

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**VARDİYALI VE VARDİYASIZ ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
UYKU İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİNİN  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Esra TAŞ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

Danışman  
**Prof. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN**

**KONYA – 2012**

## ONAY

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Esra TAŞ tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: "Prof. Dr. Onur URAL"  
Selçuk Üniversitesi

İmza

Danışman: "Prof. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN"  
Necmettin Erbakan Üniversitesi

İmza

Üye: "Yrd. Doç. Dr. Fatih KARA"  
Selçuk Üniversitesi

İmza

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu ..... tarih ve ..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

İmza

"Prof. Dr. Tevfik TEKELİ"

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Vardiyalı çalışmanın sağlık üzerine pek çok olumsuz etkisi olmasına karşın vardiyalı çalışanların ve çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri arasındaki farklılığı saptamak ve hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapıldı.

Tezimin her aşamasında öneri, katkı ve her türlü bilimsel desteğini aldığım ve birlikte çalışmış olmaktan onur duyduğum danışman hocam Prof. Dr. Tahir Kemal ŞAHİN'e, çalışmada katkıda bulunan değerli hocam Uzm. Dr. Mehmet UYAR'a, bütün eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi olarak beni her zaman destekleyen, özveri ve ilgisini esirgemeyen canım aileme, özellikle tezimin hazırlanma aşamasında kardeşim Ali Osman TAŞ'a, araştırmanın uygulanmasına izin veren hastane yönetimi çalışanlarına, saymadığım emeği geçen herkese ve araştırmaya katılan tüm arkadaşlara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa</b>
ÖNSÖZ .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
ÇİZELGELER DİZİNİ .....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. İş Yaşamında Vardiyalı Çalışma.....	1
1.2. Vardiyalı Çalışmaya Gereksinim Duyulmasının Sebepleri .....	2
1.2.1. Ekonomik Nedenler .....	2
1.2.2. Sosyal Nedenler .....	3
1.2.3. Sosyo-Politik Nedenler .....	3
1.3. Vardiyalı Çalışma Sisteminin Çeşitleri.....	5
1.3.1. Sabit Vardiya Sistemi.....	5
1.3.2. İkili Vardiya Sistemi .....	6
1.3.3. Dönüşümlü (Üçlü) Vardiya Sistemi.....	6
1.3.4. Nöbet ve Çağrı ile Çalışma .....	7
1.4. Vardiyalı Çalışmanın İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri.....	7
1.4.1. Çalışanın Fiziksel Sağlığı Üzerine Etkileri .....	7
1.4.2. Çalışanın Sosyal Ve Psikolojik Sağlığı Üzerine Etkileri .....	28
1.5. Vardiyalı Çalışma İle İlgili Dünyadaki Yasal Düzenlemeler .....	30
1.6. Hemşirelik Mesleğinde Vardiyalı Çalışma İle İlgili Dünyadaki Yasal .....	
Düzenlemeler .....	32
1.7. Vardiyalı Çalışma İle İlgili Türkiye'deki Yasal Düzenlemeler .....	34
1.8. Hemşirelik Mesleğinde Vardiyalı Çalışma İle İlgili Türkiye'deki Yasal .....	
Düzenlemeler.....	41
1.9. Amaç ve Hipotezler.....	41
<b>2. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>42</b>
2.1. Araştırmanın Tipi .....	42
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	42
2.3. Araştırma Evreni .....	42
2.4. Araştırmanın Örnekleme.....	42
2.5. Veri Toplama Tekniği .....	42

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa</b>
2.6. Veri Toplama Araçları .....	43
2.7. Ön Deneme.....	43
2.8. Etik Durum.....	43
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	43
2.10. Varsayımlar .....	44
2.11. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	44
2.12. Verilerin Analizi .....	45
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>46</b>
3.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Çalışma Yaşamlarına..... İlişkin Bulgular .....	46
3.2. Hemşirelerin Vardiyalı Çalışma Durumlarına İlişkin Bulgular .....	53
3.3. Hemşirelerin Uyku ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	63
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>70</b>
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Çalışma Yaşamlarına .....	
İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	71
4.2. Hemşirelerin Vardiyalı Çalışma Durumlarına İlişkin Bulguların .....	
Değerlendirilmesi.....	72
4.3. Hemşirelerin Uyku ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların .....	
Değerlendirilmesi.....	78
<b>5. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>82</b>
<b>6. ÖZET.....</b>	<b>84</b>
<b>7. SUMMARY .....</b>	<b>85</b>
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>86</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>92</b>
EK-A. Anket Formu.....	92
EK-B. S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Kararı.....	97
EK-C. S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği İzni .....	99
<b>10. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>100</b>

<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b>	<b>Sayfa</b>
Çizelge 1.1. Uyku Evreleri.....	14
Çizelge 1.2. Uyku Bozukluklarının Nedenlerine Göre Dağılımı.....	20
Çizelge 3.1.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları.....	47
Çizelge 3.1.2. Hemşirelerin çalıştıkları vardiya tipine göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması.....	48
Çizelge 3.1.3. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları.....	49
Çizelge 3.1.4. Hemşirelerin sigara, alkol ve çay-kahve kullanım durumu.....	50
Çizelge 3.1.5. Hemşirelerin doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalık durumu ve ilaç kullanımı.....	51
Çizelge 3.1.6. Hemşirelerin tanıli hastalık durumunun yaş gruplarına göre dağılımlarının karşılaştırılması.....	51
Çizelge 3.1.7. Hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımı .....	52
Çizelge 3.2.1. Hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre cinsiyet dağılımları karşılaştırılması.....	53
Çizelge 3.2.2. Hemşirelerin tercih ettikleri vardiya tipine göre dağılımları.....	54
Çizelge 3.2.3. Hemşirelerin çalıştıkları vardiya tipine göre öğrenim durumlarının karşılaştırılması.....	54
Çizelge 3.2.4. Hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	56
Çizelge 3.2.5. Hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	58
Çizelge 3.2.6. Hemşirelerin çalıştıkları vardiya tipine göre ortalama uyku sürelerinin karşılaştırılması.....	59
Çizelge 3.2.7. Hemşirelerin çalıştıkları vardiya tipine göre ortalama uyku kalite değerlendirme puanlarının karşılaştırılması.....	59
Çizelge 3.2.8. Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları.....	61
Çizelge 3.3.1. Hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre gündüz uykululuk durumunun karşılaştırılması.....	65
Çizelge 3.3.2. Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları ile gündüz uykululuk durumunun karşılaştırılması.....	68

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EUÖ</b>	Epworth Uykululuk Ölçeği
<b>ILO</b>	Uluslararası Çalışma Örgütü
<b>UHB (ICN)</b>	Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses)
<b>SÜMTF</b>	Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
<b>VÇU</b>	Vardiyalı Çalışma Uygulaması

## 1. GİRİŞ

### 1.1. İŞ YAŞAMINDA VARDİYALI ÇALIŞMA

Tüm dünyada insanların yaklaşık %45'inin çalıştığı ve çalışan insanların hayatlarının ve günlük yaşamlarının üçte birinin çalışma ortamında geçtiği belirtilmektedir. Günlük yaşamda çalışma saatleri dışında dinlenme, eğlence ve uyku için ayrılan saatler de yer almaktadır. İnsan biyoritmi; gündüz saatlerinde bedensel, zihinsel çalışmaya, akşam ve gece saatlerinde ise dinlenme, eğlence ve uyku ile ilgili aktiviteleri yapmaya uygundur. Oysa ki, son 50 yıldır sabah 7 akşam 18 saatlerini kapsayan çalışma biçimi değişerek akşam ve gece çalışmayı da içeren çalışma biçimleri kullanılmaktadır (Ak 2007).

