



T.C

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YAŞAM KALİTESİ

ÇİĞDEM KIVANÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. NESRİN İLHAN

İSTANBUL

2016

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Çiğdem KIVANÇ tarafından hazırlanan **"Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi"** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir

Tez Savunma Tarihi: 28.06.2016

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :Yard. Doç. Dr. Nesrin İLHAN
:Haliç Üniversitesi/ Hemşirelik Yüksekokulu
(Danışman)



Jüri Üyesi :Yard. Doç. Dr. Ayşe YILDIZ
:Biruni Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yard.Doç.Dr. Leman KUTLU
: Haliç Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Yüksekokulu



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr.M.Güneş YAVUZER

Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi

Çiğdem Kıvanç

- 27-May-2016 11:54 EEST' de işleme konu
- NUMARA: 678913763
- Kelime Sayısı: 14951

Benzerlik Endeksi

%19

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:

%15

Yayınlar:

%10

Öğrenci Ödevleri:

%9

II.TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren Sayın Tez Danışmanım Yard.Doç. Dr. Nesrin İLHAN'a;

Araştırmamın gerçekleşmesini sağlayan İstanbul Özel Doğan Hastanesi'ne

Araştırmamın gerçekleşmesini sağlayan ve anket sorularımı sabırla cevaplayan İstanbul Özel Doğan Hastanesi'ndeki hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmamda emeği geçen ve yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini, dualarını ve desteklerini esirgemeyen değerli ailem; annem Hamiyet KIVANÇ, babam Remzi KIVANÇ ve ablam Didem KIVANÇ'a,

Hemşirelik mesleğini sevmeme ve bu aşamaya gelmemde her türlü desteğini esirgemeyen beni her aşamada yüreklendirmeye çalışan sevgili yengem Fatma KUŞÇU'ya çok teşekkür ederim... ☺

Çiğdem KIVANÇ

III. İÇİNDEKİLER

Sayfa

I. İNTİHAL RAPORU.....	I
II. TEŞEKKÜR.....	II
III. İÇİNDEKİLER.....	III
IV. KISALTMALAR.....	V
V. TABLO LİSTESİ.....	VI
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	4
4. GENEL BİLGİLER.....	8
4.1. Yaşam Kalitesi.....	8
4.1.1. Kalite ve Yaşam Kalitesinin Tanımı.....	8
4.2. Yaşam Kalitesinin Çeşitleri.....	10
4.3. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi.....	11
4.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	12
4.5. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı.....	15
4.5.1. Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Etkileyen Faktörler.....	18
4.6. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi.....	22
4.6.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar.....	24
4.6.2. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar.....	24
4.6.3. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi.....	25
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	27
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
5.4. Veri Toplama Araçları.....	27
5.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	28
5.4.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF).....	29
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
5.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
6. BULGULAR.....	31
6.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri.....	31
6.2. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
7. TARTIŞMA.....	59
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
9. KAYNAKLAR.....	74
10. EKLER.....	87
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu.....	87
Ek 2: WHOQOL-BREF (TR) Türkçe Ulusal Kısa Sürüm (Şubat 1999), Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı - Cenevre Anket Formu.....	90
Ek 3: Kurum İzni.....	95
Ek 4: Etik Kurul Onayı.....	96
11. ÖZGEÇMİŞ.....	97

IV. KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Acquired İmmune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CDC: Center for Disease Control (Hastalık Kontrolü ve Koruma Merkezi)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)

ILO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

SYK: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

TR: Türkiye

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

V. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının Soyo-Demografik Özellikleri (N=200).

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özellikleri (N=200).

Tablo 3: Sağlık Çalışanlarının Kişisel Özellikleri (N=200).

Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Beden Kitle İndeksi Değerleri (N=200).

Tablo 5: WOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamaları (N=200).

Tablo 6: Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200).

Tablo 7: Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200).

Tablo 8: Sağlık Çalışanlarının Kişisel Özelliklerine ve Boş zaman Aktivitelerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200).

Tablo 9: Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumuna ve Sağlık Davranışlarına Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200).

1.ÖZET

Bu araştırma sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla İstanbul'da özel bir hastanede görev yapan 200 sağlık çalışanı ile Ocak-Şubat 2016 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirildi. Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler, Kolmogorov-Smirnov testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sağlık çalışanlarının %63,5'i kadın, yaş ortalaması $32,63 \pm 11,61$ olup, %61,5'i hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni (ATT), %21,5'i doktor, %17'si diğer sağlık çalışanlarıdır. Dul/boşanmış olanların ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, evli ve bekarlara göre, evli olanların sosyal alan puan ortalaması bekar ve dul/boşanmış olanlara göre, çocuğu olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, çocuğu olmayanlara göre, iki veya daha çok çocuğu olanların ruhsal alan puan ortalaması, çocuğu olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu. Çalıştığı birimi isteyerek seçenlerin ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, isteyerek seçmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu. Meslekte çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların, mesleğini isteyerek seçenlerin, günlük iş yükünü az görenlerin, sigara içmeyenlerin ruhsal alan puan ortalaması, diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu. Eğitim durumu doktora olanların, 40 yaş üstünde olanların, geliri giderinden fazla olanların ve ekonomik sorun yaşamayanların, bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, diğer gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu. Erkeklerin, doktorların, poliklinikte çalışanların, mesleğini kendine çok uygun görenlerin, her yıl tatil yapanların, fiziksel aktivite yapanların, tek başına evde yaşayanların WHOQOL-BREF ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamaları, diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanları, Yaşam Kalitesi, WHOQOL-BREF ölçeği, Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.

2. SUMMARY

Quality of Life of Health Workers

This research was made between January-February 2016, with 200 healthcare workers who work in a private hospital in Istanbul to specify life quality of healthcare workers as using methods of descriptive and cross sectional research techniques. The data was collected using Personal Information Form and World Health Organization's Quality of Life Scale. Kolmogorov-Smirnov test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, and descriptive analysis were used to evaluate the data. These health workers was formed as 63.5% women, average age of $32,63 \pm 11,61$, and from those workers, 61,5% of them was nurses, midwives and emergency medical technicians, 21,5% of them was doctors, and 17% of them was other healthcare workers. It was found significantly high that widowers/ divorced ones' mental field and environmental field average score was higher than married and single ones, married ones' social field average score was higher than single ones and widower/ divorced ones' score, people who have children have higher scores of social and environmental field scores higher than people who do not have any children, and finally people who has two or more children has higher mental field average score than people who do not have any children at all. It was found significantly high that healthcare workers who chose their department intentionally got higher scores than those who did not choose their departments. It was found significantly high that healthcare workers who have worked 10 years or more, healthcare workers who chose their profession intentionally, healthcare workers who found daily work load insufficiently, and healthcare workers who do not smoke got higher mental score than the other groups. It was found significantly high that healthcare workers who have Phd degree, healthcare workers over 40 years old, healthcare workers with high income and healthcare workers who do not have any economical problem has higher physical, mental, and environmental field average score than the other groups. It was found significantly high that men, doctors, healthcare workers who works in outpatient clinics, healthcare workers who consider their profession appropriate, healthcare workers who has vacation every year, healthcare workers who works out,

and who lives alone has higher average scores of WHOQOL-BREF scale's all subdimension than the other groups.

Key Words: Healthcare Workers, Quality of Life, WHOQOL-BREF scale, Specify Quality of Life.



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre yaşam kalitesi; bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır. Yaşam kalitesi bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkilidir. Bir diğer ifadeyle yaşam kalitesi; kişinin içinde yaşadığı sosyo-kültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır (Çetin ve ark., 2012).

Literatürde yaşam kalitesi kavramının; tıp teknikleriyle, laboratuvar işlemleriyle ölçülebilen niceliksel bir kavram olmadığı, subjektif olarak yaşatılabilen bir nitelikte olduğu ve aslında pahalı zevklerle doğrudan bir ilişkisi olmadığı ifade edilmiş, esas amacın kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleriyle ilgili özelliklerinin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanarak bulunabileceği belirtilmiştir (Arabacıoğlu,2012). Kişi yaptığı işten memnun olabiliyorsa bu yaşam kalitesinin iyi olduğunu gösterir. Örneğin; kişinin kaç saat uyuduğu değil, uykusundan memnun kalıp kalmadığı yaşam kalitesini belirler, ya da çok aç olan birinin ne kadar fazla yemek yediği değil de yediği yemekten zevk alması yaşam kalitesini belirler. Maslow'un "ihtiyaç hiyerarşisi" teorisine göre insan, önce en önemli gereksinimini tatmin etmeye çalışır. Bir düzeydeki gereksinim karşılandığında, sıra bir sonrakine gelir (Fırat, 2005).

Yaşam kalitesinin genel olarak içerdiği bazı boyutlar vardır. Bunlar; bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi ve sosyal ilişkileridir. Bu faktörler çevresindeki önemli özelliklerinden etkilenebilir (Perim, 2007). Fiziksel durum; fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, cinsellik, zindelik / güçlülük, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşü ile tanı ve tedavinin sonucudur. Psikolojik durum; yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otonomi, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir iş tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normallliği ve mutluluk gibi duygulardır. Sosyal durum; bireysel fonksiyon, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlarıdır. Finansal ve maddi durum; mevcut durumdaki

geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilmedir (Pehlivan, 2013).

Yaşam kalitesini etkileyen ve azaltan bir çok etken vardır Yaşam kalitesini azaltan durumlar; kişinin ihtiyaçlarını karşılayamaması, gelecek ile ilgili kaygılar, akut ya da kronik sağlık sorunları, kronik yorgunluk, halsizlik, vücut imajının değişmesi, kişinin öz bakım davranışlarını yerine getirememesi, günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımsız olamaması, cinsel fonksiyonlarında bozukluktur. Yaşam kalitesini arttıran durumlar ise; güven içinde yaşamak, itibar görmek, mahremiyetine saygı gösterilmesi, sosyal güvenceye sahip olmak, ekonomik açıdan bağımsız olmak, istediği konfora sahip olmak, kişisel görüşleriyle değer görme, anlamlı bulduğu bir yaşamı sürdürmektir (Aybar, 2014)

Yaşam kalitesi ve genel anlamda çalışma hayatının düzenlenmesi, çalışanların iş hayatından ve çalışma ortamından aldıkları haz ile yeterlilik, memnuniyet ve sağlıklı, verimli, performansı yüksek çalışma şeklini beraberinde getirecektir. Bu bağlamda çalışma alanlarının iyileştirilmesi, çalışma sürelerinin standart hale getirilmesi, çalışma süresinin dışında kalan sürede çalışan personelin sosyal hayat ve süreçlerini daha verimli geçirebilmeleri açısından yönetim ve idarenin çalışanlara bu olanakları sağlaması yaşam kalitesi açısından sağlık çalışanları için büyük önem arz etmektedir (Erat ve arkadaşları, 2011). Yapılan araştırmalarda Erat ve arkadaşları (2011) ile Kılıç ve Keklik'in (2012) yaptıkları araştırmalarında; sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini arttırabilmek için çalışma sürelerinin düzenlenmesi, sağlık çalışanlarının maddi olarak tatmin edilmeleri, çalışanların kendilerine zaman ayırabilmeleri gibi olumlu iyileştirmeler sonucunda sağlık çalışanların yaşam kalitesini ve çalışma isteğinin arttırılabileceklerini ifade etmişlerdir.

DSÖ sağlık çalışanlarının çalışma ortamında sağlık çalışanlarını fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik olarak etkileyen risk faktörleri ile karşılaştığını vurgulamıştır (Yavuz, 2014). Bostan ve Köse (2012); sağlık çalışanlarının çalışan güvenliğinin sıklıkla enfeksiyon hastalıkları, ağrı, stres, şiddet, kesici ve delici yaralanmalar gibi sorunların etkilediğini ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini zorlaştıran diğer bir neden; kesici ve delici alet yaralanmalarıdır ve en önemli enfeksiyon kaynağıdır. İlhan ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında kesici ve

delici aletlerden kaynaklı yaralanmaların oranının son 1 yılda %68.4 olduğu belirlenmiştir. Yaralanma sonucunda sağlık çalışanlarının mortalite ve morbititeye neden olabilen HIV, Hepatit B, Hepatit C gibi hastalıklara yakalanabilmektedirler. Yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının %58'inin kan ve beden sıvılarıyla en az bir kez yaralandığı, yaralananların %53,2'sinin doktor, %26,1'inin hemşire olduğu ve yaralanmaların %97'sinin kesici ve delici aletlerle meydana gelen perkütan yaralanmalar olduğu belirlenmiştir (Kuruüzüm ve ark., 2008).

Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesini zorlaştıran bir diğer neden ise; çalışanların güvenliğini etkileyen fiziksel ve emosyonel problemlerdir. Sağlık çalışanlarında kas iskelet sistemi hastalıkları sıkça görülmektedir. Araştırmalar; en çok sırt ve bel ağrısının yaşandığını göstermektedir. Yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının baş ağrısı %57,4, bel ağrısı %52,9 oranlarında deneyimlendiği belirlenmiştir (Alçelik ve arkadaşları, 2005). Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini zorlaştıran emosyonel sebepler arasında; günün vazgeçilmez olan ve ilk sırada yer alan stres oluşturur. Sağlık çalışanları gün içersinde yaşanan zorluklar nedeniyle sık sık strese maruz kalırlar. Yapılan araştırmalara göre sık sık strese maruz kalan sağlık çalışanlarının kronik hastalıklara yakalanma olasılıkları, rahat olan insanlara göre daha fazladır. Stresin dışında çalışma ortamlarında depresyon, tükenmişlik, yorgunluk, ajitasyon gibi psikososyal sorunlar yaşanmakta ve bu durum bireyin yaşamını önemli düzeyde etkileyebilmektedir (Taycan ve arkadaşları, 2006).

Çalışma saatlerinin ve şartlarının uygun olmaması nedeniyle iş temposunun çok ağır olması, gelir durumunun yetersizliği, yetersiz uyku, uyku düzeninin olmayışı, kendine zaman ayıramama, sosyal etkinliklere katılamama gibi durumlar sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini etkileyen güncel ve ortak sorunlardır (Ergen ve arkadaşları, 2010). Sağlık personelleri olması gereken çalışma saatlerinin üstünde çalışmak zorunda kalmakta, hayati tehlike arz eden hastalarla bir araya gelmekte, hasta yakınları yada hastaların olağanüstü beklentileriyle karşılaşmaktadır. Üst düzey stresle çalışan sağlık personellerini stres psikolojik olarak etkileyerek yaşam kalitelerinde gözle görülür olumsuzluğa neden olabilmektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Yapılan bir araştırmada haftada 48 saat ve üzerinde çalışan sağlık personelinin sosyal aktivitelere zaman ayıramadığı ve bunun sonucunda da yaşam kalitesi boyutlarının olumsuz etkilendiği görülmüştür (Işık ve Köksoy, 2011).

Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) çalışmasında tükenmişlik ve depresyonun, cinsiyetin, medeni durumun, eğitim düzeyinin, çalışılan kurumun, çalışma yılının, ekonomik nedenlerin, iletişim sorunlarının, iş memnuniyetsizliğinin ve kurumdaki başarıyı algılama durumunun yaşam kalitesinin çeşitli alanlarını etkileyen önemli faktörler olduğu bulunmuştur.

Çalışma yaşamında kalitenin artırılması hasta bakımına doğrudan yansımaktadır. Dolayısıyla; sağlık çalışanının, yani sağlık hizmeti veren bireyin sağlıklı olması, sağlık hizmeti alan bireyin de sağlığını ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Karadağ ve Kabasakal, 2013). Yaşam kalitesini etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bu araştırma sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Yaşam Kalitesi

4.1.1. Kalite ve Yaşam Kalitesinin Tanımı

Kalite, ulaşılmak istenen mükemmellik düzeyidir. Kalite kavramı nesnel bir kavramdır ve iyiliğin bir derecesidir. İnsanların, nesnelerin ya da yaşantıların nitelikçe nasıl olduğunu belirten, onun başka şeylerden ayıran üstünlüklerini ölçen ve değerlendiren bir özelliktir. Yaşam kalitesi ise Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ışığında değerlendirilmesi gereken daha öznel bir kavramdır (Gazetoğlu, 2015; Öztürk, 2010; Perim, 2007). Maslow'a göre; fizyolojik gereksinimlerin önce, öteki gereksinimlerin ise (ilim öğrenmek gibi) kişi için sonradan ortaya çıkan lüks bir gereksinim olduğunu vurgulamıştır. En temel gereksinimler açlık, susuzluk gibi fizyolojik gereksinimler, en üst düzey gereksinimse kendini gerçekleştirmedir (Süngü, 2009).

Yaşam kalitesi Thorndike tarafından ilk kez 1939'da 'sosyal evrenin bireyde yansıyan tepkisi şeklinde açıklanmıştır (Çelik, 2011). Patric ve Ericson yaşam kalitesini; ölüm ve yaşam süresi, engellilik, sosyal, psikolojik ve fiziksel sağlığın algılanması ve sosyal- kültürel dezavantajları içeren temel bir kavram şeklinde tanımlamıştır. Fayos yaşam kalitesini; bireylerin hayatlarını değerli buldukları şekilde devam ettirme yetileri olarak açıklamıştır. Bunlar mutluluk, memnuniyet, gereksinim duyulan memnuniyet, kendini gerçekleştirebilmedir. Hournquist yaşam kalitesini; fiziksel, psikolojik, sosyal aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır. Burckhardt (1989) yaşam kalitesini; kişinin bütün ihtiyaçlarına yetebilmesi, hayattan zevk alabilmesi, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenceli vakit geçirebilmesi, duygusal ve fiziksel durumunu üst düzeye çıkarabilmesi ile birlikte çevresiyle arasındaki ilişkilerini iyi ve etkili bir şekilde sürdürebilmesi olarak tanımlamıştır. Cella; fiziki, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal etmenlerin birlikte olmasıyla birlikte tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (Karademir, 2014; Erdem ve Ergüney, 2005). Mendola ve Pellegrini (1979), yaşam kalitesini "bireyin fiziki yeteneklerinin sınırları içinde doyum sağlayan sosyal bir konumu elde etmesi" olarak ifade etmiştir. Calman (1984), "kişinin ümit ve beklentileri ile mevcut durumun örtüşme derecesi" olarak tanımlamıştır, Weinstein ve

Frankel, bireyin hayatında doyuma ulaşma çabası ve mutluluk gereksinimi olarak tanımlamıştır (Edisan, 2014; Güney,2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ise, yaşam kalitesi, kişinin fiziki sağlığı, psikolojik iyilik hali, özgürlük düzeyi, toplumsal ilişkileri ve çevresinin başlıca spesiyalitesinin etkileşimleri gibi çok sayıdaki faktörle ilişki içinde şekil alan, komplike ve geniş bir konsept olarak ifade etmiştir (Tosun, 2013).

