durumunun SCL-90-R puanları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Yüksel ve ark'ın (2006) yapmış oldukları çalışmanın sonucu çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (11).

Sık iştah değişikliği olma durumuna göre somatizasyon ($p=0,055$; $p>0,05$), kişiler arası duyarlılık ($p=0,073$; $p>0,05$) ve depresyon ($p=0,067$; $p>0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekle birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer SCL-90-R alt ölçek puanları ile sık iştah değişikliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (obsesif kompulsif $p=0,035$; $p<0,05$, kaygı $p=0,024$; $p<0,05$, fobik kaygı $p=0,030$; $p<0,05$, ek ölçek $p=0,001$; $p<0,01$). Gastrointestinal sistem rahatsızlığı olanların somatizasyon ($p=0,001$; $p<0,05$), depresyon ($p=0,005$; $p<0,01$), kaygı ($p=0,045$; $p<0,05$), fobik kaygı ($p=0,041$; $p<0,05$) puanlarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gastrointestinal sistem rahatsızlığı olma durumuna göre obsesif kompulsif ($p=0,070$; $p>0,05$), kişiler arası duyarlılık ($p=0,076$; $p>0,05$) psikotizm ($p=0,076$; $p>0,05$) puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemekle birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek bulunmuştur. İlhan ve ark. (2014) üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada öğrencilerin ruhsal durum ile beslenme durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (35). Bu çalışma bulgularımızı desteklemektedir.

Çalışmada sağlık çalışanlarının uyku kalitesini ölçen Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği ile SCL-90-R Psikolojik Belirti Tarama ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Ayrıca Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği ile SCL-90-R alt ölçekleri arasında pozitif yönlü (Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanı artarken SCL-90-R alt ölçek puanları da artmakta), (Pittsburgh İnsomni Derecelendirme puanı ile somatizasyon %52,1 düzeyinde, obsesif-kompulsif %53,3 düzeyinde, kişiler arası duyarlılık %38,2 düzeyinde, depresyon puanı %54,6 düzeyinde, kaygı %51,1 düzeyinde, düşman %43,1 düzeyinde, paranoid düşünce %42,8 düzeyinde, psikotizm %37,4 düzeyinde ve ek ölçek %57,8 düzeyinde) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Kara'nın (2016) gazete kuryelerinde uyku kalitesinin ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek için yapmış olduğu çalışmada Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi toplam ve alt ölçek puanları psikiyatrik belirtiler ile ilişkili bulunmuş (22). Selvi ve ark. (2010) sağlık çalışanları üzerinde yapmış oldukları çalışmada vardiyalı sistemde çalışan bireylerin daha sık psikiyatrik belirtiler gösterdiği saptanmış (12). Günaydın'ın (2014) hemşirelerin uyku kalitesi ve ruhsal durumunu incelemek için yaptığı araştırmada uyku kalitesi ile ruhsal durum arasında ileri derecede ilişki bulunmuştur (3). Literatür

alışmalarında gece ve vardiyalı çalışanlarda uyku bozuklukların yüksek olduğu, fizyolojik sağlığın ve psikiyatrik belitlerin vardiyalı çalışanlarda daha sık görüldüğu saptanmıştır (7,22). Çalışma sonuçlarımız sağlık çalışanlarının uyku kalitesinin bireylerin ruhsal sağlıkları ve sosyal yaşamaları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı ve bu bulgularımızın diğer çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu saptanmıştır.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Uyku kalitesi ve ruhsal durum arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda olduğu gibi çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının uyku kalitesinin bireylerin ruhsal sağlıkları ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığı bulunmuştur. Literatürdeki birçok çalışma sağlık çalışanlarının yaptıkları hataların ve verilen hizmetin uyku durumundan etkilenebileceğini göstermiştir.

- Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarında uyku kalitesinin ve ruhsal durumun; çalışma saatleri (gece-gündüz), gece çalışmanın yaşantıya zorluk getirdiği, işten memnuniyet durumları, sık iştah değişikliği ile ilişkili olduğunu belirlendi.
- Sağlık çalışanların daha iyi bir uyku kalitesi ile sosyal sorunlardan ve günlük iş stresi üzerinden daha kolay geleceği, dolayısıyla daha kaliteli hizmetin sunumunu sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu doğrultuda;

- Uykunun fizyolojik ve ruhsal önemini vurgulayan eğitimler düzenlenmeli ve kurum yöneticileri duyarlılığı artırılmalıdır.
- Vardiya sistemi düzenlenirken kişilerin uyku ihtiyaçları temel alınarak çalışma çizelgesinin hazırlanması gerekmektedir.
- Sağlık çalışanların fiziksel ve ruhsal tam bir iyilik halinin sürdürebilmesi için çalışma ve dinlenme saatlerinin günlük/haftalık/aylık olarak düzenli bir şekilde planlanması gerektiği düşünülmektedir.
- Sağlık çalışanlarında uyku kalitesini sağlamaya yönelik müdahalelerin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerin daha detaylı ortaya konması için benzer çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi Birinci Baskı, Şubat 2014, İstanbul Türk Tabipleri Birliği Yayınları Yayına Hazırlayan: Dr. Hasan Oğan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası, Abdülkadir Noyan Konferans Salonu, İstanbul Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara,16-17 Kasım 2013, 56-124.
2. Akıncı E, Orhan F. Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2016, 8(2): 178-189.
3. Günaydın N. Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014, 5(1): 33-40.
4. Taş E. *Vardiyalı ve Vardiyasız Çalışan Hemşirelerin Uyku ile İlişkili Özelliklerinin Karşılaştırılması* (Tez), Selçuk Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Konya, 2012.
5. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2016, 476-484.
6. Üstün Y, Yücel Ş. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi, Maltepe Üniversitesi *Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011, 4: 29-38.
7. Çalık K, Aktaş S, Bulut H, Anahtar E. Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi, *HPS* 2015, 1(1): 33-45.
8. Şenol V, Soyuer F, Akça R, Argün M. Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2012, 14: 93-102.
9. Şimşekoğlu N, Mayda A. Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 6 (1): 19-29.
10. Çamcı O, Kutlu Y. Sağlık Çalışanlarında İşyeri Şiddeti, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011,2(1):9-16.
11. Yüksel A. Uyku, Biyolojik Ritim ve Kimya: Tüketicilerin Bilişsel Ve Duygusal Fonksiyonları Üzerine Etkileri, *Seyahat Ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 2016, (1):13.
12. Demir H, Elkin N, Barut A, Bayram H, Averi S. Vardiyalı Çalışan Sağlık Personelinin Uyku Süresi ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi; *Iğusabder*, (2017), 89-107.

13. Selvi Y, Özdemir P, 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. Şenol V, Soyuer F, Akça R, Argün M. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal*, 2012, 14: 93-102.
14. Çoban S, Yılmaz H, Ok G, Erbuyn K, Aydın D. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Uyku Bozukluklarının Araştırılması, *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2011, 9: 59-63.
15. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoğlu E. Üniversite Öğrencilerinde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014,7(3),193-198.
16. Eyüpoğlu A. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Doktorlarının Uyku Kalitelerinin ve Uyku Kalitelerine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi* (Tez). Eskişehir Osmangazi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; Eskişehir, 2017.
17. Dağ İ. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri İçin Güvenirliği ve Geçerliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 2:5-12.
18. Aydın R, Ünal E, Erdinç OO, Metintaş S, Tekgöl UG. Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği Türkçe uyarlanması: Bir geçerlilik güvenilirlik çalışması. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı; 2014: 505-506.
19. Karadağ M. Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD-2), *Akciğer Arşivi*, 2007, 8: 88-91.
20. Pıçak R, İsmailoğulları S, Mazıcıoğlu MM, Üstünbaş HB, Aksu M. Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary*, 2010, (4) 3:12-22.
21. Kaçan C, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. Hemşirelerde Uyku Kalitesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 19 (3): 145-151.
22. Kara N. Gazete Kuryelerinde Uyku Kalitesinin Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, *Arch Neuropsychiatr* , 2016, 53: 102-107.
23. Kaynak D. Adolesanda uyku ve bozuklukları, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, 2005, 135-146.