Günümüzde başta bilgi, iletişim ve ulaşım teknolojilerinde meydana gelen gelişmeler, yaşanan küresel ve bölgesel ekonomik krizler, çağımıza damgasını vuran küreselleşme ve beraberinde yoğun uluslararası rekabeti getirmiştir. Yaşananların sonucunda çalışma hayatı değişen koşullara uyum sağlamak amacıyla, giderek esnekleşmeyi, katı kurallı olarak bilinen normal çalışmaların dışında yeni biçim ve esasların yerini almasına neden olmuştur (Işığışok 2010, Çolak 2011). Bu gelişmeler beraberinde, işsizliği gidermek, talebi karşılamak, sosyal refahı arttırmak ve eldeki araç ve gereçten en yüksek düzeyde yararlanmak için günün 24 saati, yani vardiyalı çalışma biçimini gerekli hale getirmiştir (Baycan 2011).

İşin veya işyerinin niteliği gereği, sürekli faal durumdaki işyerlerinde, günün (veya haftanın) tüm zamanlarında, aynı günün değişik (birbirini izleyen) zaman dilimlerinde ayrı işçi gruplarının çalıştırılması biçiminde yapılan 24 saat aralıksız çalışma biçimine “vardiyalı (postalar halinde) çalışma uygulaması (VÇU)” adı verilir (Barton ve ark 1995a,1995b, Korkusuz 2011).

Bir başka ifadeyle;

- Geceye yayılmış, genişletilmiş vardiyaları,
- Her 24 saat için belirlenmiş iki, üç veya dört vardiyaları ile,



- Farklı vardiyalardaki işçilerin vardiya değişimi veya sürekli olarak belirli vardiyalarda çalışmalarını içeren, normal günlük çalışma ve fazla mesai çalışmasından farklı bir takım çalışmasıdır (Baycan 2011).

## **1.2. VARDİYALI ÇALIŞMAYA GEREKSİNİM DUYULMASININ SEBEPLERİ**

Vardiya çalışması yaygın olarak ulaşım, iletişim, sağlık, güvenlik, kimya, kâğıt, cam endüstrisi gibi hizmet ya da üretimin ekonomik ve kamusal açıdan sürekliliğine gereksinim duyulan ve üretim donanımının bir an önce amorti edilmesi zorunluluğu olan sektörlerde uygulanmaktadır (Yüksel 2004).

Kimi zaman sunulan kamu hizmeti 24 saat sürekli çalışmayı ya da gecenin ileri saatlerine kadar çalışmayı gerektirebilmektedir (İncir 1998). Talebin yoğun olduğu sektörlerde vardiyalı çalışma genellikle eldeki kaynaklar ile üretim kapasitesini arttırabilmek amacı ile tercih edilmektedir. Vardiya uygulamasının tercih edilmesinin sebepleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kıran ve ark 2004):

- Ekonomik nedenler
- Sosyal nedenler
- Sosyo-politik nedenler

### **1.2.1. Ekonomik Nedenler**

Üretimin pazar ihtiyaçlarına göre arttırılması zorunluluğu; bir mala veya hizmete olan talep artışına bağlı olarak hizmet veya malın üretimini arttırmak suretiyle postalar halinde çalışmaya zorlamaktadır. Böylece, üretim arttırılarak birim başına düşen maliyet azaltılmaktadır.

Bazı üretim araçlarının teknik bakımdan sürekli kullanım zorunluluğu vardır. Örneğin kimya, cam, kâğıt gibi üretim sektörlerinde süreklilik gerekmektedir.

Ekonomik verimlilik ve daha çok kazanmak amacıyla mevcut kapasiteden daha fazla yararlanabilme düşüncesi işletmelerin kapasitelerindeki atıl, kullanılmayan güçlerin üretime katılmasını sağlamak amacıyla tercih edilmektedir. Yani üretimde kullanılan makinelerin boş bırakılmaması düşüncesinden kaynaklanır.

İş sürelerinin kısaltılması sonucu gece çalışma zorunluluğu: Sanayileşme dönemindeki çalışma sürelerinin (15-18 saat çalışma) zamanla verimi olumsuz yönde etkileyen bir unsur olarak görülmesiyle, çalışma süresini kısaltmak amacıyla vardiyalı çalışmaya geçilmiştir.

Otomasyon ve teknolojik gelişme, özellikle endüstriyel bölgelerde makinelerin üretiminin, denetim ve kontrolünün giderek daha büyük oranda kullanımını sağlamıştır.

### **1.2.2. Sosyal Nedenler**

Toplumun rahatı ve refahı için sunulan hizmetlerde süreklilik gereksinimi; çoğunluğu kamu hizmeti niteliği taşıyan emniyet, sağlık, itfaiye gibi bir çok hizmet için vardiyalı çalışma gereklidir.

Bir kısım toplumsal ihtiyaçların sadece gece süresince karşılanabilmesi: Ekmek fırınları, günlük gazete çıkaran matbaa, tiyatro, sinema gibi işler gece görülmek zorundadır.

### **1.2.3. Sosyo-politik Nedenler**

Gece çalışmasını gerektiren sebeplerden biri de sosyo-politik nedenlerdir. Bunlara örnek olarak, istihdamı arttırmak düşüncesiyle tercih edilmesini gösterebiliriz. Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkelerde yaygın olarak görülen işsizliği yok edebilmek, istihdamı arttırmak amacıyla postalar halinde çalışma gerekli görülmüştür. Özellikle emeğin yoğun, sermayenin kıt olduğu ülkelerde, yeni iş sahaları açılmadığından, işsizlikle mücadele için postalar halinde çalışma çözüm yolu olarak görülmektedir (Baycan 2011).