Yaşam kalitesi, zaman, mekan ve bireye göre farklılık gösteren subjektif bir kavramdır. Ancak, yaşam kalitesini “insanların kişi ve toplum olarak “özlemlediklerini gerçekleştirebilmeleri” şeklinde tanımlamakta ve bu hareketliliği, rölatifliği ve öznelliği de içinde barındırmaktadır. Çünkü, kişilerin en önemli özelliklerinden birisi bulduğuyla yetinmeyip, her zaman daha iyisini istemesidir. Gelişmenin esası, daha iyiyi arama isteğidir (Dünya Gazetesi, 2000). Edlund yaşam kalitesinin genellenemeyeceğini, farklı anlamlarının olduğunu belirtmiş ve bunu beş başlıkta ele aldıklarını ifade etmiştir. Bunlar: a) Bireysel amaçların tatmin edilmesi anlamında yaşam kalitesi, b) Normal yaşam sürdürebilmek anlamında yaşam kalitesi c) Bireyin toplumdaki yeri anlamında yaşam kalitesi d) Mantıklı insan anlamında yaşam kalitesi ve e) Bireysel görüş olarak yaşam kalitesi olarak gruplamıştır. Bunlar kısaca şu şekilde açıklanabilir (Bayramova ve Kardakovan, 2003):

a) Bireysel amaçların tatmin edilmesi anlamındaki yaşam kalitesi: Mutluluk ya da mutsuzluk, huzur ya da huzursuzluk, tatmin ya da tatminsizliktir.

b) Normal yaşam sürdürebilme anlamında yaşam kalitesi: Ahlaki olgunluk, iyi insan olma kavramlarıyla ifade edilir.

c) Bireyin toplumdaki yeri anlamında yaşam kalitesi: Sosyo-ekonomik düzeyi, bireyin toplumdaki varlığını ifade eder.

d) Mantıklı insan olma anlamında yaşam kalitesi: Bireysel ve öznel şartların anlamsız olduğu şartlarda bile, hayattan duydukları doyumun en üst düzeyde olabileceği şeklinde ifade edilmiştir.

e) Bireysel görüş olarak yaşam kalitesi: Sevgi, ait olma, saygı, güven, sorumluluk hissetme kavamlarıyla ifade edilmiştir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008).

Yaşam kalitesi kısaca; bireyin fonksiyonel durumu, tam bir iyilik halinde olması ve hayattan zevk alabilmesi şeklinde de ifade edilebilir. Bu tanımlamaların ortak noktaları ise; kişilerin yaşam doyumu, mutluluğa ve memnuniyete erişmesidir. Yani birey yaşadıklarından ne kadar hoşnut olursa yaşam kalitesi de olumlu yönde o kadar artacaktır (Güney, 2014).

4.2 Yaşam Kalitesinin Çeşitleri

Yaşam kalitesi kendi içinde çeşitlere ayrılmıştır. Bunlar; ekonomik yaşam kalitesi, toplumsal yaşam kalitesi, ruhsal yaşam kalitesi, ekolojik yaşam kalitesi ve sağlık açısından yaşam kalitesidir. Bunları kısaca açacak olursak:

Ekonomik Yaşam Kalitesi: Refah ve yaşam seviyesi açısından daha iyi duruma gelmez. Aylık gelir, kişi başına düşen gayri safi gelir miktarı, ailenin varlığı, istihdam gibi durumlar ne kadar iyiye yaşam kalitesi düzeyi de öyle artmaktadır.

Toplumsal Yaşam Kalitesi: Meslek edinme, sağlık durumu, eğitim durumu, kültür gibi sosyolojik olarak yaşam kalitesini arttıran kavramlardır.

Ruhsal Yaşam Kalitesi: Mutluluk ile mutlu olmayı düşünme yaşam kalitesi için bu niteliği artırıcı düzeydedir. Bireyin işinden aldığı tatmin, aile hayatındaki etkinliği, çevresi ve özel hayatındaki tatmin etkilidir.

Ekolojik Yaşam Kalitesi: Bireyler ve çevre arasındaki etkileşimden doğan bu nosyonlar yaşam kalitesini artırma özelliğindedir. Kişiyi etkileyen çevresel şartlar ve çevre- insan arasındaki karşılıklı etki yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdendir (Erkiral, 2014; Çelebi, 2015).

Sağlık Açısından Yaşam Kalitesi: İyi olma durumunun sürdürülmesi hali sağlık açısından yaşam kalitesinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. İşlevselliğin yerine getirildiği hallerde iyilik hali de olduğu takdirde yaşam kalitesinin sağlandığı ve ilerlediği görülmektedir (Erkiral, 2014; Çelebi, 2015; Öksüz ve Malhan, 2005).

4.3. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Yaşam kalitesi kavramı 1960'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde kaynağını siyasal olaylardan alır. İlk olarak iktisadi alanda baş göstermiştir daha sonra iktisatçılar yaşam kalitesini, ekonomik yaşam düzeyi olarak ele almışlardır. 1970'lerden sonra ise sosyal bilimlere doğru ilerlemeye başlamıştır. Böylece yaşam kalitesi kavramı, yaşam biçimi olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (Akın 2013; Güney, 2014).

Geçmişte kaliteli yaşamı sorgulayan bir çok düşünür vardır. "Sorgulanmamış yaşam, yaşanmaya deymez" diyen Sokrates başta olmak üzere Aristoteles, Konfüçyüs, Montaigne, Mevlana, Yunus Emre, Fuzuli, Goethe, Kant gibi düşünürleri sayabiliriz. En iyi hayat hangisi? sorusuna yüzlerce cevap verilebilir. Bu soruya filozof Montaigne "Denemeler"inde şu şekilde cevaplıyor: "Gerçek felsefe bize hayatta kalmayı öğreten felsefedir. Halbuki bize hayatta kalmayı hayat geçtikten sonra öğretiyorlar. Felsefenin insanlara, yaşamaya başlarken de, ölüme giderken de söyleyecek çok şeyleri vardır. Düşüncelerimizin en iyi aynası yaşamlarımızın akışıdır. İnsanın en büyük ve en onurlu eseri doğru dürüst yaşamaktır. Bilimlerin en zoru, en çetini hayatı iyi yaşamasını bilmektir." Çünkü öğrenme, bilme ve düşünme yaşamın en anlamlı ve önde gelen etkinliklerindendir (Bozkurt, 2003).

Mutluluk, manalı hayat, güzel hayat, kendini iyi anlama, rahat bir hayata devam etme, hayattaki amaçlar, yaşama şansı gibi konuların antik zaman filozofları tarafından da tartışma konusu olması bu terimleri kendi bünyesinde barındıran yaşam kalitesi nosyonunun felsefi temellerinin oldukça eskiye dayandığını göstermektedir (Edisan ve Kadioğlu, 2013). Yaşam kalitesi konusunda temel oluşturan ilk düşünceler ilk filozoflardan Aristo ve tıp alanında ise Hipokrat tarafından ortaya konduğu ifade edilmektedir. Aristo, makalelerinde mutluluğun temeline ve 'güzel bir hayat' için kişilere gerekli olan konulara değinmiştir. Aristo'ya göre hayatın asıl gayesi en yüksek seviyeye ve hayatın müsaade ettiği en iyi hale sahip olmaktır. Bu sonuca ulaşan kişi en yüksek yaşam kalitesine sahip olur. Tıp alanında Hipokrat zamanında bile doktorlara, hastaların iyi edilmesi ile şikayetlerinin giderilmesi esnasında, iyi olma halinin maksimuma çıkarılması konusunda mesuliyet almalarının kavratıldığı ifade edilmektedir. Aynı zamanda "hayatın kutsallığı ideolojisinin

gelişmesi ve tıp içinde de etkisini göstermesiyle, hekimlerin yalnızca hastayı hayatta tutması değil, hayata devam eden kişileri yaşam kalitesini de maksimuma çıkarılması gerektiği fikri kabul görmektedir. 1970’e kadar sağlıkçılar etkinliklerini hastalık hali, ölüm oranı, ve fizyolojik ölçümlere göre yapıyorlardı. Ama 1992’lerde sağlığın kazanılmasındaki en önemli işaretler arasında “Yaşam Kalitesi’ne” de yer verilmiştir. Ama terim olarak yaşam kalitesi, ilk olarak Priestley’in 1943’deki “Cumartesi Işıkları” (Daylight on Saturday) adlı oyununda kullanılmıştır (Müezzinoğlu, 2005; Tanrıöver ve Akan, 2014). Yaşam kalitesi için yapılan ilk araştırmalar; 1973’de yayınlanmış, son zamanlardaysa başta yeni programların ve tedavilerin parasal kullanım çözümleri olmak üzere, sayıları oldukça fazlalaşmıştır (Avcı ve Pala, 2004). Yıllardır filozofların tartışma konusu olan yaşam kalitesi böylece üzerinde sadece felsefe yapılan bir konu değil de aynı zamanda edebiyatla, kişilerin sorunları ve hedefleri ile birlikte hayatlarına dahil olmuştur (Gazezzoğlu, 2015).

4.4. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK); iki bileşeni olan iyilik durumudur. Bu bileşenlerden ilki fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu temsil eden günlük etkinlikleri devam ettirebilme kabiliyetidir, ikincisiyse işlem görme ve hastalıkların kontrol edebilme düzeyiyle birlikte hasta doyumudur. Yaşamın iyi ve tatmin sağlayan karakterinin bir bütün olarak, öznel bir biçimde algılanması ve kişinin hayattan ve şahsi iyilik hali denen genel halden sağladığı tatminin bir bütün olarak dışı vurumudur. Yani hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, hayattaki durumuyla ilgili algısıdır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kriterleri, sağlık programları, tedavinin olumlu yönlerinin değerlendirilmesi ve istatistiksel değerlendirme çalışmalarında çoğunlukla kullanılmaktadır (Fidaner, 2004; Fidan, 2004). Kısaca sağlıkla ilgili yaşam kalitesi; kişilerin bedensel ve psikolojik sağlık durumudur. Esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerden etkilenen genel yaşam kalitesinin bir bileşeni olarak tanımlanabilir. Fakat temel olarak bireyin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerden etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşeni olarak açıklanabilir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin işlevsel tesirini nasıl idrak ettiğiyle ilgilidir (Göçgeldi ve arkadaşları, 2008; Öksüz ve Malhan, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olarak ele almış ve içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde amaçları, beklentileri, standartları ve üzüntüleri dahilinde kişilerin hayattaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamıştır (Musaoğlu, 2008). Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesine verilen önem bireyden bireye göre değişiklik gösterir. Sağlık durumu pozitif bireye göre sağlıkla ilgisi olmayan yaşam kalitesi bileşenleri (örneğin; değerler, görüşler, toplumsal ilişkiler, iktisadi hal gibi hayatın fiziki şartları vb.) önemli olurken, kronik sağlık sorunları yaşayan birey için bedensel, ruhsal sağlık durumu gibi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bileşenleri önem kazanır (Aydemir, 2007).

Yaşam Kalitesi'nin sağlıkla ilgili değerlendirmeleri biyolojik, genel ve hastalıkla ilgili olmak üzere üç bölümden oluşur (Top ve arkadaşları, 2003).

- 1) Biyolojik Sağlık Durumu:** Organ sistemleri üzerine yoğunlaşmıştır. Laboratuvar testlerinden hangisinin kullanılacağına tanı süreci karar verir (Parazitler, virüsler, bakteriler). Herhangi bir enfeksiyona, alerjiye veya zehirlenmeye neden olabilirler.
- 2) Genel Sağlık Durumu:** Tüm yaş, cins ve sosyoekonomik sağlık durumuna yoğunlaşmıştır.
- 3) Hastalığa Özgü Sağlık Durumu:** Sağlık ile ilgili genel düşünce genellikle hastalık ve işlevsellik üzerine odaklanmıştır (Top ve arkadaşları, 2003).

Yaşam kalitesi; 19. ve 20. yy'da tıbbın dominant yönelimi hastalıkların tamamen giderilmesi için tam şifa arayışları şeklindeydi; sürekli devam eden hastalıkların tedavisi ve uzun süreli bellek kaybı bulunan hastalara yaklaşım çok daha az ilgi görmüştür. Fakat bir süre sonra bu eğilim yerini, tam iyileşmenin olanaksız olduğu haller için yaşam kalitesiyle ilgili konular ön plana çıkmıştır (Eryıldız, 2008). Teknolojik ilerlemelerin adeta insanın temel ihtiyaçlarının önüne geçmiş olduğu bir dönemde, 1964'te, JR Elkinton, transplantasyon tıbbının tartışıldığı , "Tıp ve Yaşam Kalitesi" adlı bir makale yayınlamıştır ve tıpta "Yaşam Kalitesi" terimini ilk defa kullanan kişi olmuştur (Top ve arkadaşları, 2003). Tıp alanında 1970-1980'li yıllarda yaşam kalitesi kavramına ilgi duyulmaya başlanırken, 1980-1990'lı yıllarda hemşirelik mesleği alanında öne çıkmaya başlamıştır. Tıp alanında yaşam kalitesi hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziki, duygusal ve toplumsal iyilik durumunun etkilenmesidir (Kutlu ve

arkadaşları, 2011). Hemşirelikte yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalar; yaşamın bilimsel, psikolojik, toplumsal ve kültürel tarafını da araştıran iyilik halini maksimuma çıkarmaya yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmıştır (Bölükbaş, 2003). Bir hastalık ya da tedaviyle bağlantılı olan fiziki, emosyonel ve toplumsal unsurları ele alan çok boyutlu bir kavram olduğu kabul edilmektedir (Perim, 2007).

Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesini yükseltmeye çalışma, hastanın rahatlamasına yardımcı olma, en uygun bakımı verme ve yaşamın biyolojik, ruhsal, toplumsal ve kültürel yönlerini ele alan, iyi olma durumunu maksimuma çıkarmayı hedefleyen hemşireliğin gerekliliğinin ifade edilebilmesine dayanmaktadır (Pınar, 2012). Kuramcı filozoflardan aynı zamanda hemşire olan filozoflardan Rogers ve King yaşam kalitesini yaşam doyumu olarak ele almaktadırlar. Moons ve arkadaşlarının yaşam doyumunun yaşam kalitesini tanımlamada en uygun yaklaşım olduğu, Meeberg ise yaşam doyumunun yaşam kalitesi ile aynı anlama gelmediğini vurgulamıştır. Meeberg'e göre öznel işaretler doğrudan hayattaki deneyimlerimizi gösterir, halbuki öznel işaretler hayattaki deneyimlerimizi etkileyen bütün şeyleri ifade eder (Pınar, 2012). Örneğin; ayağı kırılan biri bu durumu fiziksel bir durum gibi değerlendirmeyerek kendisi için çok önemli bir kongreyi kaçırdığını düşünebilir ve bu olumsuz bir etkidir; yaşam kalitesiyle ilgilidir. Ancak tam tersi olabilecek bir durum ise; yapması gereken teze zaman ayırabilecek ve bu kişiyi mutlu edecektir. Bu da yaşam kalitesine olumlu bir etki olacaktır.

4.5. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı

Sağlık personellerinin “sağlıksız oluşları” genel toplumun sağlık durumunu da negatif yönde etkilemektedir. DSÖ’nün ifadesine göre 1940’lardan önce sağlık; sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziki, psikolojik ve toplumsal yönden tam bir iyilik durumudur şeklinde tanımlarken 1948’den sonra DSÖ’ye göre sağlık; sadece hasta olmamak ya da eksiklik durumunun olmaması değil; eksiksiz şekilde fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak iyi olma hali olarak tanımlamıştır (Evren ve arkadaşları, 2011; Çelikkalek, 2014). Sağlık Bakanlığı ise sağlığı; kişinin fiziki, emosyonel, zihinsel ve sosyal olarak, etrafıyla tam bir uyum içinde yaşayabilme yeteneği olarak tanımlamaktadır (Evren, 2008; Doğan, 2006). Bu tanımlar;

- **Fiziksel (bedensel) sağlık:** Vücudun anatomik ve fizyolojik olarak bütünselliğinin korunması ve sürdürülmesidir. Sağlıklı beslenme, basit sporlar yapma, sigara ya da alkol kullanmama, sağlık kontrollerini düzenli ve zamanında yaptıрма gibi etkinlikleri içermektedir.
- **Duygusal sağlık:** Bireyin duygu ve düşüncelerinin yanında, davranışlarının da yaşamını etkileme biçimidir. Kısaca duygusal sağlık, hissettiklerini kontrol edebilme yeteneğidir. Yaşamla ilgili kararlar alırken etkili rol oynar.
- **Zihinsel sağlık:** Öğrenme ve kendini geliştirebilme yeteneğidir. Okul gibi resmi yapılar kadar yaşam deneyimlerini de içermektedir
- **Sosyal Sağlık:** İnsanın yaşadığı çevre ve diğer insanlarla iyi bir iletişimde bulunabilme yeteneğini ve kişilerarası ilişkilerde iyi olmayı kapsar. Doğrudan toplumsal alanın bireye bakışını yansıtır. Kişinin toplumsal yapı içindeki konumuna göre, toplumun kişiden beklediği sosyal rolleri yerine getirmesidir. Özellikle iş ortamında etkin role sahiptir.
- **Manevi sağlık:** Kişiden kişiye değişen birleştirici bir güce inançtır. Özünde inanç kavramı vardır. Bu inanç diğer insanlara bağlanma hissi, yaşamın amacı ve anlamı kavramlarını içermektedir (Evren, 2008; Doğan, 2006).