24. Temel F, Hancı P, Kasapoğlu T, Kışla RM, Sarıkaya MS, Yılmaz MA, Özcebe H. Ankara’da bir meslek lisesi 10. Ve 11.sınıf öğrencilerinin uyku kalitesi ve etkileyen faktörler, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2010, 53: 122- 131.
25. Kesen NF, Deniz ME, Durmuşoğlu N. Ergenlerde saldırganlık ve öfke düzeyleri arasındaki ilişki: Yetiştirme yurtları üzerinde bir araştırma, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007,17: 353-364.
26. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve Uykunun düzenlenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi* (Journal of Health Sciences), 2013, 22(1): 93-98.
27. Sarı YH. Çocuklarda Uyku, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012, 28 (1): 81-90.
28. Öztürk L. Yanıtını Arayan Eski Bir Soru: Niçin Uyuruz? *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.*, 2007, 70(4): 114-121.
29. Uyku Bozuklukları. Türk Nöroloji Derneği Online Sitesi. <https://www.noroloji.org.tr/menu/98/uyku-bozukluklari>. Erişim 19 Nisan 2019.
30. Tümer A, İlhan B, Kartal A. Gençlerde İmsomni Görülme Sıklığı, *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 2017, 7(13):2528-9535.
31. İsmail D, Mahran D, Zarzour A, Sheahata G. Sleep Quality and Its Health Correlates Among Egyptian Secondary School Students. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 2017, (11)1: 67–79.
32. Akova İ, Koçoğlu G. 20 Yaş Üstü Erişkinlerde Uyku Süresi, Kalitesi, Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Bazı Antropometrik Ölçümler Arasındaki İlişkiler, *Ahi Evran Med J.* 2018, 2(3):67-73.
33. Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z. Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi, *Sürekli Eğitim Dergisi*, 2006, 15(6): 92- 97.
34. Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N. Bir Üniversite Hastanesinin Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hemşirelerinde Ruhsal Durum Değerlendirmesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12(2): 21-30.
35. İlhan N, Bahadırılı S, Toptaner N. Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumları ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin belirlenmesi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2014, (4) 4: 207-215.
36. Özvurmaz S, Öncü A. Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklinde Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2018, 2(1):39-46.

8. EKLER

EK.1 Kişisel Bilgi Formu: Aşağıda kişisel özelliklerinizin belirlenmesi amacıyla sorular sorulmaktadır. Size yöneltilen her soru için durumunuza en uygun seçeneği işaretleyiniz.

1. Cinsiyetiniz	☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız	
3. Medeni durumunuz	☐ Bekar ☐ Evli
4. Kurumdaki Pozisyonuz	☐ Hekim ☐ Hemşire ☐ Eczacı/ Eczacı teknikeri ☐ Sağlık Teknikeri ☐ Fizyoterapist ☐ Hasta Bakım Teknisyeni
5. Mesleki tecrübeniz kaç yıldır?	☐ 0-1 yıl ☐ 3-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11-15 yıl ☐ 15 ve üstü yıl
6. Çalışma Şekliniz	☐ Sürekli gündüz (08.30 - 17.30) ☐ Sürekli gece (Nöbet) (19.30 - 07.30) ☐ Gece ve gündüz değişen vardiya sistemi (07.30 – 19.30, 19.30 – 07.30)
7. Gece Nöbetleri Yaşantınıza Zorluk Getiriyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır
8. İşinizden memnun musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
9. Sigara kullanıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
10. Aşırı çay kahve tüketiyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
11. Alkol tüketiyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
12. Uyku ilacı kullanıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
13. Sık iştah değişikliği yaşıyor musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır
14. Gastrointestinal sistem rahatsızlığınız var mı?	☐ Evet ☐ Hayır