Sağlık sektöründe vardiyalı çalışma; hastanelerde halka kesintisiz, etkin ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunulabilmesi için hizmet kullanıcıları talebinin zamanında karşılanması, aşırı yığılmaların önlenmesi, hekimlerin hastalarına yeterince zaman ayırabilmeleri, mesai saatleri dışında uzman düzeyinde sağlık hizmeti verilmesi, dışarıya sevklerin asgariye indirilmesi, yüksek maliyetli yatırımlar gerektiren röntgen, MR, tomografi gibi ileri teknoloji ünitelerinin atıl durumdan kurtarılarak daha verimli çalıştırılması ve nitelikli sağlık çalışanlarından optimum düzeyde yararlanmak amacıyla uygulanmaktadır. Ayrıca, kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan kamu görevlilerinin, mesai saatleri içerisindeki hizmet kullanıcı sevklerinden kaynaklanan işgücü ve zaman kayıplarının önlenmesi, devlet memurlarının daha etkin ve kaliteli sağlık hizmeti alabilmeleri de VÇU'nun diğer amaçlarındandır (Sağlık bakanlığı 2002b).

Vardiya çalışmasının ağırlık kazandığı iş kolları/meslek dallarının başlıcaları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Kıran ve ark 2004) :

- Süreçleri sürekli olan üretim endüstrileri: madencilik, petrol rafinerileri, fırın, plastik, vb.
- Toplumsal hizmetler: elektrik, su, enerji, posta, iletişim, güvenlik, temizlik, gümrük, vb.
- Sağlık hizmetleri: hastane, ambulans, eczane, laboratuvar, vb.
- Gıda üretim ve işleme: çiftçilik, balıkçılık, yoğurt, peynir yapımı, vb.
- Sosyal ve toplumsal hizmetler
- Ulaşım: otobüs, tren, gemi, havayolu
- Ağırlama: otel, restoran
- Veri işleme merkezleri: finans, bankalar ve sigortacılık
- Medya: gazete, radyo, televizyon
- Alışveriş merkezleri, eğlence yerleri
- Eğitim
- Telefonla danışma merkezleri.

### **1.3. VARDİYALI ÇALIŞMA SİSTEMİNİN ÇEŞİTLERİ**

Vardiyalı çalışma sistemi mevcut ekipman ve kapasitenin kullanım düzeyinin yükseltilmesiyle doğrudan ilgilidir. Vardiyalı çalışma sistemi, kapasite kullanımını işlevleri, kendilerine tahsis edilen saatlerde yaparak, işletmenin uzun süre veya sürekli çalışmasını sağlar (Eyrenci 1989).

Vardiyalı çalışma sisteminin var olabilmesi için birden fazla çalışma ekibine ihtiyaç vardır. Her bir ekip; vardiya olarak tanımlanan belli bir süre çalışmakta, bu süre sonunda işletmeye gelen diğer ekibe işi devretmekte ve diğer ekipte işi alıp, çalışma sonunda başka bir ekibe işi devretmektedir. Böylece birden çok ekip aynı yerde, aynı işleri, kendilerine tahsis edilen saatlerde yaparak, işletmenin uzun süre veya sürekli çalışmasını sağlarlar. Çalışma gruplarının fazla olduğu işletmelerde; sabit, ikili, üçlü (dönüşümlü) vardiya çalışmasından ve nöbet ve çağrı ile çalışma (icap) şeklinde sürdürülen çalışma türlerinden söz edilebilir.

#### **1.3.1. Sabit Vardiya Sistemi**

Sabit vardiya çalışmasında, sürekli olarak gündüz, sürekli olarak öğleden sonra başlayarak gece yarısına kadar süren veya sürekli olarak gece çalışan ekipler vardır. Olağan üstü bir durum olmadıkça, çalışanlar kendi vardiyalarında çalışmak zorundadırlar. Ancak sosyal hukuk kavramının, iş hukukunda daha da belirginleşerek ortaya çıkmasını takiben, sürekli olarak gece çalışmasının; çalışanları fiziki ve psikolojik yönden olumsuz etkilemesi nedeniyle bu vardiya sisteminin günümüz uygulamasında yeri azalmıştır. Zira vardiyalı çalışanların, bu çalışma biçimine olan dirençleri, kişiden kişiye değişmektedir. Nitekim bu sistemde çalışanlarda görülen sağlık problemlerinin yoğunluğu ve aile kurumunda taşıdıkları sorumluluk nedeniyle, her çalışan yönünden farklı olabilmektedir. Diğer bir deyişle bazı vardiyalı çalışanlar, vardiyalı çalışmaya daha fazla tahammül edebilirken, diğerleri vardiyalı çalışmaya daha az tahammül etmektedirler (Korkusuz 2011).

### **1.3.2. İkili Vardiya Sistemi**

İkili vardiya programlarının uygulanması günde 8'er saatlik iki ekip şeklindedir. İşverenlerin ikili vardiyayı tercih etme nedenleri ise; çalışan işçilerin sağlığını daha az etkilemesi, işletmeye getireceği ek maliyetlerin üçlü vardiya kadar ağır olmaması, ikili vardiya programlarının kullanılmasındaki kolaylıklar ile vardiyalar arasında boş kalan zamanlarda makine ve teçhizatın bakım ve onarımının yapılabilmesidir.

### **1.3.3. Dönüşümlü (Üçlü) Vardiya Sistemi**

Dönüşümlü vardiyalı çalışmada ise ekipler, belli bir zamansal program içerisinde dönüşümlü olarak gündüz, öğleden sonra ve gece vardiyası şeklinde bir çalışma esasına göre düzenlenmiştir (İncir 1998). Bu sistem birbiri ardına üç grup halinde ekip çalıştırarak günün 24 saatini tam olarak kullanan bir çalışma sistemidir. Tüm çalışanlar, vardiya düzenlemesine göre, yasal süreyi taşımamak kaydıyla, günün her saatindeki çalışmada yerini almaktadır. Böylece çalışanlar, gerek fizik ve gerekse psişik olarak işyerinde ayrıma tabi tutulmadıkları kanaatini taşımaktadırlar (Korkusuz 2011). Kimi işletmelerde sabit ve dönüşümlü çalışma birlikte uygulanır (İncir 1998). Haftanın yedi günü vardiya uygulayan işletmeler olduğu gibi Cumartesi-Pazar veya sadece Pazar günü çalışmaya ara veren işletmeler de vardır. Bir günde üçlü vardiya kullanan ve hafta sonlarını içine alan çalışma şekline devamlı, hafta sonları çalışılmaya ara veren şekline de yarı devamlı üçlü vardiyalar denilmektedir. Üçlü vardiya sistemi ile çalışan kuruluşların karşılaştıkları sorunlar, ikili vardiya uygulayan kuruluşlara göre daha fazladır. Bu güçlüklerin başında enerji yetersizlikleri, hammadde eksiklikleri, denetim güçlükleri, iş kazalarında artış ve çalışanların ulaşım zorlukları yer almaktadır (Türkmen 1993).