Sağlık çalışanları, dünya milletlerinin esenliklerini maksimuma çıkaracak bilgi birikimleri olan, eğitim ve deneyimleri sebebiyle hastalıkların iyileştirilmesinde olduğu kadar, halk sağlığının geliştirilmesinden ve mesleki alanda olan gelişmelerden de sorumlu olan kişilerdir. Halk sağlığının ilerletilmesinde hayati rol

alan sağlık çalışanlarının sağlığı değerlendirildiğinde, iş ortamında sağlıklarını yeterince korumadıkları söylenebilir (İncesesli, 2005). Sağlık elemanları işleri sebebiyle kronik ve akut sağlık sorunları yaşarlar ve mesleki hastalıklara maruz kalırlar. Sağlık elemanlarının yoğun bir şekilde çalışmaları ve gece vardiyasında kalmaları beden imajlarını bozarak yaşam kalitelerini azaltır (Yıldırımakar, 2015). Sağlıkılarda (hekimler, hemşireler, sosyal hizmet görevlileri, eczacılar) yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yaşam kalitesi puan ortalamalarının, diğer meslek gruplarıyla karşılaştırıldığında daha düşük çıktığı bulunmuştur. Nedeni ise, daha çok sağlık bölümünde bulunan gece vardiyaları, acillerde çalışan sağlık elemanlarının yaşadıkları travmalar, yoğun stres altında olmak, gece uykusunun azlığı ya da hiç olmaması gibi sorunlar olduğu bulunmuştur (ztoprak, 2015). ztoprak sağlık alışanlarında yaşam kalitesini etkileyen değişkenler adlı çalışmasında uykusuzluğun yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediğini depresyon, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma gibi sorunlara yol açtığını bulmuştur (ztoprak, 2015).

Vardiyalı alışan sağlık alışanlarında fizyolojik (bedensel), ruhsal ve sosyal sağlıkları üzerinde olumsuz etkiler meydana gelmektedir. Fizyolojik olarak en çok rastlanan uyku problemleridir, bu durum sağlık alışanlarında enerji düşüklüğü, hatırlama güçlüğü konsantrasyon bozukluğu ya da ilgi kaybına neden olmaktadır. Psikolojik olarak ise düşük benlik saygısı, huzur eksikliği, endişe, depresyon gibi bir çok soruna yol açmaktadır. Vardiyalı sistemde gece de görev yapmak zorunda olan sağlık personelleri serebrovasküler hastalıklar, kardiyak hastalıklar, hipertansif ve diyabetik sağlık problemleriyle birlikte diğer sağlık sorunları, gündüz ve düzenli görev yapan sağlık personellerine göre daha çok rastlanmaktadır (Birimoğlu, 2013). Çünkü İnsanoğlu biyolojik olarak düzenli hayata uyumludur ve bu düzen bozulduğu zaman vücut daha hassas bir hal alır. Böylece kişilerde sosyal, fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar görülme olasılığı da artar.

ILO, WHO ve diğer bir çok kurumun düşüncesi dahilinde sağlık personellerinin sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerinin hedefleri aşağıda şu şekilde toplanmıştır (Oğan, 2014).

- Çalışanların sağlık düzeylerini en yüksek seviyeye çıkarmak,

- Her çalışanı kabiliyetlerine en uygun işte çalıştırmak ve işlerine en kısa sürece alışmalarına yardımcı olmak,
- Çalışmanın negatif şartları sebebiyle çalışan sağlığına zarar gelmesine engel olmak,
- İşler ve çalışanlar arasında olumlu ilişkiler sağlayarak, minimal yorgunlukla en çok verime ulaşmak,
- İş alanında sağlığı olumsuz etkileyen maddeleri ortadan kaldırmak,
- Sağlıksız olayları, meslekten dolayı ortaya çıkan kimyasal zehirlenmeleri ve meslek hastalıklarını belirleyip tedavi etmek,
- İş kaynaklı kazalar veya meslek hastalığı sonucu zarara uğrayan sağlık personellerinin işe en kısa sürede dönebilmelerine olanak sağlamak,
- Ortaya çıkan zararların aşamalarını öznel, bilimsel ve ahlaki olarak değerlendirmek (Oğan, 2014).

Bu amaçlara ulaşmak için yapılması gerekenler ise;

- Çalışanın kendine en uygun işe yerleştirilmesine imkan sağlamak,
- İş yeri ortam faktörlerinin değerlendirilmesi ,
- Sağlık risklerinin kontrol edilmesi,
- Düzenli olarak sağlık kontrolünden geçmek (işe giriş muayenesi, periyodik muayene, işe geri dönüş muayeneleri) gibi,
- Çalışılan yerde rutin sağlık hizmetlerinin sunulması (Oğan, 2014).

Yapılan çalışmalar, ortak çalışma birlikteliği sağlandığında, kanuna uygun daha verimli iyileştirmeler ve gerekli tedbirler alındığında meslek hastalıklarının %100'ü, iş kazalarının ise %98'inin önlenebileceğini göstermektedir (Oğan, 2014).

4.5.1. Sağlık Çalışanlarının Sağlığını Etkileyen Faktörler

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen faktörler arasında; sitotoksik maddelerin, enfeksiyon riskinin, sterilizasyonda kullanılan kimyasal maddelere maruz kalmanın, radyasyonun, kimyasal ajanların ve ergonomik risk faktörleri yer almaktadır. Bu faktörler: (Özel, 2014).

Sitotoiksik Maddeler: Ampul kırılırken, hastaya intravenöz ilaç vermek için hazırlanan serumlar cilde temas ettiğinde ilacı hazırlayan sağlık personelinde lenfomatik bozukluklar meydana getirir (Özel, 2014). Kimyasal maddelerin aktivitesi; konsantrasyonuna, ulaşım zamanına, temas yoluna, maddenin fiziksel ve kimyasal spesiyalitesine bağlıdır. Etkinlik; ortamda diğer fiziksel ve kimyasal ajanların varlığına veya kişinin kullandığı zararlı maddelere (alkol, sigara, ilaç bağımlılığı gibi) göre değişebilmektedir (Parlar, 2008).

Enfeksiyon Riski: ABD’de 1983’de sağlık personellerinin diğer sivil çalışanlara oranla daha yüksek oranda enfeksiyon kapma riski bulunduğunu gösteren bir rapor yayınlanmıştır. Bu rapora göre sağlık personellerinin enfeksiyon kapma durumu; kan ve kanlı vücut sıvılarına temas etmeleri, sıyrık deriden, kesici-delici aletlerle yaralanma şeklinde olmaktadır. Bulaşıcı hastalıklardan en önemlileri hepatit B, hepatit C ve AIDS’tir. Bunlar dışında damlacık yoluyla bulaşan tüberküloz, nezle, grip gibi bulaşıcı hastalıklara maruz kalırlar (Özel, 2014). Sağlık personelleri için bakterilerin ve virüslerin ne kadar zarar verdiği konusunda dünyada ve özellikle ülkemizde yeterli bilgi bulunmamaktadır fakat bazı rakamlardan bahsedebiliriz. Amerika’da sağlık personellerinde her yıl 600 000 iğne batması ya da kesici-delici alet yaralanması olmaktadır. Bu tip yaralanmalar özellikle hepatit B, hepatit C ya da HIV mikrobunun bulaşmasına sebep olmaktadır. İnhaler bulaşan hastalıklar içinde ise; tüberküloz insidansı 100000’de 34 bulunmuşken sağlık çalışanlarında 100000’de 96 bulunmuştur (TTB, 2008).

Sağlıkta Buluşma Noktası Dergisinin yaptığı araştırmaya göre; hastanelerde sabun ve z katlı peçetelerin bulunmadığı belirlenmiştir. Hepatit, AIDS, tüberküloz gibi kronik hastalığı olanlar için önlük, maske, eldiven gibi gerekli araç-gereç ne sağlık çalışanına, ne de hasta yakınlarına gerektiği ölçüde sağlanmamaktadır (SBN, 2011).

Sağlık personellerinin delici-kesici gereçlerle yaralanma yüzdeleri oldukça yüksektir (Selçuk, 2011). Yaralanımlardan korunmanın ilk yolu bu tür yaralanmaların nasıl olduğunu bilmek ve önlem almaktır. Kesici-delici alet yaralanmaları sonucunda sağlık çalışanlarına Hepatit B, Hepatit C, HIV virüsünün bulaşma durumu söz konusudur ve bu tip bulaşıcı hastalıklar sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini özellikle yaş ilerledikçe olumsuz yönde etkilemektedir. Bulaşıcı hastalıklardan korunma ve yaşam kalitesini geliştirmek için alınacak evrensel önlemler aşağıda belirtilmiştir (Soycan, 2011; Karadakovan, 2002).

- Yatan her hastanın serolojilerine bakılmadığı için, her hasta olası enfekte olarak düşünülmeli ve ona göre önlemler alınmalıdır.
- Hastanın herhangi bir vücut sıvısının değme olasılığı olduğu için eldiven mutlak surette giyilmelidir. İşlem sonrası eldiven tıbbi atık kovasına atılarak eller iyice yıkanmalıdır.
- Hastanın her hangi bir vücut sıvısına temas edildiği takdirde temas eden bölge hemen yıkanmalıdır.
- Delici-kesici alet batığı zaman temas eden yer hemen yıkanmalıdır ya da antiseptik solüsyonla temizlenmelidir.
- Delici-kesici aletlerle yaralanmayı önlemek adına iğneler kullanım sonrası enjektörden çıkartılmamalı ve plastik kılıfları tekrar takılmamalıdır.
- Hastaya yapılan bir işlem sırasında kan ya da herhangi bir vücut sıvısının bulaşma riski varsa koruyucu ekipman (eldiven, önlük, maske, gözlük gibi) kullanılmalıdır (Soycan, 2011; Karadakovan; 2002).

Sterilizasyonda Kullanılan Kimyasal Maddelere Maruz Kalma: Sterilizasyonda kullanılan kimyasallara maruziyet ağız ve burun mukozasında tahrişlere yol açar (Özel, 2014).

-Radyasyon: Kardiyoloji, radyoloji ve ameliyathane çalışanları radyasyona maruz kalmaktadır (Özel, 2014). Bu durum uzun vadede bu bölümlerde çalışan sağlıkçılarda kanser ve cilt hastalıkları gibi ölümcül hastalıklara maruz kaldıklarını ortaya çıkarmıştır.

-Kimyasal Ajanlar: Anestezik maddeler kendiliğinden olan düşükleri, prematüre doğumları, nedeni belli olmayan sakatlıkları, kanser, karaciğer hastalıkları, baş ağrısı, yorgunluk gibi rahatsızlıklara/hastalıklara sebep olurlar. Sağlık hizmetlerinde fiziksel etkilere maruziyet söz konusu olabilir. Emniyetli çalışma alanının olması, sağlık çalışanlarının bu platformda çalışmalarına özendirilerek, bu platformda çalışan personelin güvenlik endişelerine bağlı stres seviyeleri minimuma indirilmiş olacaktır (Özel, 2014).

Ergonomik Faktörler: Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen faktörler arasında ışıklandırma, aydınlatma, yüksek ses, klimalar (ısı, nem, havalandırma, iyonize radyasyon) ve ergonomik olmayan çalışma koşulları da yer alır. Aydınlatma sisteminin iyi olmasıyla görme netliği de artar, iş kazalarının olma olasılığı düşer ve çalışandan alınan randıman artar. Yüksek ses istenmeyen her türlü ses olarak tanımlanır. psikolojik ve fiziki sağlığı olumsuz etkileyen gürültü, işten alınan randımanı negatif olarak etkiler. Hastaneler, olabildiğince gürültüsüz yerler olarak düşünülmesine rağmen, özellikle yemekhane, laboratuvarlar, teknik servis, hasta kayıt birimi ve hemşire odalarında oluşan yüksek ses, işten alınan performansla birlikte işe verilen dikkati de azaltır. Aynı zamanda konsantrasyon bozukluğu, kısıtlanma ve hareketlerde yavaşlamaya neden olur. Hastanelerdeki havalandırma sistemleri, hastaların ve hastane personellerinin sağlıklarının korunması ve hastane kaynaklı enfeksiyonların önüne geçmek bakımından önemli bir yere sahiptir. İyonize radyasyon, X ışınları özellikle doktorlar, hemşireler ve röntgen teknisyenlerinde sağlığı negatif yönde etkilemektedir (Kunduracılar, 2011).

Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen ergonomik faktörlerden biri de kas-iskelet sistemi hastalıklarıdır. Bunlar; Yinelenen hareketler, kötü postürlerle yapılan görevler, büyük kuvvet harcanmasını gerektiren işler, ağır kaldırma, aşırı beden hareketleri, düşen hastayı tutma çabası ve tek başına hasta kaldırma olarak sınıflandırılabilir. Böylece kas-iskelet sistemini zorlayarak bedene zarar vermektedir (Vaizoğlu ve Güler, 2011). Vaizoğlu ve Gülerin yaptığı araştırmada sağlık çalışanlarının hastayı iyileştirmek amacıyla bedenlerini zorlayarak yaptıkları hareketlerle bedenlerine kalıcı zararlar verdikleri bulunmuştur (Vaizoğlu ve Güler,

2011). Sağlık çalışanlarının güvenliklerini korumaya yönelik gerekli önlemler alınmadığında sağlık çalışanlarının sağlığını önemli ölçüde tehdit etmektedir (Meydanlıoğlu, 2013; SBN, 2011). Sağlık çalışanlarının sağlıklarını ve çevre sağlığını korumak amacıyla alınabilecek tedbirler şu şekilde sıralanabilir:

- Malzemenin kullanımı sonrası ortaya çıkan tıbbi atıkların ölçüsü önemsenmeli ve malzeme seçimine özen gösterilmelidir.
- Bütün sağlık personelleri tıbbi atıklar hakkında bilgilendirilmelidir. Tıbbi atıkların toplanması sırasında özellikleri dahilinde torbalara konmalı, toplama yerlerinde birbiriyle karışması engellenmeli ve en kısa sürede depoya gönderilmelidir. Sıvı malzemeler gerekli arıtımadan geçirilerek kanalizasyona atılmalıdır. Patolojik atıklar, gömülerek yok edilmeli, enfekte maddeler ise buharla steril edildikten sonra diğer tıbbi atıklarla beraber zararsızlaştırılmalıdır (Parlar, 2008).

Stres: Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen bir diğer faktör ise strestir. Sağlıkçılar yoğun ruhsal stres, vardiyalı sistem, meteryalların yetersizliği, iş tatmininin düşüklüğü, sağlık personellerinde depresyona yatkınlık olasılığını yükseltmiştir. Ayrıca, Avrupa ülkeleri ve ülkemizde yapılan araştırmalarda, sağlık personellerinin en belirgin çalışma şekli, vardiyalı sistem ve gece nöbetleridir. Bu durum sağlık çalışanlarında; uyku hali, dikkatsizlik, ilgisizlik ve enerji düşüklüğü gibi problemlere ve depresyon yatkınlığına sebep olmaktadır (Öztoprak, 2015).

Sağlık çalışanlarının stres nedenleri farklılıklar gösterebilir. Bunlar; (Gülgün, 2014).

- İş yükünün fazla olması, sağlık hizmetlerinin durmaksızın devam etmesi ve personel azlığı nedeniyle sağlık personelleri üzerinde yoğun baskı,
- Gece nöbetleri nedeniyle kişinin biyolojik ve fizyolojik sisteminde oluşan değişkenlik,
- Rol belirsizlikleri çalışma alanındaki problemlerin esas sebebidir. Bu durum kişiyi ruhsal yönden zorlayarak yoğun stres altına girmesini sağlamaktadır.
- Komplike malzemeler kullanmak zorunda kalınması mesleki olarak yetersiz olduğumuzu düşünmemize yol açabilir.

- Personel yetersizlikleri ve buna bağılı olarak kişinin iş yükünün artmasıyla birlikte kişide yoğun stres oluşması.
- Hastalığı sebebiyle sinirli ve bezgin olan kişilerle iletişim kurmaya çalışmak kişiyi ruhsal olarak zorlar ve yoğun stres altına girmesine sebep olur (Gülgün, 2014).

Stres, sağıık çalışanlarında; şiddete düşkünlük ve vurdumduymazlık, gerginlik durumu, asabiyet, keyifsizlik, durgunluk, çökkünlük, uzun süreli ve geçmeyen yorgunluk, unutkanlık, huzur bozukluğu, pesimistiklik, kimsesizlik hissi gibi belirtilerle ortaya çıkar. Bu durum kişinin çevresindeki bireylere ve özellikle hasta ve hasta yakınlarına olumsuz olarak yansır (Tokmak ve arkadaşları, 2011).

4.6. Sağıık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi

Sağııkla ilgili yaşam kalitesi; bireylerin hastalık ya da sakatlık olmamasından başka bir çok durumu ifade eder. İş ortamındaki bireylerin sağııklarının yerinde olması yalnızca kişiyi değil, hizmet verdiği kişileri de etkilemektedir. Çalışan bireyin tam bir iyilik hali durumunda olması ile çalıştığı alan arasında iki taraflı bir etkileşim vardır (Parlar, 2008). Kişinin tam bir iyilik halinde olması, çalışma hayatını, çalışma hayatı da sağıığı etkiler sağıık durumu iyi olmayan bir sağıık çalışanın yaşam kalitesi ise olumsuz olarak etkilenir (Ay ve arkadaşları, 2010). ILO ve DSÖ 1950’de iş sağıığını; çalışma hayatında olan tüm bireylerin bedensel, psikolojik ve toplumsal olarak iyilik hallerinin maksimuma çıkarılması, devam ettirilmesi ve geliştirilmesi çalışmaları olarak açıklamışlardır. Sağıık hizmetleri bir hizmet sunma dalıdır ve kendisine özgü riskleri vardır. İşin ve çalışma sürecinin sebep olduğu sağıığı olumsuz olarak etkileyen sorunlar ve iş sırasında dikkatsizlik nedeniyle oluşan kazalar gibi çalışma ortamlarındaki olumsuz şartlardan kaynaklanan tehlikeler sağıığı ve sağıık çalışanın yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Ay ve arkadaşları, 2010; Saygun, 2012).

Bir çok sağıık çalışanı her yıl iş ortamlarındaki olumsuz şartlar nedeniyle iş tatminsizliği yaşamaktadır ve bu olumsuz şartlar nedeniyle yaşam kaliteleri de olumsuz olarak etkilenmektedir. Çam ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmaya göre iş doyumsuzluğu yaşayan sağıık personeline nesneden uzaklaşma, bulunduğu

ortamdan ayrılma, ilerleyen dönemlerde fiziki saldırıda bulunma, etrafındaki nesnelere ya da kişilere zarar verme, sızlanma, durmaksızın eleştiri de bulunma, işi maksimum yavaşlıkta yapma ya da nedensiz işe gelmeme gibi davranışlar görülmektedir (Aksungur, 2009). İş doyumunu etkileyen en önemli örgütsel faktörlerden biri alınan ücrettir ve ücretin başarı ve işin yoğunluğuna göre ödenmediği duygusu bireyi doyumsuzluğa götürür. Birey maddi olarak tatmin edilmediği zaman bu kişinin ruhsal olarak çöküntü halinde olmasına sebep olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Bu nedenle sağlık çalışanların iş doyumunun yüksek olması, aldıkları ücretlerin onları tatmin etmesi yaşam kaliteleri açısından önemli bir durumdur (Kavlu ve Pınar, 2009).