EK.2 Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği

Değerli Katılımcı,

Bu ankette sorular geçtiğimiz 7 gün ve gece uyuduğunuz uykunuz hakkındadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz 7 gün ve gece uyuduğunuz uykunuz hakkındadır. Her soruda en uygun yanıtı lütfen işaretleyiniz.				
A. Geçtiğimiz hafta aşağıdakiler sizi ne kadar rahatsız etti?	Hiç rahat sız etme di	Hafif derecede rahatsız etti	Orta derece de rahatsız etti	Ciddi derecede rahatsız etti
1. Uykuya daldıktan sonra bir veya daha fazla kez uyanma	0	1	2	3
2. Yeterince uyuyamama	0	1	2	3
3. Sizi tam dinlendirmeyen uyku	0	1	2	3
4. Gün boyu yetersiz uyanıklılık	0	1	2	3
5. Gün boyu düşüncelerinizi toparlamakta güçlük	0	1	2	3
6. Başkalarınca yorgun ve bitkin görüldüğünüzün fark edilmesi	0	1	2	3
7. Üstesinden gelemediğiniz çok fazla güçlük	0	1	2	3
8. Yetersiz uykunuz yüzünden kötü ruh hali	0	1	2	3
9. Yetersiz uykunuz nedeniyle enerji eksikliği	0	1	2	3
10. İlişkilerinizi engelleyen yetersiz uyku	0	1	2	3
11. Uyuyamama durumu	0	1	2	3
12. Sadece hayatını idame etmeye yetecek kadarını yapabilme	0	1	2	3
C. Geçtiğimiz hafta hakkında her soru için en uygun cevabı lütfen işaretleyin:				
13. Uyumaya çalıştığınız en fazla uyuyamadığınız gecenizde uykuya dalmanız ne kadar sürdü?				
0 Yarım saatten az				
1 Yarım saat ile 1 saat arası				
2 1-3 saat arası				
3 3 saatten fazla veya hiç uyuyamadım				
14. Gece uyandıysanız, çoğu gece uykuya tekrar dalmanız ne kadar sürdü?				
0 Yarım saatten az				
1 Yarım saat ile 1 saat arası				
2 1 - 3 saat arası				
3 3 saatten fazla veya hiç uyuyamadım				
15. Yatakta uyanık kaldığınız zamanları saymazsak en fazla uyuyamadığınız gecenizde kaç saat gerçekten uyudunuz?				
0 7 saatten fazla				

1	4 saat ile 7 saat arası			
2	2 saat - 4 saat arası			
3	2 saatten az veya hiç uyumadım			
16. Yetersiz uykunuzdan dolayı kaç gün başa çıkmakta zorlandınız?				
0	Hiç veya 1 gün			
1	2 veya 3 gün			
2	4 veya 5 gün			
3	6 gün veya her gün			
D. Geçtiğimiz hafta için aşağıdakileri nasıl değerlendirirdiniz?				
	Mükemmel	İyi	Orta	Yetersiz
17. Çoğu insanla karşılaştığınızda uyku kaliteniz				
18. Uykunuzdan memnuniyetiniz				
19. Uykunuzun düzeni				
20. Uykunuzun esenliği				

EK.3 Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği İzni

Çok teşekkür ederim Reşat bey
Mailime cevap gelmeyince açıkçası çok üzülüyordum, nasıl bir çözüm bulurum diye düşünüyordum.
Tekrardan çok teşekkür ederim, emeğinize sağlık
Kolaylıklar dilerim
Saygılarımla
Gülten Dilmen

Kimden: resat aydın
Gönderildi: 18 Nisan Çarşamba 14:47
Konu: Re: PITTSBURGH İNSOMNİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ
Kime: GÜLTEN DİLMEN

Hocam merhabalar,
Uzun zamandır mailime ulaşamıyordum kusura bakmayın. Ölçek ektedir. Dilediğiniz gibi kullanabilirsiniz.
Ölçeğin her maddesinden 0-3 puan , tamamından 0-60 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça insomni şüphesi artmaktadır şeklinde bir yorum yapabilmekteyiz. Ölçeğin farklı alt boyutları bulunmamaktadır.