Aralıksız yapılan vardiyalar, özellikle gece postaları çalışanını çok olumsuz etkilemektedir. Gerek kesintisiz üretim yapma zorunluluğundan (teknolojik ihtiyaç), gerek kamuya kesintisiz hizmet verme gereksiniminden (toplumsal yararlılık), gerekse var olan üretim donanımından daha fazla yararlanma dürtüsünden (verimlilik) kaynaklanan gece çalışması, ergonomların büyük tepkisini

çekmekte ve kamu yararı dışındaki gece çalışmalarının yasaklanmasını Uluslararası Çalışma Örgütünden (ILO) talep etmektedirler (İncir 1998).

#### **1.3.4. Nöbet ve Çağrı ile Çalışma**

Nöbet şeklindeki çalışma da daha çok sağlık, güvenlik gibi hizmet sektöründe veya askerlik hizmetinde uygulanan bir çalışma sistemidir. Belirlenen bir nöbet çizelgesine göre nöbetçi olan kişiler akşam ve gece saatlerinde çalışırlar. Çağrı üzerine yapılan çalışma ise sağlık, arıza ve bakım hizmetleri, güvenlik ve savunma hizmetleri gibi alanlarda uygulanır. Acil ve gerekli durumlarda çağrı üzerine gelip çalışma yaparlar (Güner 2010).

### **1.4. VARDİYALI ÇALIŞMANIN İNSAN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ**

Vardiyalı çalışma insanın günlük ritmini bozarak fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda gastrointestinal sistem hastalıkları, kilo değişimleri, kardiyovasküler hastalıklar, olumsuz beslenme alışkanlıkları, egzersiz eksikliği, uyku bozuklukları ve çok fazla kafein, alkol ve sigara tüketimi gibi sorunların daha fazla olduğu bulunmuştur (Leather 2000 ).

#### **1.4.1. ÇALIŞANIN FİZİKSEL SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ**

Sağlıklı yaşam koşulları, gündüz aktif yaşamayı, gece uyuyarak vücudun dinlenme ve yenileme işlemlerinin yapılmasını gerektirir (Ruggiero ve ark 2006). Bireyin günlük hayatını sürdürmesi için gün boyu vücutta bazı değişiklikler olmaktadır (Ursavaş ve Ege 2004). Vardiyalı çalışma düzeni insanın doğal ritmini etkilediğinden; uyku problemlerine, bazı hastalıklara karşı dirençsizliğe, sürekli yorgunluk, stres ve depresyona neden olabilmektedir. Devamlı olarak gece vardiyasında çalışanların sosyal yaşamdan uzak kalmaları sonucunda zamanla kendilerini yalnız hissetmeye başladıkları, bağışıklık ve sindirim sistemi düzenlerinin bozulduğu, soğuk algınlığı, grip gibi hastalıklara daha kolay yakalandıkları belirtilmektedir (Camkurt 2007).

Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerinin etkilerine bakıldığında özellikle fizyolojik etkileri öne çıkmaktadır. En sık görülen fizyolojik etkilerinden birisi uyku bozukluklarıdır. İnsan metabolizması hiçbir zaman gece çalışmasına adapte olamamakta, bu çalışma sisteminin terk edilmesinin üzerinden 10 yıl geçtikten sonra bile vücuda verdiği olumsuz etkiler devam edebilmektedir. Vardiya şeklinde ve nöbetli çalışmanın sonucu gelişen uykusuzluk, uyku düzensizlikleri ve bunun vücut sistemleri üzerine etkilerinin güçlü bir ölüm sebebi olabileceği belirtilmektedir (Müftüoğlu 2003, Berger ve Hobbs 2005, Blochowicz ve Letizia 2006).

## UYKU

Maslow'un hiyerarşik ihtiyaçlarına göre uyku önemlidir ve yeterli düzeyde uyku ihtiyacını karşılamak insanın en temel gereksinimidir. İnsan; fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanın fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı bir birey olması, bu temel gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır. Bireyin bu temel gereksinimleri karşılanamadığı zaman iyilik hali bozulur (Velioğlu 1999, Birol 2004). Uyku monoton ve pasif bir süreç değil, kendi içinde belirgin bir düzeni olan etkin ve değişken bir süreçtir (Ursavaş ve Ege 2004). Ayrıca bütün organizma için, koruyucu ve yineleyici bir işleve de sahiptir. Uyku insan yaşamında temel, vazgeçilmez etkinliklerden biri olup yeme, nefes alma ve boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (Çakırcalı 2000, Akça ve ark 2007, Eröksüz ve Karadağ 2007). Uyku; bilinç düzeyinin geriye dönüşlü değişiklikler gösterdiği, fiziksel aktivitelerin en alt düzeyde ve uyarıların algı eşiğinin yüksek olduğu periyodik süreç gösteren çevre ile iletişiminin kısmi ve geçici olarak kesilmesi durumudur (Atalay ve ark 1997, Aydın ve Özgen 1998, Akdemir ve Birol 2004). Böylelikle organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali olmasının yanında, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan bir dönemdir. Solunum, kardiyak işlev, kas tonusu, beden ısısı, hormon salgısı ve kan basıncında meydana gelen değişikliklerle birlikte, dış uyaranlara yanıt eşiğinde büyük artışla belirli, birbirinden farklı özellikleri olan evreleri, bu evrelere giriş ve kalış süreleri ile düzenli bir ritmi olan yineleyici,

kolaylıkla geri dönülebilir bir durumdur (Çakırcalı 2000, Akça ve ark 2007, Eröksüz ve Karadağ 2007). Uyku sadece fiziksel gelişim, davranış ve emosyonel gelişim üzerinde değil, aynı zamanda bilişsel işlevler, öğrenme ve dikkatle de yakından ilgilidir (Liu ve ark 2005, Şahin 2006). Erişkinlerde ise bedensel dinlenmeyi, bilgi işleme süreci, bilişsel gelişim, ruh sağlığı, sağlıklı immün fonksiyon (Liu ve ark 2005, Oginska ve Pokorski 2006, Şahin 2006), hücre yenilenmesini ve organizmanın onarımını sağlamakta, hafıza ve öğrenme sürecinde rol oynamaktadır (Ursavaş ve Ege 2004). İyi bir uyku, yaşam kalitesi ve uygun fonksiyonların durumunu belirtir. Uyku ile ilgili yapılan araştırmalarda (Carskadon ve ark 1998, Wolfson ve Carskadon 1998, Meijer ve ark 2000, LeBourgeois ve ark 2005, Alexandru ve ark 2006) yeterli uyku için önemli olan iki kriter üzerinde durulmuştur. Bunlardan biri uyku süresi, diğeri ise uyku kalitesidir. Bu kriterler; toplam uyku süresi, erken uyanma, uykuyu erteleme (uykuya dalma ve yatma zamanı arasında gecikmenin olması), uyku kalitesi, gece uyanma, kâbus görme, uyuma ve uyanma zamanlarının bozulması ve düzensiz yatma zamanlarını içermektedir (Çetin 2009).