Sağlık çalışanlarında yoğun iş temposu, görevlerinin yükümlülüğü, fazla sorumluluk alma, fazla mesai, hasta yakınları ile iletişim kurmak, ölümcül ve ağır yaralı hastalar ile ilgilenmek strese yol açmaktadır (Akvardar, 2007; Kaçmaz, 2005). Çalışılan ortamda sık tekrarlayan stresli tecrübelerin kişilerde kronik baş ağrısı, kardiyak problemler, kaslarda gerginlik, uykusuzluk, endişe ,anksiyete, depresyon gibi biyolojik ve ruhsal sorunlara neden olduğu görülmüştür. Görüldüğü gibi stres sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir (Tel ve arkadaşları, 2003). Sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini etkileyen bir başka konu ise hasta ve hasta yakınlarından gördükleri sözel, fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmaktır. Sağlık çalışanlarının şiddet görebilme olasılığı diğer meslek gruplarına göre 16 kat daha yüksek olduğu bilinmektedir. Finlandiya’da yapılan bir araştırma; psikiyatri hemşirelerinin, hapisane gardiyanlarının ve polislerin en fazla şiddete gören meslek grubunu oluşturduğunu belirlemiştir (Adaş ve arkadaşları, 2008). Ülkemizde bu konudaki en geniş çalışma 2002’de Kütahya, Ankara ve Eskişehir’de yapılmıştır. Çalışmaya hem birinci basamaktan, hem devlet hastanesi hem de üniversite hastanesinde çalışanlar dâhil edilmiş. Son bir yılda sözlü, fiziki ya da cinsel saldırıya maruz kalıp kalmadıkları sorgulanmıştır. Çalışanların nerdeyse yarısı (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52.5) şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Şiddete maruz kalmalarının sıklığı illere göre değişiklik göstermiştir. Şiddete en fazla pratisyen hekimler ve hemşirelerin maruz kaldığı, en az ise öğretim görevlilerinin maruz kaldığı görülmüştür. Çalışılan üniteler arasından en fazla acillerde görev yapanların şiddet gördükleri bulunmuştur (Annagür, 2010). Sağlık çalışanlarında bu

tür gerilimler stresi de beraberinde getirir. Stresin olduğu ortamda iş verimi düşerek, dikkatsizlik baş göstermeye başlar. Konsatrasyon eksikliği hataların artmasına sebep olur ve ilişkilerde bozulmalar ortaya çıkar. Psikopatoloji, hayatın fiziksel, ruhsal, toplumsal, mesleki ve iktisadi alanları gibi bazı yönlerini etkileyebilir. Yaşam kalitesinin düşük olması sıklıkla önemli bir psikopatoloji nedeni ya da sonucu olmaktadır (Gökçe ve Dünder, 2008).

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini azaltan ve arttıran bazı durumlar vardır. Bunları şu şekilde özetleyebiliriz (Erkiral, 2014).

4.6.1. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar

- Temel ihtiyaçların az olması
- Bedensel olarak değişim yaşama
- Kişisel bakım ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Çalışma yoğunluğuna bağlı olarak sürekli yorgun ve halsiz hissetme
- Cinsel yaşamda aksaklık
- Gelecek endişesi
- Destek mekanizmasında eksiklik
- Kronik olmayan sağlık sorunları ya da kronik olan sağlık sorunlarıyla birlikte yaşamak (Erkiral, 2014).

4.6.2. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar

- Kişinin ekonomik alanda ve sosyal alanda kendini garanti altında hissetmesi
- Güvensizlik yaşamaması
- İhtiyacı olan rahata kavuşmuş olması
- Aktif bir hayat sürmesi
- Yakın çevresiyle olumlu ilişkiler kurması
- Mutlu olduğu şeyleri yapması
- Diğer insanlara da saygı duyması
- Özerklik duygusuna sahip olması
- Özel yaşamının gizliliğine özen gösterilmesi
- Kendisini ifade edebilmesi
- Kendini bir çok bakımdan yeterli görmesi

- Farklı ve yaratıcı bir kişi olarak tanınması
- Huzurlu, inancını yaşayabilen ve kişisel değerlerine itibar edilmesi gerekmektedir (Erkiral, 2014).

4.6.3. Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; 21.yy amaçları doğrultusunda çalışan nüfusun sağlığını maksimuma çıkarmaya yönelik politikalara önem verilmektedir. Sağlık personelinin ilerlemesi ve başarısı, sağlık düzeninin daha etkili çalışması yönünden önemlidir. Sağlık için gelişimin merkezi pozitif sağlıktır. Pozitif sağlık; yaşam kalitesinin tam bir iyilik halinde olunması, fiziki, sosyal ve çevresel ortamda sağlıklı yaşam biçimi hareketleriyle en üst düzeye çıkarılması anlamını taşır. Başlıca duyarlılık noktası yaşam kalitesinin maksimuma çıkartılmasıdır (Koltarla, 2008). Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin fiziki ve zihinsel sağlıklarını maksimum seviyeye çıkarmak, yaşam kalitelerini yükseltmek, fiziki ve toplumsal çevresinin gelişimini sağlamak için bilinçli karar almalarını destekleyecek bir süreçtir. Sağlığın geliştirilmesi yaşam kalitesine de pozitif yönde yansıyacak ve kişilerin kendi sağlıklarını yükseltmelerine, kontrol altında tutmalarına ve tam bir iyilik halinde olmalarına katkı sağlayacaktır. Bu hedefe ulaşılabilmesi için ise; zararlı alışkanlıklar ve riskli davranışlardan kaçınılması gerekmektedir. Bu davranışlara; sigara kullanımı, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı, beslenme davranışlarındaki düzensizlikler, fiziksel aktivite çokluğu, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları, stres yönetimi, fazla mesai, uyku düzensizliği ve ağır iş yükü gibi davranışlar örnek verilebilir (Yalçinkaya ve arkadaşları, 2007). Bireylerin yaşam biçimleri hem yaşam süresini hem de yaşam kalitesini etkilemektedir. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanabilir. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları kapsar (İlhan ve arkadaşları, 2010). Beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişki ve sağlık sorumluluğu sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmaktadır (Khaghanyrad, 2014). Hastalık Kontrolü ve Koruma Merkezi'nin (CDC) raporuna göre; insanlar bir ya da birden fazla sağlıklı

yaşam biçimi davranışı gösterirse yaşam süresinin uzayacağı rapor edilmiştir (Çakır ve arkadaşları, 2015).

Sağlık çalışanlarında mesleki risk faktörlerinin belirlenmesi, sağlık çalışanlarına yönelik sağlık geliştirme programlarının planlanması, sağlık çalışanlarının tanımlanmış tehlike ve riskler konusunda bilgilendirilmesi ve koruyucu rehabilitasyon programlarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerini arttırılmasına katkı sağlayacaktır (Kunduracılar, 2011).

Sağlık çalışanları yaptıkları iş, uğraştıkları kompklıke vakalar ve çalışma koşullarının zorluğu nedeniyle iş ortamında stresle başbaşa kalabilirler. Bu durum sağlık çalışanlarını olumsuz olarak etkileyerek yaşam kalitelerinin azalmasına neden olur. Sağlık çalışanlarının stresle başa çıkma ve yaşam kalitelerini geliştirmek için; stres yaratan durumların önceden tahmin edilmesi ve buna göre gerekli önlemler alınması gerekir. Stres yönetimi ile ilgili sağlık çalışanlarına eğitimler verilmelidir. İşlerin yeniden tasarımı sağlanmalıdır. Çalışma şartlarının iyileştirilmesi sağlanarak, gün içinde çalışanların kendilerine zaman ayırabileceği dinlenme araları planlanmalıdır. Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini geliştirmeye yönelik alınacak bu önlemler yaşam kalitelerini geliştirmeye yönelik olumlu katkı sağlayacaktır (Palaz, 2015).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul'da özel bir hastanede çalışan sağlık çalışanları ile Ocak-Şubat 2016 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini özel hastanede çalışan sağlık çalışanları (doktorlar, hemşireler, ebeler ve diğer sağlık çalışanları) (N=200) oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi evrenin tümüne ulaşıldı.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu ile Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) kullanılarak toplandı.

5.4.1 Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu 31 sorudan oluşmaktadır. Formda araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çocuk varlığı ve sayısı, gelir durumu, sağlık durumu (kronik hastalık varlığı ve hastalığı, ilaç kullanımı), sağlık davranışları (meyve sebze tüketimi, fiziksel aktivite durumu, sigara ve alkol kullanma durumu), mesleklerinden memnuniyet durumları (çalışma saatleri, iş yeri ortamındaki huzur ve davranışlar) ile ilgili sorular yer almaktadır.



5.4.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 ölçeğinin kısa formudur. Ware ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir ve Eser ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (Eser ve arkadaşları, 1999). WHOQOL-BREF orjinal ölçekteki (WHOQOL-100) genel bölümden (fasetten) iki, geri kalan 24 fasetten de birer soru alınarak oluşturulmuş olan 27 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-Bref, 4 Alan (domain) dan oluşmuştur, Aynı ayrı bölümleri (fasetleri) yoktur. Bu araç halen dört boyut (domain) halinde puanlanır: 1. Boyut: Bedensel sağlık; 2. Boyut: Psikolojik sağlık; 3. Boyut: Sosyal ilişkiler ve 4. Boyut: Çevresel sağlık. Bu ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Bu skorlamalardan hangisinin kullanılacağı araştırmacının tercihidir. Ancak genel olarak ülkemizde 20 puan üzerinden olan skorlamalar daha yaygın bir uygulamadır. Puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. Bedensel sağlık alanı: Gündelik işleri yürütebilme, canlılık, bitkinlik, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku, dinlenme ve çalışabilme gücü. Ruhsal sağlık alanı: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din ve kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama. Sosyal alan: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam. Çevresel alan: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ve bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım. Cronbach alpha değerleri bedensel alan için 0,83; Ruhsal alan için 0,66; Sosyal ilişkiler alanı için 0,53; Çevre alanı için 0,73 olarak belirlenmiştir (Eser ve arkadaşları, 1999).

Bu araştırmada örneklem grubunun cronbach's alpha değeri bedensel alan için 0,439; Ruhsal alan için 0,546; Sosyal ilişkiler alanı için 0,360; Çevre alanı için 0,635 olarak bulundu.

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Veriler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı analizler ve verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak değerlendirildi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup durumunda, Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun belirlenmesinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Genel güvenilirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı.

5.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı (Ek:3). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından yazılı izin alındı. Sağlık çalışanlarının kimlik bilgileri alınmadı. Üniversitenin Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı (Tarih:14.01.2016, Sayı:28) alındı (Ek:4).

6. BULGULAR

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları aşağıdaki bölümler doğrultunda incelendi.

6.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri

6.2. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.1.Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri

Bu bölümde sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri incelendi.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özellikleri (N=200)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	127	63,5
	Erkek	73	36,5
Yaş grubu	<24	68	34
	25-29	32	16
	30-34	18	9
	35-39	23	11,5
	>40	59	29,5
Medeni durum	Evli	94	47
	Bekar	86	43
	Dul/boşanmış	20	10
Çocuk sayısı	Çocugum yok	116	58
	Bir	38	19
	İki	43	21,5
	Üç veya daha çok	3	1,5
Eğitim durumu	Lise	60	30
	Ön lisans	60	30
	Lisans	27	13,5
	Yüksek lisans	12	6
	Doktora	41	20,5
Yaşadığı yer	Ailemle	134	67
	Lojmanda	43	21,5
	Arkadaşlarımla	5	2,5
	Tek başıma evde	18	9
Toplam		200	100

Sağlık çalışanlarının %63,5'i kadın, %36,5'i erkek, yaş ortalaması $32,63 \pm 11,61$ olup, %34'ü 24 yaşın altında, %16'sı 25-29 yaş grubunda, %9,0 30-34, %11,5 35-39, %29,5 40 yaşın üzerindedir. Sağlık çalışanlarının %47'si evli, %43'ü bekar, %10'u dul/bosanmış, %58'inin çocuğu yok, %19'un bir, %21,5'in iki, %1,5'in üç veya daha çok çocuğu vardır.

Sağlık çalışanlarının %30'u lise, %30'u ön lisans, %13,5'i lisans, %6'sı yüksek lisans, %20'si doktora mezunudur. %67'si ailesiyle, %21,5'i lojmanda, %2,5'i arkadaşlarıyla, %9'u tek başına evde yaşamaktadır.



Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özellikleri (N=200)

Özellikler	n	%
Meslek	Hemsire,ebe, ATT	123
	Doktor	43
	Diğer sağlık çalışanları	34
Meslekte çalışma yılı	1-5 yıl arası	74
	6-10 yıl arası	41
	10 yıl üzeri	73
	1 yıldan az	12
Kurumda çalışma yılı	1-3 yıl arası	79
	4-9 yıl arası	59
	10 yıl ve üzeri	35
	Bir yıldan az	27
Haftalık çalışma saati	57 saat	128
	57 saat ve üzeri	52
	48 Saat	20
Çalışma şekli	Gündüz	107
	Gece	13
	Gündüz ve nöbet	80
Çalıştığı birim	Servis	59
	Yoğun bakım	44
	Laboratuvar ve diğer birimler	21
	Poliklinik	34
	Ameliyathane	16
	Acil, diyaliz, kardiyoloji	26

Tablo 2'nin Devamı. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özellikleri (N=200)

Özellikler		n	%
Birimi isteyerek seçme durumu	Evet	167	83,5
	Hayır	33	16,5
Mesleğin uygunluk durumu	Çok uygun	138	69
	Kısmen uygun	56	28
	Hiç uygun değil	6	3
Meslegi isteyerek seçme durumu	Evet	170	85
	Hayır	30	15
Günlük iş yükünü nasıl gördüğü	Çok fazla	36	18
	Fazla	89	44,5
	Normal	68	34
	Az	7	3,5
Toplam		200	100

Sağlık çalışanlarının %61,5'i hemşire, ebe, att, %21,5'i doktor, %17'si diğer sağlık çalışanlarıdır. %37'si 1-5 yıl arası, %20,5'i 6-10 yıl arası, %36,5'i 10 yıl üzeri, %6'sı 1 yıldan az süredir mesleklerinde çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının kurumda çalışma yılı incelendiğinde %39,5'i 1-3 yıl arası, %29,5'i 4-9 yıl arası, %17,5'i 10 yıl ve üzeri, %13,5'i bir yıldan azdır. Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatleri %64'ünün 57 saat, %26'sının 57 saat ve üzeri, %10'unun 48 saattir. Sağlık çalışanlarının çalışma şekli %53,5'i gündüz, %6,5'i gece, %40'ı gündüz ve nöbet olarak çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının çalıştığı birim %29,5'i servis, %22'si yoğun bakım, %10,5'i laboratuvar ve diğer birimler, %17'si poliklinik, %8'i ameliyathane, %13'ü acil, diyaliz, kardiyoloji biriminde görev yapmaktadır. Sağlık çalışanlarının % 83,5'inin birimini isteyerek seçtiği belirlendi. Sağlık çalışanlarının %69'unun mesleğini kendine çok uygun, %28'inin kısmen uygun, %3'ünün hiç uygun değil olarak gördüğü belirlendi. Sağlık çalışanlarının %85'inin mesleğini

isteyerek seçtiği, %15'inin isteyerek seçmediği, %18'inin iş yükünü çok fazla, %44,5'inin fazla, %34'ünün normal ve %3,5'inin az olarak gördüğü belirlendi.



Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Kişisel Özellikleri (N=200)

Özellikler		n	%
Çalışma arkadaşlarıyla ilişkileri	Çok kötü	1	0,5
	Kötü	3	1,5
	Orta	30	15
	İyi	94	47,0
	Çok iyi	72	36
Gelir durumu	Geliri giderinden az	60	30
	Gelirim giderime esit	98	49
	Gelirim giderimden fazla	42	21
Ekonomik sorun yaşama durumu	Yaşayan	94	47
	Yaşamayan	106	53
Kronik rahatsızlığın olma durumu	Var	23	11,5
	Yok	177	88,5
Psikiyatrik rahatsızlığın olma durumu	Var	1	0,5
	Yok	199	99,5
Tatil yapma durumu	Yapamayan	36	18
	Her yıl tatil yapan	142	71
	İki yılda bir tatil yapan	16	8
	İki yıldan daha uzun süre tatil yapan	6	3
Tiyatro ve sinemaya gitme sıklığı	Hiç gitmeyen	36	18
	Haftada bir giden	22	11
	Ayda bir giden	45	22,5
	Üç ayda bir giden	71	35,5
	Yılda bir giden	26	13

Tablo 3'ün Devamı. Sağlık Çalışanlarının Kişisel Özellikleri (N=200)

Özellikler		n	%
Günde üç ana öğün iki ara öğün yemek yeme durumu	Evet	59	29,5
	Hayır	141	70
Ortalama günlük uyku süresi	5-8 saat arası	180	90
	9-12 saat arası	16	8
	5 saatten az	4	2
Fiziksel aktivite	Yapan	50	25
	Yapmayan	150	75
Sigara kullanımı	Kullanan	89	44,5
	Kullanmayan	111	55,5
Alkol kullanımı	Kullanan	73	36,5
	Kullanmayan	127	63,5
Toplam		200	100

Sağlık çalışanlarının çalışma arkadaşlarıyla ilişkileri incelendiğinde çalışanların %0,5'i çok kötü, %1,5'i kötü, %15'i orta, %47'si iyi, %36'sı çok iyi olarak ifade ettiler. Sağlık çalışanlarının gelir durumlarının değerlendirme oranları incelendiğinde %30'unun gelirinin giderinden az olduğu, %49'unun gelirinin giderine eşit olduğu ve %21'inin gelirinin giderinden fazla olduğu bulundu. Sağlık çalışanlarının ekonomik sorun yaşama durumlarına göre %47'sinin ekonomik sorun yaşadığı, %53'ünün ekonomik sorun yaşamadığı tespit edildi. Sağlık çalışanlarının kronik rahatsızlıkları olma durumu incelendiğinde %11,5'inin evet, %88,5'inin hayır dediği saptandı. Sağlık çalışanlarının psikiyatrik rahatsızlıklarının olma durumu incelendiğinde %0,5'inin evet, %99,5'inin hayır dediği belirlendi. Sağlık çalışanlarının %18'inin tatil yapmadığı, %71'inin her yıl tatil yaptığı, %8'inin iki yılda bir tatil yaptığı, ve %3'ünün iki yıldan daha uzun sürede bir tatil yaptığı görüldü.