Saygılarımla,

8 Mart 2018 16:25 tarihinde GÜLTEN DİLMEN <gultendilmen@windowslive.com> yazdı:

Değerli Hocam,
Ben hemşirelikte yüksekisans tez öğrencisiyim,
Halk Sağlığı Kongresi'nde sunduğunuz, geçerlilik ve güvenilirliğini sağladığınız "Pittsburgh İnsomni Derecelendirme Ölçeği " bitirme tezimde kullanmak için izin istiyorum. Ölçeğin Türcü formunu gönderirseniz çok memnu olurum.

Saygılarımla

GÜLTEN DİLMEN



EK.4 SCL90-R (SymptomCheckList) Psikolojik Belirti Taraması

SCL90-R (SymptomCheckList) Psikolojik Belirti Taraması

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız.

Aşağıda belirtilen sorundan ne ölçüde rahatsız olmaktadır? 0 Hiç 1 Çok az 2 Orta derecede 3 Oldukça fazla 4 Aşırı düzeyde

1. Baş ağrısı	0	1	2	3	4
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi	0	1	2	3	4
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı), hoşla gitmeyen düşünceler	0	1	2	3	4
4. Baygınlık veya baş dönmeler	0	1	2	3	4
5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı	0	1	2	3	4
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu	0	1	2	3	4
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	0	1	2	3	4
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	0	1	2	3	4
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük	0	1	2	3	4
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler	0	1	2	3	4
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi	0	1	2	3	4
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi	0	1	2	3	4
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali	0	1	2	3	4
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri	0	1	2	3	4
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma	0	1	2	3	4
17. Titreme	0	1	2	3	4
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
19. İştah azalması	0	1	2	3	4
20. Kolayca ağlama	0	1	2	3	4
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
22. Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi	0	1	2	3	4
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	0	1	2	3	4
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları	0	1	2	3	4
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu	0	1	2	3	4
26. Olanlar için kendini suçlama	0	1	2	3	4
27. Belin alt kısmında ağrılar	0	1	2	3	4
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi	0	1	2	3	4
29. Yalnızlık hissi	0	1	2	3	4
30. Karamsarlık hissi	0	1	2	3	4
31. Her şey için çok fazla endişe duyma	0	1	2	3	4
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali	0	1	2	3	4
33. Korku hissi	0	1	2	3	4
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	0	1	2	3	4
35. Diğer insanların sizin özel düşündüklerinizi bilmesi hissi	0	1	2	3	4
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu	0	1	2	3	4
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	0	1	2	3	4
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	0	1	2	3	4
39. Kalbin çok hızlı çarpması	0	1	2	3	4
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
41. Kendini başkalarından aşağı görme	0	1	2	3	4
42. Adele (kas) ağrıları	0	1	2	3	4

43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi	0	1	2	3	4
44. Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	0	1	2	3	4
46. Karar vermede güçlük	0	1	2	3	4
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu	0	1	2	3	4
48. Nefes almada güçlük	0	1	2	3	4
49. Soğuk ve sıcak basması	0	1	2	3	4
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu	0	1	2	3	4
51. Hiç bir şey düşünememe hali	0	1	2	3	4
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması	0	1	2	3	4
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi	0	1	2	3	4
54. Gelecek konusunda ümitsizlik	0	1	2	3	4
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük	0	1	2	3	4
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	0	1	2	3	4
57. Gerginlik veya coşku hissi	0	1	2	3	4
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	0	1	2	3	4
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri	0	1	2	3	4
60. Aşırı yemek yeme	0	1	2	3	4
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma	0	1	2	3	4
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma	0	1	2	3	4
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması	0	1	2	3	4
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma	0	1	2	3	4
65. Yılanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali	0	1	2	3	4
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama	0	1	2	3	4
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği	0	1	2	3	4
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması	0	1	2	3	4
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme	0	1	2	3	4
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi	0	1	2	3	4
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi	0	1	2	3	4
72. Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
73. Toplum içinde yiyip-içerken huzursuzluk hissi	0	1	2	3	4
74. Sık sık tartışmaya girme	0	1	2	3	4
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali	0	1	2	3	4
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu	0	1	2	3	4
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme	0	1	2	3	4
78. Yerinizde duramayacak ölçüde huzursuzluk duyma	0	1	2	3	4
79. Değersizlik duygusu	0	1	2	3	4
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu	0	1	2	3	4
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma	0	1	2	3	4
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu	0	1	2	3	4
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması	0	1	2	3	4
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi	0	1	2	3	4
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller	0	1	2	3	4
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama	0	1	2	3	4
89. Suçluluk duygusu	0	1	2	3	4
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi	0	1	2	3	4