Başka bir çalışmada uykunun nitelik ve niceliğini etkileyen özellikler incelendiğinde;

- Uykuya dalmak için geçen sürenin uzunluğu,
- Uykudan uyanma sayısı,
- Uyku süresinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Lafçı 2009).

Çevresel etkenler, çeşitli hastalıklar veya ilaçlar nedeniyle yeterli ve etkin bir uyku uyunamaması, uyku bozukluklarına, biyolojik ve fizyolojik sirkadiyen ritmin bozulmasına neden olabilir. Bireyin temel bedensel fonksiyonlarının belirli bir düzeni vardır ve günlük hayatını sürdürmesi için gün boyu vücutta bazı değişiklikler olmaktadır. İnsan vücudunda gerçekleşen biyolojik olayların belirli aralıklarla yinelenmesine “biyolojik ritm”, günlük aralıklarla yinelenmesine ise “sirkadiyen ritm” denilmektedir (Ursavaş ve Ege 2004).



Sirkadiyen ritm birbirini takip eden uyku ve uyanıklık çemberidir. Sağlıklı erişkinlerde uyku, sirkadiyen ritmin belirli bir fazında ortaya çıkmaktadır. Uyku-uyanıklık döngülerinin düzeni ile sirkadiyen ritmin düzeni, dolayısı ile doğal vücut fonksiyonlarının işleyişi arasında yakın bir ilişki vardır (Sarıcaoğlu ve ark 2005).

Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması uykunun kalitesini bozarak fiziksel ve mental işlevlerin azalmasına neden olur. Sirkadiyen ritmin en önemli düzenleyicisi ısı ve ışıktır. İnsanlar alışık oldukları saatlerde daha kolay uyurlar ve kalkma saatleri alışkanlıklarına bağlı olarak değişir. Bireyin bu durumu sirkadiyen ritmiyle uyumludur (Lafçı 2009).

Beynimizin bir ürünü olan melatonin salınımının bir sirkadiyen ritmi vardır. Melatonin beyindeki pineal salgı bezinden salgılanır (Omaç 2006). Tümör gelişimini baskılayan ve uyku veren “melatonin” hormonu, vücut tarafından normalde geceleri üretilmektedir. Işıksız bir ortamda salgılanan melatonin hormonu; sadece vücudun doğal ritmini ayarlamakla kalmayıp, aynı zamanda bağışıklığı güçlendirici etkisiyle çeşitli hastalıkları engelleme ve tümörler üzerindeki baskılayıcı etkisi ile kanserden koruma işlevi de görmektedir. Ancak, gece çalışmalarının ışıklı ortamlarda yapılıyor olması melatonin hormonunun salgılanmasını engellediğinden, gece çalışanlar bu hormonun beklenen etkilerinden yararlanamamaktadır (Bilazer ve ark 2008, Çolak 2011). Melatonin hormonunun bir başka özelliği, mevsimlere bağlı gece uzunluğu ile ilişkili olarak da salınımında gözlenen değişikliklerdir. Günlerin uzun gecelerin kısa olduğu yaz dönemlerinde melatonin salınımı daha kısa sürer. Böylece melatonin bir mevsim habercisi gibi de davranır. İnsanda, uykudan uyanmadan üç saat önce bir ışık pulsuna maruz kalma, sirkadiyen ritimde evre kaymalarına neden olur ki, bu da melatonin salgılanması ile ilişkilidir.

Bedenin uyku ve uykululuk faaliyetlerinin zamanını düzenleyen sirkadiyen ritm devreye girerek özellikle gece vardiyasında çalışanlar ve uyku problemleri olanların uyku faaliyetlerini düzenlemeye çalışır. Uyku-uyanıklık, vücut ısı dalgalanmaları, kan basıncı, yorgunluk-dinçlik, ruh durumu, stres, fiziksel ve zihinsel performans sirkadiyen ritm tarafından düzenlenmeye çalışılır.

Gece çalışanlar; bedenleri uyumak istediği saatlerde uyanık kalmak, bedenleri uyanık olmak istediğinde ise uyumaya çalışmak durumundadırlar. Bu durum, bireyin aşırı yorulmasına ve çalışma performanslarının düşmesine ve sirkadiyen ritmin değişmesine neden olur (Ruggiero ve Pezzino 2006). Bu durumun ortaya çıkmasında etken olan bir diğer neden de, hemşirelerde olduğu gibi kişilerin sürekli değişen çalışma düzeninde, vardiyalı ya da nöbet sisteminde çalışmak durumunda kalmalarıdır. Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını ve bireysel güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Wilson 2002, Yüksel 2004, ICN 2006). Vardiya sistemi ile çalışanlarda uyku sorunları meydana gelmekte olduğu ve gündüz çalışanlara göre iş sırasında 2-5 kat aşırı uyku eğilimi olduğu gözlenmiştir (Omaç 2006).

## **UYKUNUN FİZYOLOJİSİ VE PATOLOJİSİ**

Uyku, eş anlamlı olarak beynin elektriksel aktivitesini ölçen elektroensefalogram (EEG), göz hareketlerini ölçen elektrookülogram (EOG) ve kasın istirahat durumunda kasılıp gevşeme durumunu ölçen elektromiyogram (EMG) polisomnograf ile değerlendirilir. Bu değerlendirmeler uyku laboratuvarlarında gerçekleştirilir. EEG bulguları uyku ve evrelerini belirlemede kullanılır. Uyumak üzere gözleri kapamak ile tam uykuya geçmek arasındaki döneme uykuya dalmanın latent dönemi adı verilir. Bu latent dönemden sonra değişim dönemleri başlar.

## **UYKU EVRELERİ**

Yapılan araştırmalara göre uykunun iki majör evresi tanımlanmıştır.

1. Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM, Yavaş Dalga Uykusu)
2. REM-Rapid Eye Movement Uykusu (Paradoksal Uyku, Aktif Uyku)

### **Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku (NREM, Yavaş Dalga Uykusu):**

NREM uykusu hızlı göz hareketlerinin olmadığı; psikolojik ve fiziksel aktivitenin azaldığı genel uyku kavramına girer. Uykunun ilk saatlerinde görülen, derin ve dinlendirici tipteki uykudur. NREM görsel olarak değerlendirilen EEG traselerinde 4 uyku aşamasına daha ayrılır (Akdemir ve Birol 2004, Lafçı 2009):

**Evre I:** Tam uyanıklık ve uyku arasında geçiş evresidir. Uykunun ilk evresi olup uyku hafif düzeydedir. Kişi gürültü, dokunma ve diğer duyuşsal uyarılarla uyandırılabilir. Kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar. Olağan bir uyku sırasında evre I, yarım dakika ile 7 dakika arasında sürer. Uyku periyodunun %4-5'inde meydana gelir ve EEG'de alfa dalgaları gözlenir.

**Evre II:** Kişiyi rahatsız eden bir durum yoksa, hemen II. evreye geçilir. I. evreye göre daha derindir ve birey uykuya dalmıştır. Kalp ve solunum sayısı yavaş yavaş azalır. Beden ısı düşer. Kas tonusu azalmaya devam eder. Bu evre 10 ile 20 dakika arasında sürer ve uyku periyodunun %40-50'sini kapsar. EEG'deki dalgaların voltajı düşük ve frekansı yavaştır.

**Evre III:** II. evreden daha derindir. Uyuyan bireyi uyandırmak için daha güçlü uyarana gerekir ve tam uyanıklık haline gelmesi 5 dakikayı alabilir. Parasempatik sinir sistemin etkisine bağılı olarak solunum düzenli, kalp atışları yavaş, kaslar gevşek ve vücut sıcaklığı düşüktür. Protein sentezi artar. Bu evre 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun %10'unu kapsar. EEG'de düzensiz, yavaş ve yüksek dalgalar birbirini izler.

**Evre IV:** Vücudun fiziksel olarak dinlendiğı ve fizyolojik olayların geliştiğı derin uyku evresidir. Derin uyku uyunmadığında yorgunluk görülmektedir. Kalp atımı, solunum sayısı ve vücut ısı azalmış, kaslar gevşemiş, metabolizma yavaşlamıştır. Bu evrede horlama, uykuda anlamsız konuşma, uyurgezerlik ve enürezis gibi durumlar görülebilir. Bu evrede kanda somatotropin ve büyüme hormonu salgılanır. Bu durum anabolik olayların söz konusu evrede yoğun olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca bu evrede glikoz metabolizması da yavaşlamıştır. Yine bu evre sırasında uyandırılma eşiğı yüksektir. IV. evre 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun %10'unu kapsar.

Normal sağlıklı bir bireyin gece uykusu boyunca bu fazlar 4-6 kez ardı sıra tekrar eder. Genel olarak bakıldığında, uyku retiküler aktive edici sistem üzerinden kortikal aktivasyonla ilişkilidir. Non-REM'de bu sistemin inhibe olmasıyla korteks suprese olur. REM fazında sistem yeniden aktive olur, ancak duyuşsal ve motor fonksiyonlar uyanıklık haline göre göreceli olarak daha azdır (Güleç 2003, Şahin 2006).

**REM-Rapid Eye Movement Uykusu (Paradoksal Uyku, Aktif Uyku):** REM uykusu olarak adlandırılan aktif uyku döneminde, EOG kayıtlarında hızlı göz hareketleri ve hızlı beyin dalgaları gözlenir. Vücut gevşer, kalp atımı, solunum, kan basıncı ve bazal metabolizma artar, baş-boyun, kas-iskelet tonusu ve derin tendon refleksi baskılanır, gastrik sekresyon artar. Kişinin REM uykusu sırasında uyandırılması kolaydır. Bu dönem adrenerjik kontrol altındadır ve hakim mediatör norepinefrindir. Normal gece uykusunda REM uykusu periyotları ortalama her 90 dakikada bir ortaya çıkarak 5-30 dakika kadar sürer, bu periyotlardan ilki, kişi uykuya daldıktan 80-100 dakika sonra belirir. REM uykusu epizotları, uyku sırasında periyodik olarak ortaya çıkar ve genç erişkinde uyku süresinin %25 kadarını kapsar. Bu uyku dinlendirici değildir ve genellikle rüyalarla birlikte görülmektedir (Çetin 2009). Kişi aşırı derecede yorgunsa REM uyku periyotları çok kısa olur, hatta görülmeyebilir. Öte yandan, kişi gece boyunca dinlendiğinde REM uyku periyotları önemli ölçüde uzamaktadır (Güleç 2010). REM uykusu birçok özelliği ile diğer uyku evrelerinden ayrılır. Hiçbir uyku evresinde rastlanmayan hızlı göz hareketleri tek tek ya da gruplar halinde bu uyku evresinde ortaya çıkmaktadır. REM uyku evresi uyunmadığında bilişsel süreç ve hafızada bozulmalar görülmektedir. Rüyaların % 80-90'ı bu dönemde görülr. Bu evre tüm evrenin %20-25'ni kapsar (Lafçı 2009). REM uykusunda EEG'de ani olarak değişiklikler başlar, düşük amplitütlü, hızlı frekanslı boşalımalar ve uyanıklığın ilk dönemindeki özellikler görülr. REM uykusunun tonik ve fazik komponentleri vardır. Fazik dönemde göz küresi hareketleri, pupilla daralması ve genişlemesi, tonik dönemde atoni oluşur, tendon, postüral ve fleksör refleksler ileri derecede azalır ya da kaybolur. Atoni karın ve interkostal kaslarda da olacağı için, özellikle solunum güçlüğü olan hastalarda uykunun bu evresinde soluk alıp verme daha da zorlaşacaktır, bu nedenle kritik bir evredir. Bu evredeki atoni nedeniyle kişi korkulu düşlerinde koşamaz, kaçamaz ve atlayamaz (Akdemir ve Birol 2004).

**Çizelge 1.1. Uyku Evreleri**

<b>Uyku Evreleri</b>	
<b>Non REM</b>	<b>REM (Rapid Eye Movement)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Kas tonüsü azalır.</li><li>- Bazal metabolizma hızı %10-30 azalır ve vücut ısısı düşer.</li><li>- Kalp atış hızı, solunum sayısı ve arteriyel kan basıncı düşer.</li><li>- Periferik kan damarları dilate olur.</li><li>- Refleksler ortadan kalkar.</li><li>- 1. ve 2. dönemde beyin köküne 3 ve 4. dönemde kortekse kan akımı azalır.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Küçük kaslarda seyirmeler ve kas tonusu azalmıştır.</li><li>- Hızlı göz hareketleri vardır.</li><li>- Beyin metabolizması artmıştır.</li><li>- Solunum ve kalp hızı düzensizdir.</li><li>- Vücut ısısı düzenlemesinde yetersizlik vardır.</li><li>- Organize ve canlı düşlerin görüldüğü devredir ve rüyalar hatırlanır.</li><li>- Derin uykudan uyandırılması zordur.</li></ul>

(Güleç 2003, Akdemir ve Birol 2004)

## **UYKU GEREKSİNİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Nitelik olarak uyku evrelerinin tam olarak yaşanmasını, nicelik olarak da toplam bireysel uyku zamanını etkileyen etmenler şunlardır (Çakırcalı 2000, Lafçı 2009, Eröksüz ve Karadağ 2011):

### **Yaş**

Uyku örüntüleri yaşa bağlı olarak önemli ölçüde değişmektedir. Yaş bir bireyin uyku fizyolojisinin en güçlü belirleyicisidir. Yaşla birlikte en önemli değişiklikler 3 yaşından sonra, ergenlikten sonra, özellikle erkeklerde 30 yaşından sonra meydana gelir.