Sağlık çalışanlarının tiyatro ve sinemaya gitme sıklıkları incelendiğinde %18'inin hiç gitmediği, %11'inin haftada bir gittiği, %22,5'inin ayda bir gittiği, %35,5'inin üç ayda bir gittiği, %13'ünün ise yılda bir gittiği belirlendi. Sağlık çalışanlarının günde üç ana öğün iki ara öğün yemek yeme durumu incelendiğinde %29,5'inin evet, %70,5'inin hayır olarak ifade ettikleri bulundu. Sağlık çalışanlarının ortalama uyku süresi incelendiğinde %90'ının 5-8 saat arasında, %8'inin 9-12 saat arasında, %2'sinin ise 5 saatten az uyudukları saptandı. Sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite yapma durumu incelendiğinde %25'inin fiziksel aktivite yaptığı, %75'inin fiziksel aktivite yapmadıkları görüldü. Sağlık çalışanlarının sigara kullanma durumu incelendiğinde %44,5'inin sigara kullandığı, %55,5'inin sigara kullanmadığı bulundu. Sağlık çalışanlarının alkol kullanım durumu incelendiğinde %36,5'inin alkol kullandığı, %63,5'inin alkol kullanmadığı belirlendi.

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının BKİ Değerleri (N=200)

BKİ	Ort	Ss
	22,61	2,89
	N	%
18,5 altı	17	8,5
18,5-24,9	148	74
25-29,9	35	17,5

Sağlık çalışanlarının BKİ ortalaması $22,61 \pm 2,89$ olup, % 8,5'inin BKİ'si 18,5 altı, % 74'ünün 18,5-24,9 arasında, % 17,5'inin 25-29,9 arasındadır.

6.2. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Ve Mesleki Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 5. WOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamaları (N=200)

	Ort	Ss	Min.	Max.
Bedensel alan	15,42	2,64	6	20
Ruhsal alan	15,19	2,27	9	20
Sosyal alan	14,69	2,91	5	20
Çevresel alan	13,84	2,17	8	20

Sağlık çalışanlarının “bedensel alan” puan ortalaması $15,42 \pm 2,64$; “ruhsal alan” puan ortalaması $15,19 \pm 2,27$; “sosyal alan” puan ortalaması $14,69 \pm 2,91$; “çevresel alan” puan ortalaması $13,84 \pm 2,17$ ’dir.

Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

Sosyodemografik Özellikler			n	Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan			
				Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p
Cinsiyet	Kadin	127	14,96	2,61	3253,5	0,000	14,79	2,09	3192,0	0,000	14,25	3,19	3586,5	0,007	13,52	2,17	3609,5	0,009	
	Erkek	73	16,22	2,53			15,87	2,43			15,47	2,19			14,40	2,07			
Yaş grubu	<24	68	15,01	2,80	17,058	0,002	14,49	2,26	19,408	0,001	13,57	3,34	16,883	0,002	13,18	1,84	23,931	0,000	
	25-29	32	14,52	2,38			14,75	2,27			15,42	2,83			13,21	2,06			
	30-34	18	14,35	2,83			15,19	2,30			15,48	2,47			13,23	2,56			
	35-39	23	16,07	2,16			15,88	2,29			15,42	2,84			14,38	2,41			
	>40	59	16,46	2,34			15,95	2,02			15,07	2,20			14,93	1,92			
	Medeni durum	Evli	94	15,23			2,73	2,320			0,313	15,42			2,08	17,209			0,000
Bekar		86	15,42	2,49	14,59	2,20	13,61		3,00	13,37		1,82							
Dul/bosanmis		20	16,31	2,80	16,67	2,67	15,27		2,47	14,98		2,80							
Çocuk sayısı	Çocugu Yok	116	15,15	2,72	1,844	0,398	14,72	2,29	14,934	0,001	14,07	3,13	14,717	0,001	13,38	2,03	11,975	0,003	
	Bir	38	15,73	2,58			15,47	1,86			15,68	2,69			14,50	2,11			
	İki veya daha çok	46	15,84	2,45			16,12	2,26			15,45	2,04			14,47	2,32			

Tablo 6'nın Devamı. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

Sosyodemografik Özellikler			Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan				
			n	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	P	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p
Eğitim durumu	Lise	60	14,88	2,75			14,34	2,23			14,49	3,08			13,28	2,16			
	Ön Lisans	60	14,91	2,75			15,13	2,18			14,04	3,29			13,17	1,84			
	Lisans	27	15,32	2,27	17,500	0,002	15,26	2,39	22,653	0,000	15,26	2,54	7,998	0,092	13,84	2,02	33,293	0,000	
	Yüksek Lisans	12	15,86	1,95			15,17	1,71			14,89	2,40			14,11	1,77			
	Doktora	41	16,89	2,22			16,46	2,04			15,51	2,23			15,57	1,98			
Yaşadığı yer	Ailemle	134	15,28	2,52			15,27	2,15			15,06	2,55			13,88	2,16			
	Lojmanda	43	15,19	3,04	7,402	0,060	14,43	2,22	10,703	0,013	13,52	3,07	10,241	0,017	13,12	1,69	12,301	0,006	
	Arkadaşlarımla	5	15,31	2,04			15,47	1,97			12,00	6,73			13,42	2,32			
	Tek Basima Evde	18	17,05	2,30			16,30	2,90			15,48	2,67			15,41	2,52			
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	60	14,59	2,90			14,03	2,32			14,27	3,39			12,56	2,12			
	Gelirim giderime eşit	98	15,36	2,42	14,58	0,001	15,26	2,07	36,15	0,000	14,68	2,86	2,37	0,306	13,91	1,83	46,56	0,000	
	Gelirim giderimden fazla	42	16,75	2,26			16,67	1,72			15,33	2,19			15,51	1,80			

Tablo 6'nın Devamı. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

Sosyodemografik Özellikler		n	Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan		
			Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}	p	Ort	Ss	MWU/x ² _{kw}
Ekonomik sorun yaşama durumu	Evet	94	14,67	2,76			14,45	2,39			14,65	3,14			13,01	2,07	
	Hayır	106	16,09	2,35	3615,5	0,001	15,84	1,96	3283,0	0,000	14,73	2,71	4891,5	0,822	14,58	2,00	2970,5
																	0,000

Sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkeklerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,01$, $p<0,01$) .

Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 40 yaş üstünde olanların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalaması, yaş grubu 24'ten küçük, 25-29, 30-34 ve 35-39 yaş arasında olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). 30-34 yaş grubunda olanların sosyal alan puan ortalaması, 24'ten küçük, 25-29 ve 35-39 yaş arasında olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durumu dul/boşanmış ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, evli ve bekar olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Evli olanların sosyal alan puan ortalaması, bekar ve dul/boşanmış olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$).

Sağlık çalışanlarının çocuk sayısına göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; iki veya daha çok çocuğu olanların ruhsal alan puan ortalaması, çocuğu olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Bir çocuğu ve iki veya daha çok çocuğu olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, çocuğu olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Çocuk sayısına göre bedensel alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim durumu doktora olanların bedensel alan puan ortalaması, lise, ön lisans ve lisans mezunu olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$). Eğitim durumu doktora olanların ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, lise, ön lisans lisans ve yüksek lisans mezunu olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,001$). Eğitim durumuna göre sosyal alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının yaşadıkları yer durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tek başına evde yaşayanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, aile, lojman ve arkadaşlarıyla yaşayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının gelir durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; geliri giderinden fazla olanların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının gelir durumuna göre sosyal alan puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının ekonomik sorun yaşama durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ekonomik sorun yaşamayanların bedensel alan ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, ekonomik sorun yaşayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının ekonomik sorun yaşama durumuna göre sosyal alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

		n	Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan			
			Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p
Meslek	Hemşire,ebe, att	123	14,87	2,78			14,62	2,24			14,28	3,12			13,15	1,99		
	Doktor	43	16,82	2,20	16,21	0,000	16,34	2,05	23,13	0,000	15,44	2,24	7,50	0,024	15,44	2,02	34,27	0,000
	Diğer sağlık çalışanları	34	15,63	1,89			15,76	2,02			15,25	2,67			14,31	1,80		
Meslekte çalışma yılı	1 yıldan az	12	13,90	3,11			13,33	2,40			13,11	1,69			12,37	1,85		
	1-5 yıl arası	74	15,41	2,51	4,91	0,178	14,94	2,18			14,16	3,45			13,68	1,73	12,37	0,006
	6-10 yıl arası	41	15,09	3,15			15,01	2,77			14,80	3,01			13,52	2,55		
	10 yıl üzeri	73	15,86	2,29			15,84	1,79			15,43	2,18			14,44	2,25		
Kurumda çalışma yılı	Bir yıldan az	27	15,13	2,83			14,20	2,44			13,63	3,21			13,40	2,31		
	1-3 yıl arası	79	15,31	2,74			15,06	2,38			14,36	3,29			13,54	2,00		
	4-9 yıl arası	59	15,54	2,81	1,26	0,739	15,37	2,26	11,10	0,011	15,30	2,42	8,24	0,041	14,27	2,55	6,84	0,077
	10 yıl ve üzeri	35	15,69	1,97			15,92	1,60			15,24	2,22			14,15	1,59		

Tablo 7 Devamı . Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

		n	Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan			
			Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p
Haftada çalıştığı toplam saat	57 saat	128	15,36	2,66			15,27	2,26			14,78	2,84			13,86	2,12		
	57 saat ve üzeri	52	15,22	2,66	1,93	0,380	14,72	2,27	4,61	0,100	14,49	3,31	0,08	0,960	13,44	2,27	3,55	0,169
	48 saat	20	16,34	2,42			15,87	2,24			14,67	2,41			14,76	2,02		
Çalışma şekli	Gündüz	107	15,54	2,66			15,24	2,19			15,02	2,61			14,12	2,23		
	Gece	13	14,33	2,97	1,49	0,475	14,31	2,37	2,17	0,339	13,23	4,34	1,88	0,392	13,33	1,78	2,14	0,342
	Gündüz ve nöbet	80	15,44	2,55			15,26	2,37			14,50	2,99			13,56	2,12		

Tablo 7 Devamı . Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

		n	Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan				
			Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	
Çalıştığı birim	Servis	59	15,32	2,65			14,92	2,14			14,33	3,01			13,42	1,91			
	Yoğun bakım	44	14,52	2,84			14,65	2,37			14,70	3,36			13,62	2,38			
	Laboratuvar ve diğer birimler	21	16,08	1,86			16,03	1,64			15,17	2,94			13,99	1,86			
					13,69	0,018			15,71	0,008			9,68	0,085			14,19	0,014	
	Poliklinik	34	16,59	2,28			16,29	1,81			15,61	1,96			15,10	2,05			
	Ameliyathane	16	14,54	3,00			14,83	3,02			15,17	2,22			13,94	2,57			
	Acil, diyaliz, kardiyo	26	15,65	2,48			14,79	2,39			13,64	3,07			13,35	2,06			
Birimi isteyerek seçme durumu	Evet	167	15,46	2,68			15,30	2,25			14,80	2,85			14,02	2,21			
	Hayır	33	15,20	2,49		2653,5	0,736		2255,5	0,098		14,14	3,21		2506,5	0,406		1920,5	0,006
Mesleği kendilerine uygun görme durumu	Çok uygun	138	15,75	2,51			15,71	2,13			14,97	2,62			14,28	1,98			
	Kismen uygun	56	14,77	2,84		5,60	0,061	14,13	2,22	25,39	0,000	14,45	3,12	5,95	0,051	12,84	2,33	16,34	0,000
	Hiç uygun değil	6	13,90	2,39			13,11	1,44			10,67	4,62			13,04	1,75			

Tablo 7 Devamı . Sağlık Çalışanlarının Mesleki Özelliklerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

		n	Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan			
			Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p
Mesleği isteyerek seçme durumu	Evet	170	15,43	2,63	2463,0	0,765	15,38	2,18	1747,5	0,006	14,92	2,77	1992,5	0,053	13,98	2,15	1899,0	0,026
	Hayır	30	15,35	2,74			14,09	2,51			13,42	3,41			13,07	2,19		
Günlük iş yükünü nasıl görüldüğü	Çok fazla	36	14,08	3,18	18,32	0,000	13,93	2,11	36,51	0,000	13,44	3,95	4,64	0,200	12,38	2,28	32,10	0,000
	Fazla	89	15,23	2,46			14,70	2,30			14,92	2,61			13,66	1,88		
	Normal	68	16,07	2,18			16,26	1,64			14,98	2,43			14,48	1,85		
	Az	7	18,45	1,97			17,33	2,43			15,43	3,68			17,46	1,77		

Sağlık çalışanlarının meslek durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; doktor olanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, hemşire, ebe, att ve diğer sağlık çalışanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yılına göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; meslekte çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, meslekte çalışma yılı 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 1 yıldan az olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Meslekte çalışma yılına göre, bedensel alan puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının kurumda çalışma yılına göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 10 yıl ve üzerinde çalışanların ruhsal alan puan ortalaması 1-3 yıl, 4-9 yıl ve 1 yıldan az çalışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Kurumda çalışma yılı 4-9 yıl arasında olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, 1-3 yıl, 10 yıl ve üzeri ve 1 yıldan az çalışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Kurumda çalışma yılına göre bedensel alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatine göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının çalışma şekline göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birime göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; polikliniklerde çalışanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, diğer birimlerde çalışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının birimi isteyerek seçme durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalıştığı birimi isteyerek seçenlerin ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, isteyerek seçmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Bedensel alan ve sosyal alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının mesleği kendine uygun görme durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; mesleğini kendine çok uygun görenlerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları mesleğini kendine kısmen uygun ve hiç uygun görmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu incelendi ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının mesleği isteyerek seçme durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; mesleğini isteyerek seçenlerin ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, mesleğini isteyerek seçmeyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının mesleği isteyerek seçme durumuna göre bedensel alan puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının günlük iş yükünü değerlendirme durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; günlük iş yükünü az görenlerin çok fazla, fazla ve normal görenlere göre ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının günlük iş yükünü değerlendirme durumuna göre bedensel alan puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 8. Sağlık Çalışanlarının Kişisel Özelliklerine ve Boş zaman Aktivitelerine Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

		N	Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan			
			Ort	Ss	MW	P	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p
Çalışma arkadaşlarıyla ilişkileri	Çok kötü, kötü yada orta	34	16,10	3,57			15,55	2,77			13,45	3,65			13,59	3,00		
	İyi	94	15,34	2,48	5,78	0,056	14,88	2,19	3,97	0,137	14,31	2,77	16,01	0,000	13,68	1,91	3,31	0,191
	Çok iyi	72	15,20	2,30			15,42	2,09			15,78	2,35			14,17	2,02		
Tatil yapma durumu	Yapamıyorum	36	14,16	3,06			13,63	2,84			13,70	2,97			12,72	2,27		
	Her yıl	142	15,76	2,52	8,53	0,036	15,67	2,01	22,63	0,000	15,05	2,70	9,66	0,022	14,23	2,11	17,97	0,000
	İki yılda bir	16	15,36	2,23			14,50	1,78			14,92	2,76			13,03	1,56		
	İki yıldan daha uzun süre	6	15,14	1,65			15,00	0,92			11,56	5,11			13,63	1,90		
Tiyatro ve sinemaya gitme sıklığı	Hiç gitmem	36	15,16	2,66			15,19	2,17			13,81	3,22			13,48	1,84		
	Haftada bir	22	14,62	3,01			14,94	2,70			14,91	2,46			13,39	1,98		
	Ayda bir	45	15,38	2,19	3,83	0,430	15,63	2,31	2,98	0,562	15,35	2,55	6,13	0,190	14,08	2,21	4,67	0,323
	Üç ayda bir	71	15,61	2,94			14,95	2,21			14,74	2,71			13,80	2,40		
	Yılda bir	26	16,02	2,04			15,28	2,18			14,46	3,75			14,43	2,01		
	Hayır	127	15,12	2,58			15,01	2,10			14,44	3,16			13,78	2,30		

Sağlık çalışanlarının çalışma arkadaşlarıyla ilişki durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; arkadaşlarıyla ilişkileri çok iyi olanların sosyal alan puan ortalaması, ilişkileri kötü, çok kötü ya da orta ve iyi diyenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının çalışma arkadaşlarıyla ilişki durumuna göre bedensel alana, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı farklar görülmedi ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının tatil yapma durumlarına göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; her yıl tatil yapanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarının tatil yapamayanlara, iki yılda bir tatil yapanlara, iki yıldan daha uzun sürede tatil yapanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının tiyatro ve sinemaya gitme sıklığına göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$)

Tablo 9. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumuna ve Sağlık Davranışlarına Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

		N	Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan			
			Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p
BKİ	18,5 Altı	17	16,07	3,15			14,55	2,37			13,57	3,06			13,12	2,13		
	18,5-24,9	148	15,27	2,63	2,61	0,271	15,15	2,19	2,90	0,235	14,62	3,00	6,70	0,035	13,82	2,18	2,27	0,322
	25-29,9	35	15,74	2,43			15,64	2,55			15,54	2,26			14,29	2,10		
Kronik rahatsızlığınızın olma durumu	Evet	23	15,40	2,19			15,22	2,25			15,65	2,28			14,11	2,19		
	Hayır	177	15,42	2,70	1989,0	0,858	15,18	2,28	2032,0	0,989	14,57	2,97	1558,5	0,064	13,81	2,18	1987,0	0,852
Günde üç ana öğün iki ara öğün yemek yeme durumu	Evet	59	15,67	2,77			14,93	2,50			14,76	2,55			14,12	2,38		
	Hayır	141	15,32	2,59	3709,0	0,226	15,30	2,17	3794,0	0,325	14,67	3,07	4158,5	0,998	13,72	2,08	3852,5	0,410
Ortalama uyku süresi	5 saatten az	4	15,29	0,86			14,00	2,93			15,67	2,96			15,00	1,47		
	5-8 saat arası	180	15,57	2,51	3,90	0,143	15,30	2,22			14,79	2,67			13,87	2,05	2,30	0,317
	9-12 saat arası	16	13,71	3,69			14,21	2,55			13,33	4,84			13,19	3,36		
Fiziksel aktivite yapma durumun	Evet	50	16,30	2,80			16,19	2,51			15,36	3,14			14,73	2,50		
	Hayır	150	15,13	2,53	2670,5	0,002	14,85	2,09	2344,0	0,000	14,47	2,81	2911,5	0,016	13,55	1,98	2586,5	0,001

Tablo 9'un Devamı. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumuna ve Sağlık Davranışlarına Göre WHOQOL-BREF Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=200)

		N	Bedensel Alan				Ruhsal Alan				Sosyal Alan				Çevresel Alan			
			Ort	Ss	MW	P	Ort	Ss	MW	P	Ort	Ss	MW	p	Ort	Ss	MW	p
Sigara kullanımı	Kullanan	89	15,18	2,85			14,58	2,30			14,32	2,97			13,53	1,97		
	Kullanmayan	111	15,61	2,46	4661,0	0,492	15,68	2,14	3551,0	0,001	14,99	2,86	4248,0	0,085	14,09	2,30	4150,5	0,052
Alkol kullanımı	Kullanan	73	15,94	2,69			15,50	2,53			15,14	2,40			13,95	1,95		
	Kullanmayan	127	15,12	2,58	3721,0	0,020	15,01	2,10	4013,0	0,112	14,44	3,16	4126,5	0,190	13,78	2,30	4530,5	0,789

Sağlık çalışanlarının beden kitle indeksine göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında;. BKİ 25-29,9 olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, 18,5 altı ve 18,5-24,9 arasında olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Beden kitle indeksine göre bedensel alan ve ruhsal alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0,001$).