Ek.5 SCL90-R (SymptomCheckList) Psikolojik Belirti Taraması Kullanım İzni

RE: Uyarladığınız SCL90-R (SymptomCheckList) Psikolojik Belirti Taraması I Kullanım İzr



İhsan Dağ <ihsandag@hacettepe.edu.tr>

Bugün, 15:47

Siz



SCL90R alt ölçek madde...
28 KB



Dağ 1991 SCL 90 R Geç...
1012 KB



SCL 90 R.doc
104 KB

3 ekin (1 MB) Tümünü indir Tümünü OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Sayın Gülten Dilmen,

Çalışmanızda, uyarlamasını yaptığım Belirti Tarama Listesini (SCL-90-R) kullanabilirsiniz. Ölçek ve makalesi ektedir. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. İhsan DAĞ

Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü
Beytepe Kampüsü 06532 – Ankara - Türkiye

Tel: 0 312 297 83 25-26

E posta: ihsandag@hacettepe.edu.tr

Akademik Web Sitesi: www.ihsandag.gen.tr

Ek.6 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Onam

Formu

Sizi **Dr Öğretim Üyesi Elçin BABAOĞLU** danışmanlığında **Gülten DİLMEN** tarafından yürütülen “ **İstanbul’da Özel Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarının Uyku Kalitesi ile Ruhsal Belirtiler Arasındaki İlişki**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarında uyku kalitesi ve ruhsal durum belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 10 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya gultendilmen@windowslive.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Katılımcının

Adı-Soyadı: Gülten DİLMEN

Adı- Soyadı:.....

İmzası:

İmzası:

İletişim Bilgileri: gultendilmen@windowslive.com İletişim Bilgileri: e-posta:

Ek.7 Okan Üniversitesi Etik Kurul İzni

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 26.12.2018

Toplantı Sayısı: 101

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özyaydın	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 26.12.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 3. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Gülten DİLMEN**'in "İstanbul'da Özel Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarının Uyku Kalitesi ile Ruhsal Belirtiler Arasındaki İlişki" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)


Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)


Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)


Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)


Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)


Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özyaydın
(Üye)

Ek.8 Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Etik Kurulundan İzin

T.C.
ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ
ETİK KURULU

Sayı : ASM-EK-18 / 86
Konu : Çalışma İzni Hk.

11.07.2018

İLGİLİ MAKAMA,

Yürütücülüğünü Gülten Dilmen'nin yaptığı "Sağlık çalışanlarının uyku kalitesi ile ruhsal belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi" konulu çalışma Etik Kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Özel Anadolu Sağlık Merkezi hastanesinde yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.
ASM Hastane Etik Kurulu

Başkan
Prof Dr Salih Türkoğlu



Üyeler

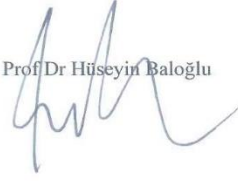
Prof Dr Ayşen Yücel



Uzm/Dr Resmiye Beşikçi



Prof Dr Hüseyin Baloğlu



Prof Dr Cemil Uygur



9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GÜLTEN	Soyadı	DİLMEN
Doğum Yeri	BİNGÖL	Doğum Tarihi	15.11.1990
Uyruğu	T.C		
E-mail	gultendilmen@windowslive.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi	2019
Lisans	Marmara Üniversitesi	2015
Lise	Kırımlı Fazilet Olcay Anadolu Lisesi	2011

İş deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Acil Servis Hemşiresi	Yalova Armutlu İlçe Devlet Hastanesi	2018- Halen
Nöroloji- Beyin Cerrahi Servis Hemşiresi	Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Johns Hopkins	2015-2018

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	Orta	Zayıf	Orta