Yaşlara göre uyku gereksinimleri farklılık göstermektedir.

Yeni doğan bebeklerde; doğum ile birlikte bebeğin tamamen karanlık bir ortamdan ışığa maruz kaldığı bir ortama geçmesi, beslenme, soğuk ve sıcak ortamlar, ıslaklık ve sosyal ilişkiler gibi çevresel uyaranların varlığı bebeğin uyku-uyanıklık döngüsünü şekillendirici faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Yenidoğan

bebeklerin uykularının %50'sini REM evresi oluşturur ve gün içinde uyudukları süre 17 saati bulmaktadır.

Yeni yürümeye başlayan çocuklar; günde 10-14 saat uykuya ihtiyaç duyarlar. Uykunun %20-30'u REM evresidir. Rüyalar ve kâbuslar yaygındır.

Okul öncesi çocukların; günde 11 saat uyku gereksinimleri vardır. Uykunun % 20'si REM evresidir.

Okul dönemindeki çocukların; ortalama uyku süresi 10 saattir. Uykunun %20'si REM evresidir. Bu çağıdaki çocuklar genellikle sakin bir gece geçiremezler.

Adölesanlar ve genç yetişkinlerde; uyku ihtiyacı 8-10 saat olmakla birlikte uykunun %20'sini REM evresi oluşturmaktadır. Kişisel alışkanlıklar, hamilelik, günlük aktiviteler, fiziksel ve emosyonel sağlık durumu gibi faktörlere bağlı olarak genç yetişkinler, uyku gereksinimlerine göre uyku saatlerini ayarlar.

Yetişkin insanların; uyku ihtiyacı 8 saattir. Gece boyunca süren uykunun %20-25'ni REM evresi oluşturur. Uykunun 4. evresi kısadır. Buna karşılık REM dönemi sürelerinde hafif bir artış görülür.

Yaşlılarda; gece uykusunun süresi azalırken, gün içerisindeki uyuklamaların sayısı ve süresi artış göstermektedir. Uykunun %20-25'i REM evresidir. Uykunun derinliği azalır ve uyanmalar artmaya başlar.

## **Cinsiyet**

Uykuyu değerlendirmede göz önüne alınması gereken bir kriterdir. Yaşlanmayla birlikte yavaş dalga uykusu ve bütün olarak uyku etkinliği erkeklerde kadınlardan daha fazla azalır. Kadınların erkeklerden daha çok uyku sorunu belirtmelerine ve uyku ilacı almalarına karşın, kadınların erkeklerden belirgin olarak daha fazla uyudukları saptanmıştır.

## **Hastalık**

Hastalıklar fizyolojik ve psikolojik etkileriyle uyku düzenini etkiler. Bazı hastalıklar ise uyku bozuklukları ile daha yakından ilgilidir. Hastanın uyuyabilmesi için fizik konforunun sağlanması gerekir. Hasta kişi, sağlıklı bireylere göre daha fazla uykuya ihtiyaç duyar.

## **Fiziksel Faaliyet**

Gün boyunca spor yapan ve aktif olan bireylerin gece daha kolay uyuduklarına inanılır. Düzensiz yapılan egzersiz de uyku düzeninin bozulmasına neden olabilir. Sabah erken saatlerde ve yatmadan önce yapılan egzersizler uykuya bir yarar sağlamaz. Uykunun kolaylaşması için en uygun egzersiz zamanı öğleden sonra ve akşam üzeridir.

## **Emosyonel Durum**

Anksiyete, stres ve diğer emosyonel problemler uykuyu engeller ve bireyler uyandıktan sonra kendilerini dinlenmiş hissetmezler. Bu nedenle uykuyu desteklemek için yapılacaklardan biri de terapötik teknikler kullanılarak gevşemeyi sağlamaktır.

Anksiyete ve stres uykuyu iki şekilde etkiler:

1. Stres içindeki birey ihtiyacından daha az uyuma eğilimi gösterir.
2. Anksiyete ve stres nedeniyle REM miktarı azalır.

## **İlaçlar**

Bazı ilaçların kullanılması uykunun kalitesini bozduğu gibi, uyku için önerilen bazı ilaçlar da yararlarından çok yeni problemlere neden olabilir. Sedatifler, hipnotikler, antidepressan ve amfetaminler REM uykusunu etkiler. Sedatif kullananlarda iş gücü performansında azalma görülür. Hipnotikler ve benzodiazepinler uyku evrelerinin uzamasına ve ilacın kesilmesinden sonra uykusuzluğa yol açabilirler.

## **Diyet**

Kilo alma ve kilo kayıp etme durumlarının uykuyu etkilediği tespit edilmiştir. Kilo kaybı kesik kesik uyumaya ve daha erken uyanmaya neden olur. Kilo alımı ile uykuda geçen zaman artar, sabahları geç uyanmaya neden olur ve ara ara uyanmalar azalır.

## **Çevre**

Çevre bireylerin uykuya dalmasını ve uykuyu sürdürmesini etkileyen önemli etkenlerden biridir. Gürültülü ortamlarda uyku yüzeyseldir, uyku süresi azalır. Bazı insanlar uyumak için sessiz bir ortamı tercih ederken bazıları ise hafif bir müzik sesine gereksinim duyabilirler. Ses kesinlikle uykuyu etkiler. Gürültünün her şekli uyuyan kişileri uykunun her evresinde etkiler. Oda sıcaklığının 24°C'den fazla olması sık uyanmaya ve REM uykusunda azalmaya, 12°C'den düşük olması da görülen rüyaların içeriğinin olumsuz olmasına neden olarak uykunun kalitesini bozar. Bazı insanlar uyumak için karanlık ortamı tercih ederken, özellikle çocuklar loş ışıkta daha kolay uyuyabilirler.

## **Yaşam Biçimi**

Bireylerin yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler. Bireylerin çalışma şekli özellikle vardiya şeklinde ise, değişen uyku programına uyum sağlaması zordur. Gece çalışan bireylerde bir iki hafta sonrasında biyolojik saatte kayma olur.