Sağlık çalışanlarının kronik rahatsızlıklarının olma durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kronik hastalığı olanların sosyal alan puan ortalaması, kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının kronik rahatsızlıklarının olma durumuna göre bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının üç ana öğün iki ara öğün yemek yeme durumlarına göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının ortalama günlük uyku sürelerine göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 5-8 saat arası uyuyanların ruhsal alan puan ortalaması, 9-12 saat arası ve 5 saatten az uyuyanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının ortalama günlük uyku sürelerine göre bedensel alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite yapma durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; fiziksel aktivite yapanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının sigara kullanma durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sigara kullanmayanların sosyal alan puan ortalaması, sigara içenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının

sigara kullanma durumuna göre bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Sağlık çalışanlarının alkol kullanma durumuna göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; alkol kullananların bedensel alan puan ortalaması alkol kullanmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Sağlık çalışanlarının alkol kullanma durumuna göre ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).



7. TARTIŞMA

Bu araştırma sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla İstanbul'da özel bir hastanede çalışan 200 sağlık çalışanı ile gerçekleştirildi. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunu (%63,5) kadın çalışanlar oluşturmaktadır. Bu durumun çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük bir kısmını hemşire ve ebelerin oluşturmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışanların %34'ü 24 yaşın altında ve %29,5'i 40 yaşın üstünde olup yaş ortalaması $32,63 \pm 11,61$ 'dir. Sağlık çalışanlarının %47'sinin evli ve %42'sinin çocuk sahibi, %30'u lise ve %30'u ön lisans mezunudur. Çalışanların %61,5'i hemşire/ebe/ATT olup, %39,5'i 1-3 yıl arası meslekte çalışmaktadır. Çalışanların %53,5'i gündüz çalıştığı, %83,5'inin çalıştığı birimi isteyerek seçtiği, %69'unun mesleğini kendisine çok uygun buldukları, %85'inin mesleklerini isteyerek seçtikleri ve %18'inin iş yoğunluğunu çok fazla buldukları belirlendi.

Araştırmaya göre sağlık çalışanlarının %47'sinin çalışma arkadaşlarıyla arasının iyi olduğu, %49'unun gelirinin giderine eşit olduğu ve %53'ünün ekonomik sorun yaşamadığı bulundu. Bu durumda hastanenin, çalışanları maddi olarak tatmin edebildiğini söyleyebiliriz. Çalışanların %88,5'inin kronik rahatsızlığı olmadığı ve %99,5'inin psikiyatrik bir rahatsızlığı olmadığı saptandı. Çalışanların %71'inin her yıl tatil yaptığı, %35,5'inin her üç ayda bir sinemaya ya da tiyatroya gittiği görüldü. Araştırmaya göre sağlık çalışanlarının %70,5'inin üç ana öğün iki ara öğün yemek yemedikleri, %90'ının 5-8 saat arasında uyuyabildikleri ve %75'inin fiziksel aktivite yapmadıkları tespit edildi. Çalışmaya göre sağlık çalışanlarının fiziksel aktivitede yapmadıkları, sağlıklı ve düzenli beslenmedikleri ancak uyku süreleri incelendiğinde uykuya önem verdikleri saptandı.

Çalışanların %55,5'inin sigara kullanmadığı, %63,5 'inin ise alkol kullanmadığı belirlendi. Alçelik ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada, hemşirelerin sigara içme oranları %36,8 olarak bulunmuştur. Ankara'da yapılan bir çalışmada ise bu oran %44,5 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar topluma örnek olması gereken sağlık çalışanlarının zararlı alışkanlıklarının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun %74'ünün BKİ değerleri 18,5-24,9 arasında olması, sağlık çalışanlarını ideal kilolarını koruma konusunda özenli olduklarını göstermektedir.

Araştırmada WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alan puan ortalaması, $15,42 \pm 2,64$; ruhsal alan puan ortalaması, $15,19 \pm 2,27$; sosyal alan puan ortalaması, $14,69 \pm 2,91$; çevresel alan puan ortalaması, $13,84 \pm 2,17$ olarak belirlendi. Bu çalışmanın verilerine göre sağlık çalışanlarının yaşam kalitelerinin orta düzeyde oldukları görülmektedir. Bedensel alan puan ortalamasının en yüksek, çevresel alan puan ortalamasının ise en düşük olduğu saptandı.

Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ile ilgili yaptıkları araştırmada WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alan puan ortalaması, $12,59 \pm 1,77$; ruhsal alan puan ortalaması, $14,33 \pm 2,08$; sosyal alan puan ortalaması, $14,53 \pm 2,99$; çevresel alan puan ortalaması, $13,55 \pm 2,11$ olarak saptandı. Avcı ve Pala'nın (2004) araştırmasında WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alan puan ortalaması, $15,0 \pm 2,3$; ruhsal alan puan ortalaması, $14,5 \pm 2,3$; sosyal alan puan ortalaması, $14,0 \pm 2,8$; çevresel alan puan ortalaması, $12,9 \pm 2,1$ olarak tespit edildi. Çalışma sonuçlarıyla benzer şekilde bedensel alan puan ortalaması en yüksek çevresel alan puan ortalaması en düşük olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Kavlu ve Pınar'ın (2009) araştırmasında göre WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alan puan ortalaması, $13,45 \pm 2,79$; ruhsal alan puan ortalaması, $13,87 \pm 2,30$; sosyal alan puan ortalaması, $13,73 \pm 3,00$; çevresel alan puan ortalaması, $11,66 \pm 2,29$ olduğu görüldü. Avcı ve Pala'nın ile Kavlu ve Pınar'ın çalışması da çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermiştir ve bedensel alan puan ortalaması en yüksek, çevresel alan puan ortalaması en düşük olarak bulundu. Elde edilen veriler çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Aras ve Uskun'un (2015) araştırmasında WHOQOL-BREF ölçeği bedensel alan puan ortalaması, $14,3 \pm 2,4$; ruhsal alan puan ortalaması, $14,4 \pm 2,2$; sosyal alan puan ortalaması, $14,5 \pm 2,5$ çevresel alan puan ortalaması, $13,1 \pm 4,8$ olarak bulunmuştur. Aras ve Uskun'un yaptıkları çalışma, çalışma sonuçlarıyla kısmen benzerlik göstermiştir ve sosyal alan puan ortalaması en yüksek, çevresel alan puan ortalaması en düşük olarak bulunmuştur. Elde edilen veriler araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Araştırmada erkeklerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, kadınlara göre yüksek bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda erkelerin kadınlara göre günlük alanda daha aktif, kişisel başarı algısının daha yüksek ve boş zamanlarını daha iyi

değerlendirebildiklerini düşündürmekte ve cinsiyet olarak değerlendirilirse erkeklerin yaşam kalitelerinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

40 yaş üstünde olanların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalaması, 40 yaşın altındakilere göre yüksek bulundu. 30-34 yaş grubunda olanların sosyal alan puan ortalaması, 24'ten küçük, 25-29 ve 35-39 yaş arasında olanlara göre yüksek bulundu. Çalışılan topluluğun büyük bir kısmının 24'ten küçük ve genç nesil olması (%34), bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamasının 40 yaşın üstündekilere göre daha yüksek bulunması beklenirken düşük düzeyde bulunması 24 yaşın altında olan sağlık çalışanlarının günlük yaşamda işlevselliğinin, kişisel başarı algısının ve iş yaşamından memnuniyetsizlik duymanın, yeni bilgi ve beceri edinme olanağı ile dinlenme ve boş zamanlarını değerlendirebilme imkanının 40 yaşın üstündekilere göre daha düşük olduğunu göstermektedir. 30-34 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre daha sosyal oldukları ve eğlenmeye daha fazla vakit ayırabildikleri düşünülmektedir. Erkıral'ın araştırmasında yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Erkıral, 2014). Erat ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmaya göre hemşirelerin yaş grupları ile iş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Erat'ın çalışması çalışma sonuçlarıyla benzer niteliktedir.

Medeni durumu dul/boşanmış olanların ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, evli ve bekar olanlara göre yüksek bulundu. Bu sonuç dul/boşanmış olanların psikolojik yönden daha iyi bir durumda olduklarını, kendilerine zaman ayırabildiklerini, boş vakitlerini daha iyi değerlendirebildiklerini, dinlenmeye vakit ayırabildiklerini ve daha aktif zaman geçirebildiklerini düşündürmektedir. Evli olanların sosyal alan puan ortalaması, bekar ve dul/boşanmış olanlara göre yüksek bulundu. Evli olan sağlık çalışanlarının sosyal alan puan ortalamasının, bekarlara ve dul/boşanmış olanlara göre daha yüksek olması ise, evlilerin büyük sorumluluklar altına girdikleri, toplumsal, psikolojik, ekonomik yönden bekar ve dul/boşanmış olanlara göre daha reel ve objektif baktıklarını ve evliliğin daimi bir sosyal destek sağladığını düşündürmektedir. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun çalışmasında medeni durumu evli onların sosyal alan puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) sonuçları araştırmayla benzerlik göstermektedir.

İki veya daha çok çocuğu olanların ruhsal alan puan ortalaması, çocuğu olmayanlara göre yüksek bulundu. Bir çocuğu ve iki veya daha çok çocuğu olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, çocuğu olmayanlara göre yüksek bulundu. Araştırmada çocuğu olmayanlar araştırma grubunun % 58'ini oluşturmaktadır. İki veya daha çok çocuğu olanların ruhsal alan puan ortalamasının çocuğu olmayanlara göre yüksek bulunması çocuğu olan sağlık çalışanlarının daha olumlu duygular içinde olduklarını, olumsuz duygulardan kendilerini daha fazla uzak tutmaya uğraştıklarını ve kişisel inançlara daha çok değer verdiklerini düşündürmektedir. Bir çocuğu ve iki veya daha çok çocuğu olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, çocuğu olmayanlara göre daha yüksek bulunması ise bir çocuğu ve iki veya daha çok çocuğu olanların sosyal yönden, diğer kişilerle ilişkilerinin daha iyi olduğunu ve sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırmaya önem verdiklerini; çevresel yönden ise, fiziksel güvenliğe önem verdiklerini, dinlenmeye ve boş zamanlarını değerlendirmede daha etkin olduklarını, yeni bilgi öğrenmeye ve becerilerini geliştirmeye zaman yaratmaya çalıştıklarını düşündürmektedir. Gülmez'in (2013) ve Karadağ'ın (2011) yaşam kalitesiyle ilgili çalışmalarında ağılık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumuyla yaşam kalitesi alt boyutları arasında ilişki bulunmamıştır. Erkıral'ın (2014) yaşam kalitesiyle ilgili çalışmasında çocuk sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Erkıral'ın sonuçları araştırmayla benzerlik göstermektedir.

Eğitim durumu doktora olanların bedensel alan puan ortalaması, lise, ön lisans ve lisans mezunu olanlara göre, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, lise, ön lisans lisans ve yüksek lisans mezunu olanlara göre yüksek bulundu. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %20,5'ini doktora mezunu sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Doktora mezunu olanların yaşam kalitelerinin diğer eğitim durumlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim durumu yaşam kalitesi açısından önemli bir kriterdir. Kişinin eğitim durumu ne kadar iyi olursa kendine olan özgüveni o denli artar ve kişi kendini dış etmenlere karşı daha iyi koruyarak yaşam kalitesinin bozulmasını ya da azalmasını engellemiş olur. Perim'in (2007) sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı araştırmada eğitim seviyesinin yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna varılmıştır. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu'nun (2011) yaşam kalitesi ile ilgili yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal alan puan ortalaması azalmakta, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalaması artmaktadır. Bu sonuç araştırma sonuçlarıyla benzerlik

göstermektedir. Musaoğlu'nun (2008) yaptığı araştırmaya göre genel yaşam kalitesi eğitim düzeyi doktora olanların daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Tek başına evde yaşayanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, aile, lojman ve arkadaşlarıyla yaşayanlara göre yüksek bulundu. Tek başına evde yaşayanların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olması bireysel olan kişilerin yaşam kalitelerini arttırdığı gerçeğini desteklemektedir. Çünkü yalnız yaşayan insanlar dinlenmeye, gzmeye, kendini dinlemeye, kendine vakit ayırmaya ve bunun gibi şeylere daha fazla zaman ayırabilir ve bu durum da kişinin yaşam kalitesi gelişir. Araştırma sonuçlarının aksine Gülmez'in (2013) çalışmasında ailesiyle birlikte yaşayanların yaşam kalitesi psikolojik, sosyal ve çevresel alan puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Geliri giderinden fazla olanların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanlara göre yüksek bulundu. Koçoğlu ve Akın'ın çalışmasında (2009) gelir durumu artıkça yaşam kalitesi fiziksel ve mental alan puan ortalamaları artmaktadır. Gelir durumunun iyi olması yaşam kalitesiyle de doğru orantılıdır. Kişinin gelir durumu ne kadar yüksekse imkanları da o kadar iyi olur ve kişi istediği sosyal ve fiziksel aktiviteyi daha kolay gerçekleştirebilir. Şahin ve arkadaşlarının (2014) yaşam kalitesiyle ilgili yaptıkları çalışmada gelir durumunun yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Aras ve Uskun'un (2015) çalışmasında ekonomik düzey algısı orta ve üst düzeyde olanların ruhsal alan, çevresel alan ve sosyal alan puan ortalamaları da yüksek bulunmuştur. Aras ve Uskun'un (2015) çalışması araştırma sonuçlarıyla benzer niteliktedir.

Doktorların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, hemşire, ebe, att ve diğer sağlık çalışanlarına göre yüksek bulundu. Araştırmaya göre doktor olanlar araştırma grubunun %21,5 ini, hemşire, ebe, att olanlar % 61,5'ini oluşturmaktadır. Bu sonuç doktorların maddi olanaklarının hemşire,ebe,att ve diğer sağlık çalışanlarından daha iyi olduğunu ve dinlenmeye, kendine zaman ayırmaya, sosyal etkinlikler yapmaya daha çok zaman ayırdıklarını düşündürmektedir.

Meslekte çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, meslekte çalışma yılı daha az olanlara göre yüksek bulundu. Meslekte çalışma yılına göre, bedensel alan puan ortalamasında fark bulunmadı. Meslekte çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların ruhsal, sosyal ve çevresel alan puan ortalamalarının meslekte çalışma yılı daha az olanlara göre yüksek bulunması meslekte çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların ruhsal yönden, olumlu duygular içinde olduklarını düşünmeye ve öğrenmeye daha çok önem verdiklerini; sosyal yönden, diğer kişilerle ilişkilerinin daha iyi olduğunu, sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırdıklarını; çevresel yönden ise, dinlenmeye daha çok önem verdiklerini, boş zamanlarını değerlendirmeye daha yatkın olduklarını ve yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları yakalamaya daha çok özen gösterdiklerini düşündürmektedir. Gülgün'ün araştırmasında (2014) 11-20 yıl arası iş tecrübesine sahip çalışanların yaşam kalitesi algılarının olumlu yönde olduğunu belirlenmiştir. Gülgün'ün araştırma sonucu çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Perim'in hemşirelerin yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı araştırmaya göre; çalışma yılının yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği sonucu bulunmuştur. Hemşirelerin hem yoğun iş temposuna sahip olmaları hem de sosyal olarak kendilerine ve ailelerine vakit ayıramamalarının bu sonucu etkilediğini ifade etmiştir (Perim, 2007). Yalçinkaya ve arkadaşları (2007) ve Metin ve Özer'in (2007) yaptıkları çalışmaya göre meslekte çalışma yılı incelendiğinde anlamlı farklar olduğunu tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalar, araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Kurumda çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların ruhsal alan puan ortalaması 1-3 yıl, 4-9 yıl ve 1 yıldan az çalışanlara göre yüksek bulundu. Kurumda çalışma yılı 4-9 yıl arasında olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, 1-3 yıl, 10 yıl ve üzeri ve 1 yıldan az çalışanlara göre yüksek bulundu. Kurumda çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların ruhsal alan puan ortalamasının daha yüksek çıkması, çalışanların kuruma alışmış olduklarını, kuruma aidiyet duygusu geliştirdiklerini ve bunun sonucundada ruhsal açıdan yaşam kalitelerinde olumlu olarak etkilendiğini göstermektedir. Raduan ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmaya göre; kurumdaki çalışma yılı arttıkça çalışma yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur.

İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasada gündüz çalışanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları gece ve gündüz+nöbet çalışanlara göre yüksektir. Ergen ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında sadece gündüz çalışan sağlık personelinin, sadece nöbet tutanlara ve hem nöbet tutup hem gündüz çalışan personele oranla bedensel ve ruhsal alan

puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulundu. Ergen ve arkadaşlarının çalışmasıyla (2010) yapılan çalışma arasında farklılıklar görülmektedir. Yapılan bir araştırma sonucuna göre; nöbet usulü çalışan sağlık çalışanlarının bıkkınlık, işe gelmede isteksizlik yaşadığı, dikkatini toplamada sorun yaşadığı ve kendilerini uyuklu hissettikleri saptanmıştır (Yüksel, 2004). Öztoprak'ın yaptığı çalışmaya (2015) göre; nöbet usulü çalışan bireylerin, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları en düşük bulunmuştur. Nöbetli çalışmak başkaları ile ilişkilerini, ev-iş gibi çevresel ortamlarını dolayısıyla kişinin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Yapılan araştırmalar araştırma sonucuyla benzerlik göstermemektedir.

Polikliniklerde çalışanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, diğer birimlerde çalışanlara göre yüksek bulundu. Polikliniklerde çalışanlar gündüz belirli saatler arasında belli bir düzen içinde çalıştıklarından, diğer sağlık çalışanlarına göre dinlenmeye, kendine ve ailesine daha fazla vakit ayırdığı, gündelik işlerini yürütebilmede daha başarılı olduklarını, öğrenmeye ve sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırabildiklerini düşündürmektedir.

Çalıştığı birimi isteyerek seçenlerin ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, çalıştığı birimi isteyerek seçmeyenlere göre yüksek bulundu. Bu sonuç çalıştığı birimi isteyerek seçenlerin istediği birimde çalıştıklarından dolayı ruhsal yönden olumlu duygular içinde olduğunu, benlik saygılarının yüksek olduğunu, yeni bilgi ve beceri edinebilme yönünden daha etkin olduklarını düşündürmektedir. Ay ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmaya göre; birimi isteyerek seçenlerin ruhsal ve çevresel alan puan ortalamaları birimi isteyerek seçmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç araştırma sonucunu desteklemektedir. Aras ve Uskun'un (2015) yaptıkları çalışmaya göre birimde çalışma süresi arttıkça çevresel alan ve sosyal alan puan ortalamaları da yüksek bulunmuştur.

Mesleğini kendine çok uygun görenlerin bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları mesleğini kendine kısmen uygun ve hiç uygun görmeyenlere göre yüksek bulundu. Kişinin mesleğini kendisine çok uygun görmesi kişinin mutluluğunda doğrudan etkili olan en önemli etmenlerdendir. Bu durum kişinin hem yaşam şeklini hem de yaşam kalitesini etkilemektedir. Kendine uygun meslek seçmiş olanların; mesleğinde yükselme konusunda daha

azimli oldukları ve sonuca daha hızlı ulaşabildiklerini böylece hem mutlu hem de daha verimli çalışabildikleri düşünülmektedir.

Mesleğini isteyerek seçenlerin ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, mesleğini isteyerek seçmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Mesleğini isteyerek seçenler ruhsal yönden, öğrenmeye daha açık, benlik saygısı daha yüksek; sosyal yönden, diğer çalışanlarla ya da çevresindeki diğer bireylerle daha olumlu ilişkiler içinde olduğu, sosyal aktivite yönünün daha iyi olduğu; çevresel yönden ise; fiziksel güvenlik ve emniyetlerine daha fazla önem verdikleri, dinlenmeye daha çok vakit ayırdıkları ve boş zamanlarını daha iyi değerlendirebildiklerini düşündürmektedir. Altay ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmaya göre sağlık mesleğini kendi istekleri dışında seçenlerin duygusal tükenmişliklerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Günlük iş yükünü az görenlerin ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, iş yükünü çok fazla, fazla ve normal görenlere göre yüksek bulundu. Günlük iş yükünü az görenlerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Litaratüre göre iş yoğunluğu arttıkça yaşam kalitesinin de olumsuz olarak değiştiği bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda günlük iş yükü arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı ve sağlık çalışanlarında tükenmişliğin arttığını ifade edilmiştir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011; Balcı ve arkadaşları, 2013).

Arkadaşlarıyla ilişkileri çok kötü, kötü ya da orta olanların bedensel alan puan ortalamaları, arkadaşları ile ilişkileri iyi ve çok iyi olanlara göre yüksek bulundu. Arkadaşları ile ilişkileri çok iyi olanların sosyal alan puan ortalaması, ilişkileri kötü, çok kötü ya da orta ve iyi diyenlere göre yüksek bulundu. Arkadaşlarıyla ilişkileri çok kötü, kötü ya da orta olanların gündelik işleri yürütebilmeye daha yatkın oldukları, daha hareketli oldukları, dinlenmeye daha çok önem verdikleri düşünülmektedir. Arkadaşlarıyla ilişkileri çok iyi olanların sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırabildiklerini düşündürmektedir. Bu sonuçlara göre arkadaş ilişkilerinin olumluluğu ya da olumsuzluğu sonucu yaşam kalitesinin etkilendiği tespit edildi. Kocaakman ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmaya göre; arkadaş ilişkilerinin sağlıklı yaşam algısını etkilediği bu durumda yaşam kalitesine etki ettiğini ifade etmiştir.

Her yıl tatil yapanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamalarının, tatil yapamayanlara, iki yılda bir tatil yapanlara, iki yıldan daha uzun sürede tatil yapanlara göre yüksek bulundu. Her yıl tatil yapan sağlık çalışanları tatilde bütün yılın yorgunluğunu atmakta, dinlenmekte ve böylece yeni bir yıla dinlenmiş bir şekilde devam etmektedirler. Böylece yaşam kaliteleri olumlu yönde etkilenmektedir. Aras ve Uskun'un (2015) yaptıkları çalışmada tatil amaçlı kullanılan izin süresinin arttıkça ruhsal alan puan ortalamasının da yüksek çıktığı bulunmuştur.

Araştırmaya göre sağlık çalışanlarının BKİ ortalaması; $22,61 \pm 2,89$ olarak tespit edildi. Bu sonuca göre araştırma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının dış görünüşe ve beden sağlığına önem verdikleri düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda da sağlık çalışanlarının BKİ değerlerinin benzer olduğu görülmektedir (Ulaş, 2008, Aksakal ve arkadaşları, 2009) BKİ 18,5 altında olanların; bedensel alan puan ortalaması, 18,5-24,9 ve 25-29,9 olanlara göre yüksek bulundu. BKİ 25-29,9 olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, 18,5 altı ve 18,5-24,9 arasında olanlara göre yüksek bulundu. Yapılan araştırmalar ve araştırma sonucu sağlık çalışanları fiziksel görünüşlerine önem verdiklerini ve kilolarını kontrol altında tutmaya özen göstermeye çalıştıklarını düşündürmektedir.

Kronik hastalığı olanların sosyal alan puan ortalaması, kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek bulundu. Sağlık çalışanlarının kronik hastalık durumuna göre bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamalarında fark bulunmadı. Bu sonuç araştırmanın yapıldığı hastane çalışanlarının sağlık durumlarına önem verdiklerini ve kendilerini olası uzun süreli rahatsızlıklardan korumaya özen gösterdiklerini düşündürmektedir.

5-8 saat arası uyuyanların ruhsal alan puan ortalaması, 9-12 saat arası ve 5 saatten az uyuyanlara göre yüksek bulundu. Bu sonuç günde 5-8 saat uyuyanların ruhsal yönden beden imgesinin ve dış görünüşlerinin daha iyi görüldüğünü ve olumlu duygular içinde olduklarını düşündürmektedir. Günaydın'ın (2014) yaptığı çalışmada uyku kalitesi ile ruhsal sağlık durumu arasında ileri derecede anlamlı ve yüksek düzeyde bir ilişki saptamıştır. Günaydın'ın çalışması (2014) araştırma sonucuyla benzerlik göstermektedir.

Fiziksel aktivite yapanların bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, fiziksel aktivite yapmayanlara göre yüksek bulundu. Kürklü'nün (2014) çalışmasında yeteri kadar fiziksel aktivite yapanların puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit etmiştir. Kürklü'nün araştırması (2014) bu çalışmayı destekler niteliktedir. Fiziksel aktivitenin önemi sağlık için büyüktür çünkü düzenli yapılan fiziksel aktiviteler; kardiyak hastalıkları, diyabet hastalığını, yüksek tansiyon problemlerini, kolon kanseri gelişmesini ve bu hastalıkların ölüm riskini azaltmaktadır. Sağlık çalışanlarının fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitesiyle değerlendirilmesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır (Kürklü, 2014).

Sigara kullanmayanların ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, sigara içenlere göre yüksek bulundu. Alkol kullananların bedensel alan puan ortalaması alkol kullanmayanlara göre yüksek bulundu. Sigara ve alkol kullanımı ciddi sağlık sorunlarının oluşmasına neden olmaktadır. Araştırma sonuçları sigara kullanmayanların ruhsal yönden, olumlu duygular içinde olduklarını, beden imgesi ve dış görünüşe önem verdiklerini; sosyal yönden, çevresiyle ilişkilerinin daha olumlu olduğunu ve sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırdıklarını; çevresel yönden, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı yakalamaya daha yatkın olduklarını, alkol kullananların ise bedensel olarak, hareketliliği daha çok sevdiklerini, uykuya dinlemeye daha çok önem verdiklerini ve keyif alma yönlerinin daha güçlü olduğunu düşündürmektedir. Kişilerin zararlı alışkanlıklardan uzak durmaları yaşam kalitelerine de olumlu olarak yansıtacağı yapılan araştırmalarla da desteklenmektedir. Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları araştırmaya göre sigara ve alkol kullananların sağlık yaşam biçimi davranışlarında anlamlı fark olduğunu saptamışlardır. Yalçinkaya ve arkadaşlarının (2007) sonuçlarıyla araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatine göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı. Yapılan çalışmalarda da haftalık çalışma saatine göre yaşam kalitesi puanlarında fark bulunmamıştır (Gülmez, 2013; Fındık ve arkadaşları, 2011).

Sağlık çalışanlarının tiyatro ve sinemaya gitme sıklığına ve üç ana öğün iki ara öğün yemek yeme durumlarına göre WHOQOL-BREF ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda belirtildi;

- Sağlık çalışanlarının %63,5'i kadın, %36,5'i erkek, yaş ortalaması $32,63 \pm 11,61$ 'dir.
- Sağlık çalışanlarının bedensel alan puan ortalaması $15,420 \pm 2,641$; ruhsal alan puan ortalaması $15,190 \pm 2,273$; sosyal alan puan ortalaması $14,690 \pm 2,916$; çevresel alan puan ortalaması $13,840 \pm 2,172$ olarak tespit edildi.
- Sağlık çalışanlarının bedensel alan puan ortalaması en yüksek, çevresel alan puan ortalaması en düşük bulundu.
- Erkek sağlık çalışanlarının bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- 40 yaş üstünde olanların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalaması, yaş grubu 24'ten küçük, 25-29, 30-34 ve 35-39 yaş arasında olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. 30-34 yaş grubunda olanların sosyal alan puan ortalaması, 24'ten küçük, 25-29 ve 35-39 yaş arasında olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi.
- Dul/boşanmış olanların ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, evli ve bekar olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Evli olanların sosyal alan puan ortalaması, bekar ve dul/boşanmış olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- İki veya daha çok çocuğu olanların ruhsal alan puan ortalaması, çocuğu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Bir çocuğu ve iki veya daha çok çocuğu olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, çocuğu olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.
- Eğitim durumu doktora olanların bedensel alan puan ortalaması, lise, ön lisans ve lisans mezunu olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Eğitim durumu doktora olanların ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, lise, ön lisans lisans ve yüksek lisans mezunu olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi.
- Tek başına evde yaşayan sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamaları, diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

- Geliri giderinden fazla olanların ve ekonomik sorun yaşamayanların bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanlara, ekonomik sorun yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- Doktorların, yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamaları, diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.
- Meslekte çalışma yılı 10 yıl ve üzerinde olanların ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, meslekte çalışma yılı 1-5 yıl arası, 6-10 yıl arası ve 1 yıldan az olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu.
- 10 yıl ve üzerinde çalışanların ruhsal alan puan ortalaması 1-3 yıl, 4-9 yıl ve 1 yıldan az çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Kurumda çalışma yılı 4-9 yıl arasında olanların sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, 1-3 yıl, 10 yıl ve üzeri ve 1 yıldan az çalışanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu.
- Polikliniklerde görev yapan sağlık çalışanlarının, yaşam kalite düzeyi, tüm alt boyutlarda, diğer kategorilere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.
- Çalıştığı birimi isteyerek seçen sağlık çalışanlarının, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, isteyerek seçmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- Mesleğini kendine çok uygun gören sağlık çalışanlarının, yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamaları, diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek bulundu.
- Mesleğini isteyerek seçenlerin ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları, mesleğini isteyerek seçmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi.
- Günlük iş yükünü az görenlerin; çok fazla, fazla ve normal görenlere göre ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulundu.
- Arkadaşlarıyla ilişkileri çok kötü, kötü ya da orta olan sağlık çalışanlarının, bedensel alan puan ortalamaları, arkadaşları ile ilişkileri iyi ve çok iyi olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Arkadaşları ile ilişkileri çok iyi olanların sosyal alan puan ortalaması, ilişkileri kötü, çok kötü ya da orta ve iyi diyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu.
- Her yıl tatil yapan sağlık çalışanlarının, yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamaları, diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.
- BKİ 18,5 altında olanların; bedensel alan puan ortalaması, 18,5-24,9 ve 25-29,9 olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu. BKİ 25-29,9 olanların sosyal alan ve

çevresel alan puan ortalamaları, 18,5 altı ve 18,5-24,9 arasında olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

- Kronik hastalığı olanların sosyal alan puan ortalaması, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- 5-8 saat arası uyuyanların ruhsal alan puan ortalaması, 9-12 saat arası ve 5 saatten az uyuyanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi.
- Fiziksel aktivite yapan sağlık çalışanlarının, yaşam kalitesinin tüm alt boyut puan ortalamaları, diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek bulundu.
- Sigara kullanmayanların sosyal alan puan ortalaması, sigara içenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Sonuç olarak; erkeklerin, doktorların, poliklinikte çalışanların, mesleğini kendine çok uygun görenlerin, her yıl tatil yapanların, fiziksel aktivite yapanların, tek başına evde yaşayanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun yaşlarının genç olması nedeniyle motivasyonlarını arttırmak adına zaman zaman çeşitli sürprizler ve sosyal etkinlikler düzenlenebilir.
- Sağlık çalışanlarının; ruhsal yönden kişiyi rahatlatabilecek ve sosyal yönden kendine daha fazla zaman ayırabilmesi için yeterli tatil süresi verilebilir.
- Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olması nedeniyle yaşam kalitelerinin olumsuz olarak etkilenmemesi için çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesi ve azaltılması için düzenlemeler yapılmalı ve çalışanların sayısı artırılmalıdır.
- Gelir durumunun yetersiz olması nedeniyle yaşanan maddi sıkıntıların önüne geçmek ve çalışanların bu açıdan yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmemesi için sağlık çalışanlarının aldıkları ücrette iyileştirmeler yapılabilir.
- Sağlık çalışanlarını istedikleri bölümlerde çalıştırılarak, ruhsal yönden kendilerini daha iyi hissetmeleri ve kuruma daha yararlı olmaları sağlanabilir.

- Fiziksel aktivite yapmayan sağlık çalışanları için, yaşam kalitelerini arttırmak adına kurumda spora teşfik edecek etkinlikler düzenlenebilir.
- Mesleğe özendirmek ve teşfik etmek adına sağlık çalışanlarının çalışma koşullarına olumlu yönde iyileştirmeler yapılabilir.
- Tek bir özel hastanede gerçekleştirilen çalışmanın daha büyük örneklem ile yeniden yapılması önerilebilir.



9. KAYNAKLAR

Adaş EB., Elbek O., Bakır K. (2008). Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-1, Türk Tabipler Birliği.

Akın Aİ. (2013). Tıp 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma Ve Depresyon. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul. [Danışman: Dr. Çağla Gülol].

Aksungur A. (2009). Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde Çalışan Ebe Ve Hemşirelerin İş Doyumu Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Ankara. [Danışman: Doç. Dr. Dilek Aslan].

Akvardar Y. (2007). Psikiyatride Yaşam Kalitesinin Yeri. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir. s:42.

Alçelik A., Deniz F., Yeşildal N., Mayda AS., Şerifi BA.(2005). AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 4(2):55-65.

Aksakal N., İlhan MN., Yüksel H., Kurtcebe Ö., Bumin MA. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Hemşire, Sağlık Memuru ve Hasta Bakıcılar da Bel Ağrısı Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi; 9(32): 38-46.

Altay B., Gönener D., Demirkıran C. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Aile Desteğinin Etkisi. Fırat Tıp Dergisi; 15(1):10-16.

Annagür B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Pskiyatriye Güncel Yaklaşımlar Dergisi; 2(2):164.

Arabacıoğlu C, (2012). Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Ahsen Şirin).

Aras D., Uskun E. (2015). Hemşirelerin Çalışma Ortamı Riskleri ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Tıp Araştırma Dergisi; 13(2):62-69.

Avcı K., Pala K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi;30(2):81-85.

Ay A., Gürkan A., Sevil Ü. (2010). Sağlık Ortamında Çalışanlarda Güvenliği Tehdit Eden Stres Etkenleri ve Başetme Yöntemleri. 2. Uluslararası Bildiriler Kongresi, Ankara. s:105-112.

Ay S., Güngör N., Özbaşaran F. (2007). Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Sosyo-Demografik Faktörler. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, s: 140.

Aybar SŞ. (2014). Özel Eğitim Merkezinde Tedavi Edilen Çocukların Anne Ve Babalarında Depresyon Ve Yaşam Kalitesinin Analizi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Programı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ümit Uğurlu).

Aydemir Hİ. (2007). Edirne İl Merkezindeki 40-59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Programı, Edirne, [Danışman: Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren].

Balcı UG., Demir Ş., Kurdal Y., Koyuncu G., Deniz Y., Tereci Ö., Mandus F., Yalçinkaya S., Öngel K. (2013). Hemşirelerde Tükenmişlik ve Yorgunluk Semptomları. Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi; 23(2): 83-87.

Bayramova N., ve Karadakovan A. (2003). Psoriasis'li Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 1(1):45-52.

Birimoğlu C. (2013). Hemşirelerin Vardiyalı Çalışma Koşulları ve Sağlığı. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi, Ankara. s:195.

Bostan S., Köse A. (2012). Hemşirelerin Hasta ve Çalışan Güvenliği Konusunda Kurumsal Uygulamaları Değerlendirmesi Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Türkiye Klinikleri J Med Ethics; 20(1):1-5.

Bozkurt N. (2003). Kaliteli Yaşamın Felsefesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi; 2(3): 18-19.

Bölükbaş N. (2003). Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 6(3).

Çakır M., Piyal B., Aycan S. (2015). Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. Ankara Med Journal; 15(4):209-219.

Çelebi E. (2015). Cerrahi Servisinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal].

Çelik HS. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu].

Çeliklek A. (2014). Kardiyoloji Ve Onkoloji Hastası Kişilerde Yaşam Doyumu, Sağlık Odaklı Yaşam Kalitesi Ve Özsaygı İlişkisi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Işıl Bilican].

Çetin G., Çelik G., Kaya FÖ., Güneş ME., Keskin H. (2012). Toplam Kalite Yönetimi Uygulamasının Yatan Hasta Memnuniyetine Etkisi: Altı Yıllık Kamu Hastanesi Deneyimi. İstanbul Tıp Dergisi-İstanbul Med J. 3(4):186-190.

Doğan T. (2006). Üniversite Öğrencilerinin İyilik Halinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi; 30:120-121.

Dünya Gazetesi, (31 Aralık 2000). Yaşam Kalitesi Konusunun Önemi Hakkında Haberinde.

Edisan Z. (2014). Tıp Etiği Açısından Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Programı, Adana, [Danışman: Yrd. Doç. Dr. Funda Gülay Kadioğlu].

Edisan Z., Kadioğlu F. (2013). Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Çağlardaki Öncüleri. Lokman Hekim Journal; 3(3).

Erat Ş., Korkmaz M., Çimen V., Yahyaoğlu G. (2011). Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesinin Motivasyona Etkisi. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimler Dergisi. 1(1): 3-5.

Erdem N., Ergüney S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesinin Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 8(3).

Ergen A., Tanrıverdi Ö., Kumbasar A., Arslan E., Atmaca D. (2010). Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Kesitsel Bir Çalışma. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul.

Erkiral C. (2014). Hemşirelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Prof. Dr. Aytolan Yıldırım].

Eryıldız D. (2008). Gündüz Hastanesi Ve Rehabilitasyon Merkezi'ne Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları İle Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik Ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması. Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Programı, İstanbul, [Danışman: Doç. Dr. Medaim Yanık].

Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H ve ark., (1999). Measure of quality of life WHOQOL- 100 and WHOQOL-Bref. 3P Dergisi; 7(EK:2):5-13.

Evren H. (2008). Trakya Üniversitesi Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları ve Sağlık Hizmeti Kullanımları. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Edirne. [Danışman: Yrd. Doç. Dr. Burcu Tokuç].

Evren H., Toku. B., Erkuklu G. (2011). Trakya Üniversitesi Öğrencilerinde Şiddet Davranışları ve Algılanan Sağlık İlişkisi. Balkan Med. Journal; 28(4):380-384.

Fındık ÜY., Erol Ö., Süt N., Motör D. (2011). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 27(3): 62-63.

Fırat R. (2005). Yaşam Kalitesi mi, Yaşam Standardı mı?. Köprü Dergisi, 90 (679), [Elektronik Dergi].

<http://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziNo=679>

Fidan D. (2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesinin Sağlık Ekonomisi İçindeki Yeri: Tercihe Dayalı Ölçekler Ve Maliyet Yararlanım. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, s.13.

Fidaner C. (2004). Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, s.2-3.

Gazetoğlu OU. (2015). Hemodiyaliz Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi (Muğla İli Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin].

Göçgeldi E., Babayiğit MA., Hassoy H., Açikel CH., Taşçı İ., Ceylan S. (2008). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi; 50(3):172-173.

Gökçe T., Dündar C. (2008). Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 15(1): 25-28.

Gülgün FE. (2014). Hemşire ve Ebelerde Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Algısı (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin].

Gülmez H. (2013). Çalışanların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Family Medicine And Primary Care; 7(4):74-82.

Günaydın N. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi. *Psiyatri Hemşireliği Dergisi*; 5(1):33-40.

Güney Z. (2014). Sağlık Yöneticilerinin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Ankara, [Danışman: Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu].

Işık MT., Köksoy S. (2011). Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde Çalışan Sağlık Personellerinin Yaşam Kalitesini Değerlendirmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi, Ankara. s: 238.

İlhan N., Batmaz M., Akhan LU. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 3(3).

İlhan MN., Durukan E., Aras E., Türkçüoğlu S., Aygün R. (2006). Long working hours increase the risk of sharp and needlestick injury in nurses: the need for new policy implication. *Journal of Advanced Nursing*; 56(5): 563-568.

İnceselli A. (2005). Çalışma Ortamında Hemşirelerin Sağlığını ve Güvenliğini Tehdit Eden Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Adana, [Danışman: Prof Dr. Z. Nazan Alparslan].

Kaçmaz N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*; 68(1):29-32.

Karadağ M., Kabasakal E., (2011). Hemşirelerin Çalışma Ortamlarında Karşılaştıkları Risklerin ve Maruziyet Sıklıklarının Belirlenmesi. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 4. Ulusal Kongresi, Ankara. s:58.

Karadakovan A. (2002). Hepatit-B Enfeksiyonu ve Koruyucu Önlemler. *Aile ve Toplum Dergisi*; 2(5).

Karademir UA.(2014). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin].

Kavlu İ., Pınar R. (2009). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Türkiye Klinikleri Journal Med. 29(6):1543-55.

Khaghanyrad E. (2014). İki Farklı Ülkede Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Erzurum , [Danışman: Yrd. Doç. Dr. Zeynep Karaman Özlü].

Kılıç R., Keklik B., (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma. İİBF Dergisi; 14(2):2-3.

Kocaakman M., Aksoy G., Eker HH. (2010). İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 17(2): 19-24.

Koçoğlu D., Akın B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi; 2(4): 145-154.

Koltarla S. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Programı, İstanbul, [Danışman: Uzm. Dr. İbrahim Ekizoğlu].

Kunduracılar Z. (2011). Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Fiziksel Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi, Ankara. s:166.

Kunduracılar Z. (2011). Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Fiziksel Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi, Ankara. s:167-168.

Kutlu R., Çivi S., Börüban MC., Demir A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi;27(3):149-153.

Kuruüzüm Z., Elmalı Z., Günay S, Gündüz Ş., Yapan Z. (2008) Sağlık Çalışanlarında Kan ve Beden Sıvılarıyla Oluşan Mesleksel Yaralanmalar: Bir Anket Çalışması. Mikrobiyoloji Bülteni; 42: 61-69.

Kürklü S., (2014). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Olası Etkilerinin İncelenmesi. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Ankara, [Danışman: Prof. Dr. Aliye Mavili Aktaş].

Metin Ö., Özer FG. (2007). Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 10 (1).

Meydanlıoğlu A. (2013). Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi; 2(3).

Musaoğlu Z. (2008). Trakya Üniversitesi Öğretim Elemanlarının Sağlıkla İlintili Yaşam Kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, [Danışman: Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren].

Müezzinoğlu T. (2005). Yaşam Kalitesi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı; 1(1).

Oğan H. (2014). Sağlık Çalışanları İçin İşçi Sağlığı ve Güvenliği. Türk Tabipler Birliği; 1:7-9.

Öksüz E., Malhan S. (2005). Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Başkent Üniversitesi, Ankara.

Özel M. (2014). Sağlık Çalışanlarında Stres ve İş Doyumu. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: : Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin].

Öztoprak S. (2015). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Prof. Dr. M. Kerem Doksat].

Öztürk Ö. (2010). Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Kontrol Gruplarıyla Karşılaştırılarak Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Programı, İzmir, [Danışman: Doç. Dr. Serpil Erermiş].

Palaz A. (2015). Çalışma Hayatında Stres ve Stresle Mücadele (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi Hemşirelik Örnekleri). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, [Danışman: Prof. Dr. Mehmet Fikret Zengin].

Parlar S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Gözardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Prev Med Bull; 7(6):547-554.

Pehlivan F. (2013). Hemodiyaliz Hastalarında Karakter Mizaç Özellikleri ve Yaşam Kalitesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Afyonkarahisar, [Danışman: Doc. Dr. Şeref Yüksel].

Perim A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp

Fakóltesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Edirne, [Danışman: Doc. Dr. Muzaffer Eskiocak].

Pınar R. (2012). Türkiye’de Hemşirelik Alanında Yaşam Kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, s:6.

Raduan CR., Beh LS., And JU., İdris K. (2006). Quality Of Work Life: İmplications Of Career Dimensions. Journal of Social Sciences: 2(2): 61-67.

Sağlıkta Buluşma Noktası. Hastanelerde Hasta ve Çalışan Güvenliği ne Boyutlarda., (<http://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=113>, Erişim Tarihi:13.03.2016).

Saygun M. (2012). Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları. TAF Preventive Medicine Bulletin;11(4); 373-382.

Selçuk KT. (2011). Yakacık’ta Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde Çalışan Ebe ve Hemşirelerde Delici-Kesici Aletlerle Yaralanma Sıklığı. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi, Ankara, s: 157.

Soycan E. (2011). Hepatit ve Hiv Enfeksiyonu Taşıyan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul. [Danışman: Yard. Doç. Dr. Hatice Yorulmaz].

Süngü A. (2009). İbn Haldun’un Eğitim Felsefesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Isparta, [Danışman: Prof. Dr. Keman Sözen].

Şahin DS.,Önal Ö., Sütü SP., Kılınç AS., Mutluay D. (2014). Acil servis ve Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütü Dergisi;2(2):81-92.

Tanrıöver Ö., Akan H. (2014). Yaşam Kalitesinin Ölçülmesinin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics; 5(3):6-8.

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

Tel H., Karadağ M., Tel H., Aydın Ş., (2003). Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamındaki Stres Yaşantıları İle Başetme Durumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 5(2).

Tokmak C., Kaplan Ç., Türkmen F. (2011). İş Koşullarının Sağlık Çalışanlarında Yol Açtığı Stres Üzerine Sivas'ta Bir Araştırma. İşletme Araştırmaları Dergisi; 3(1):49-68.

Top MŞ., Özden SY., Sevim ME., (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. Düşünen Adam; 16(1):18-23.

Torlak SE., Yavuzçehre PS. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. Çağdaş Yerel Yönetimler; 17(2):23-44.

Tosun KE. (2013). Yaşam Kalitesi Ekseninde Şekillenen Alternatif Bir Kentsel Yaşam Modeli: Yavaş Kentleşme Hareketi. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi; 32(1):215-237.

Türk Tabipler Birliği Yayınları. (2008). Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri. 1(1):9.

Ulaş B. (2008). Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, Malatya, [Danışman: Prof. Dr. Metin Fikret Genç].

Vaizoğlu Z., Güler Ç. (2011). Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşamındaki Ergonomik Tehlike ve Risklerle Sonuçları ve Önlemleri. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi, Ankara, s:179-180.

Yalçinkaya M., Özer FG., Karamanoğlu AY. (2007). Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimler Bülteni; 6(6):409-410.

Yavuz Aİ., (2014). Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nevzat Devedbakan].

Yıldırım A., Hacıhasanoğlu R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireleri Dergisi; 2(2):61-68.

Yıldırımçakar Ş. (2015). Sağlık Çalışanları ve Yaşam Kalitesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, [Danışman:Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezgin].

Yüksel İ., (2004). Çalışma Yaşamı Kalitesinin Tipik ve Atipik İstihdam Açısından İncelenmesi. Doğu Üniversitesi Dergisi; 5(1): 47-58.

World Health Organization (WHO). WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF).(http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/)

10.EKLER

Ek 1:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcılar;

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Aşağıda bu amaçla hazırlanmış bir soru formu ve ölçek bulunmaktadır. Sorulara doğru cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmada verdiğiniz bilgiler araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Desteğiniz ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Çiğdem Kıvanç

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

1) Cinsiyetiniz 1) Kadın () 2) Erkek ()

2) Yaşınız:

3) Medeni durumunuz nedir?

1) Evli () 2) Bekar () 3) Dul/Boşanmış ()

4) Evli iseniz çocuk sayınız nedir?

1) Çocuğum yok () 2) Bir () 3) İki () 4) Üç veya daha çok ()

5) Eğitim Durumunuz?

1) Lise () 2) Ön lisans () 3) Lisans () 4) Yüksek Lisans () 5) Doktora ()

6) Nerede yaşıyorsunuz?

1) Ailemle () 2) Lojmanda () 3) Arkadaşlarımla () 4) Tek başıma evde ()

7) Mesleğiniz:

8) Meslekte çalışma yılınız:

9) Kurumda çalışma yılınız:

10) Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

11) Çalışma şekliniz

1) Gündüz () 2) Gece () 3) Gündüz+Nöbet ()

12) Hangi birimde çalışıyorsunuz:

13) Çalıştığınız kurumdaki göreviniz :

14) Çalıştığınız birimi kendi isteğinizle mi seçtiniz?

1) Evet () 2) Hayır ()

15) Mesleğiniz size ne kadar uygun?

1) Çok uygun () 2) Kısmen uygun () 3) Hiç uygun değil ()

16) Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz? 1) Evet () 2) Hayır ()

17) Günlük iş yükünüzü nasıl görüyorsunuz?

1) Çok fazla () 2) Fazla () 3) Normal () 4) Az ()

18) Çalışma ortamınızda arkadaşlarınızla ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1) Çok kötü () 2) Kötü () 3) Orta () 4) İyi () 5) Çok iyi ()

19) Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1) Gelirim giderimden az ()

2) Gelirim giderime eşit ()

3) Gelirim giderimden fazla ()

20) Ekonomik sorun yaşıyor musunuz?

1) Evet () 2) Hayır ()

21) Sürekli tedavi gördüğünüz kronik fiziksel bir rahatsızlığınız var mı? Cevabınız “evet” ise ne olduğunu yazınız.

1) Evet ().....

2) Hayır ()

22) Sürekli tedavi gördüğünüz kronik psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı? Cevabınız “evet” ise ne olduğunu yazınız.

1) Evet ()..... 2)
Hayır ()

23) Boyunuz: 24) Kilonuz:

25) Tatil yapma durumunuz?

1) Yapamıyorum () 2) Her yıl () 3) İki yılda bir () 4) İki yıldan daha uzun süre ()

26) Tiyatro ve sinemaya ne sıklıkla gidersiniz?

1) Hiç gitmem () 2) Haftada bir () 3) Ayda bir ()

4) Üç ayda bir () 5) Yılda bir ()

27) Günde üç ana öğün, 2 ara öğün yemek yiyor musunuz?

1) Evet () 2) Hayır ()

28) Günlük ortalama uyku sürenizi saat olarak belirtiniz?

29) Haftada 3 gün 30-60 dakikalık bir fiziksel aktive (koşu, yüzme, futbol, basketbol, voleybol,....vb.) yapıyor musunuz?

1) Evet () 2) Hayır ()

30) Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet () 2) Hayır ()

31) Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet () 2) Hayır ()



EK 2:

WHOQOL BREF (TR)
Türkçe Ulusal Kısa Sürüm – Şubat 1999
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ RUH SAĞLIĞI PROGRAMI
CENEVRE

Her soruyu dikkatlice okuyunuz. Duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevabın rakamını yuvarlak içine alınız.

	Çok kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç Hoşnut Değil	Çok Az Hoşnut	Ne Hoşnut Ne de Değil	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz	1	2	3	4	5
4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5

5. Yaşamak tan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Son Derece
7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9. Fiziksel çevreniz ne derece sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Tamamen
10. Günlük yaşamı sürdürebilmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12. Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5

13. Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5
Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.					
	Çok Kötü	Biraz Kötü	Ne İyi Ne Kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
15. Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) becereniz nasıldır?	1	2	3	4	5
	Hiç Hoşnut Değil	Çok Az Hoşnut	Ne Hoşnut Ne de Değil	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
16. Uykunuzdan ne derece hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20. Diğer kişilerle ilişkinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23. Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24. Sağlık hizmetlerine ulaşabilme koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.					

	Hiç bir zaman	Nadiren	Ara Sıra	Çoğunlukla	Her Zaman
26. Ne sıklıkla hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
	Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Ek 3: Kurum izni

15.10.2015

T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

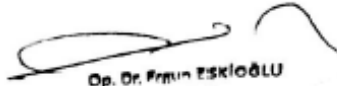
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE;

(YÜKSEK LİSANS PROGRAMI)

Okulunuz, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Sn. Çiğdem Kıvanç'ın " İstanbul'da Bir Özel Hastane'de Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi" konulu proje çalışması için hastanemiz çalışanları ile anket uygulamasına tarafımızca izin verilmiştir.

Bilgilerinize, Saygılarımla.

Op. Dr. Ergun Eskiöğlu



Op. Dr. Ergun ESKİÖĞLU
Mesul Müdür
Dip. Tescil No:49380
Özel Doğan Hastanesi
SGK Kodu: 12340345

Ek 4: Etik Kurul Onayı



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

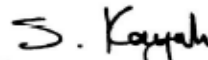
SAYI : 28
KONU: Etik Kurul İzni

14.01.2016

Sayın; Yrd. Doç. Dr. Nesrin İLHAN

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Çiğdem KIVANÇ ile planladığınız “Sağlık Çalışanlarının Yaşam Kalitesi” isimli araştırmanız kurulumuzun 14.01.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.


Prof.Dr.Eyüp Sabri KAYALI
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Çiğdem Kıvanç

Tel: 0 538 243 68 79

Doğum Tarihi : 25.05.1991

Doğum Yeri : Diyarbakır

Uyruğu : T.C.

Medeni Hali : Bekar

Eğitim Durumu :

2005-2010 Marmara Lisesi

2010 -2014 Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

09.2014- Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Adres: Fatih mh. 27 Mayıs cd. Sevde Apt. No:30 D:12 Küçükçekmece/İstanbul

E-Posta : bottik91@yahoo.com

Yabancı Diller : İngilizce (Orta Seviyede)

Deneyimler :

Mart 2013- Haziran 2013 Yaşar Hastanesi (Cerrahi Hemşiresi)

Şubat 2014 – Mart 2016 Doğan Hastanesi (Anjiyo Hemşiresi)

Mayıs 2016 - Biruni Üniversite Hastanesi (Koroner YBÜ Hemşiresi)

Seminer ve Kurslar

Temel Yaşam Desteği Eğitimi Doğan Hastanesi Kardiyoloji (20.05.2015-22.05.2015)

25. Kalp Haftası Biimsel Konferansı 2013 Katılım Sertifikası

30. Ulusal Kardiyoloji Kongresi 2014 Katılım Sertifikası

Bilgisayar Bilgisi :

* Microsoft Office Word – Excel – Powerpoint (İyi Derecede)