## **Motivasyon**

Uyanık olma isteği ve dikkat uykuyu engeller. Örneğin; yorgun bir bireyin bir film veya konser izleme isteği gibi.



## **UYKUSUZLUK**

Uykunun en iyi dinlenme şekli olduğu bilinen bir gerçektir. Düzenli bir uyku uyunmadığında vücut kendini bir sonraki güne hazırlayamaz (Bonnet ve Arand 1995). Bazı araştırmacılar sürekli düzensiz çalışmaya tam alışmak için aradan 3 yıl geçmesi gerektiğini ifade ederler. Diğer bazı araştırmacılar ise uyku-uyanıklık düzensizliğine hiçbir zaman alışılmayacağını söylerler. Hangi ifade doğru olursa olsun, gece çalışanlar uyku mahrumudurlar. Yani bunların günlük uyku ortalamaları gündüz çalışanlarınkine kıyasla 2-4 saat kısadır. Üstelik gündüz uykusu hafiftir, parçalıdır ve bozulma ihtimali fazladır. Yapılan anket çalışmalarında, vardiyalı çalışanların işyerinde ortaya çıkan herhangi bir sorunu çözmeden eve döndüklerinde uykuya çabuk geçemedikleri ve uyku süresince sık sık uyandıkları bulgusu elde edilmiştir. Gece vardiyasından sonra uyumak amacı ile kullanılan uyku ilaçları her ne kadar kısa vadede kişiler üzerinde etkili olsa da, uzun vadede ciddi sağlık problemlerine neden olmaktadır. Diğer taraftan da yaşlanma ile birlikte kişilerin uyku süreleri kısalmakta ve çalışanlar gece vardiyaları sonunda sahip oldukları gündüz uykularında daha az uyumaktadırlar. Bu durumda ise vücudun uyku açığı gittikçe artmakta; yorgunluk, sağlık problemleri (Çolak 2011), bezginlik, dikkati toplayamama, ağrıya karşı duyarlılığın artması ve sinirlilik gibi durumlarla daha sık karşılaşılmaktadır. İnsanda uyku yoksunluğunda düşünce, duygu ve motivasyon alanlarında bozulma başlamaktadır. Yeterince uyumayan bireylerde fiziksel ve bilişsel çökkünlük yaşandığı bilinmektedir (Karagözoğlu ve ark 2007).

## **YORGUNLUK**

Yorgunluk gece vardiyası sonucunda oluşan fizyolojik bir sorundur. Bu yorgunluk fiziksel ve zihinsel yorgunluk olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Zihinsel yorgunluk ölçümleri nesnel olarak ölçülmemekle birlikte, iş başarımı göstergeleri üzerindeki değişiklikler bu yorgunluk derecesinin saptanmasında etkilidir (Çolak 2011). Ayrıca halsizliğin uyanıklık, konsantrasyon, yargılama, duygu durum üzerinde belirgin negatif etkileri de kaçınılmazdır (Wilson 2002, Demoss ve ark 2004, Rogers ve ark 2004, Ruggiero ve Janino 2006). Fiziksel yorgunluk ise kalp atım sayısı, oksijen tüketimi, vücut ısısı ve beyin

dalgaları gibi değerlerin ölçümü ile belirlenebilmektedir. Yapılan birçok araştırma, gece vardiyasının gündüz vardiyasından daha yorucu olduğunu ortaya koymaktadır. Gece çalışmasının daha yorucu olması bir yandan organizmanın dinlenme evresinde olmasından, öte yandan ise gündüz saatlerinde alınan uykunun yeterince dinlendirici olmamasından kaynaklanmaktadır (Çolak 2011).

Yorgunluk sübjektif bir bulgu olduğu için belirlenmesi zordur. Ancak en fazla gece vardiyasında, daha sonra öğle ve en az sabah vardiyalarında çalışanlar yorgunluğu ifade etmektedirler (Bohle ve Tilley 1989, Humm 1996, Smith ve ark 2005).

Knauth (1982); insan fizyolojisinin değişik saatlerde çalışmada duyarlı olduğunu çalışma saatlerine ayak uydurmak için sürekli bir baskı içinde olduğunu ve aynı zamanda bu değişikliklerden çok etkilenildiğini vurgulamıştır. Bu durum uzun süreli olduğunda bu tür koşulların kişide kalıcı ve büyük uyku problemlerine yol açabileceği, sinir sisteminin zedelenebileceği ve kronik yorgunluk, endişe ve depresyon gibi önemli sağlık sorunlarına sebep olabileceği belirtilmiştir (Leather 2000).

## **UYKU BOZUKLUKLARI**

İnsanların 1/3'ünden fazlasında uyku problemi olduğu bilinmektedir. Kentsel kesimde kırsal kesime oranla daha fazla uyku bozukluğu görülmektedir. Gençlerden yaşlılara gidildikçe uyku bozukluğu artmaktadır. Ayrıca kadınlar da erkeklere oranla daha fazla uyku sorunu yaşamaktadırlar. Meydana gelen uyku bozukluklarının oluşmasında hazırlayıcı durumlar arasında; depresyon, stres, yorgunluk, vb. durumlar sayılabilir (Lafçı 2009).

Günümüzde birçok insanın başlıca yakınması olan uyku bozuklukları, nedenlerine göre Çizelge 1.2'deki gibi üç ana başlıkta ele alınmaktadır:

**Çizelge 1.2. Uyku Bozukluklarının Nedenlerine Göre Dağılımı**

<b>1. Birincil (primer) Uyku Bozuklukları</b>	<b>2. Başka Bir Ruhsal Bozuklukla İlişkili Uyku Bozuklukları</b>	<b>3. Diğer Uyku Bozuklukları</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>* Dissomnialar</li><li>- Birincil insomnia</li><li>- Birincil hipersomnia</li><li>- Narkolepsi</li><li>- Solunumla ilgili uyku bozukluğu</li><li>- Sirkadiyen ritim uyku bozukluğu</li><li>- Başka türlü adlandırılmayan dissomnia</li> <li>* Parasomnialar</li><li>- Kabus bozuklukları</li><li>- Uykuda korku bozukluğu</li><li>- Uyurgezerlik</li><li>- Başka türlü adlandırılmayan parasomnia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Başka bir mental bozuklukla ilişkili insomnia</li><li>- Başka bir mental bozuklukla ilişkili hipersomnia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Genel tıbbi duruma bağlı uyku bozukluğu</li><li>- İnsomnia tipi</li><li>- Hipersomnia tipi</li><li>- Parasomnia tipi</li><li>- Karışık tip</li> <li>* Madde kullanımının yol açtığı uyku bozukluğu</li><li>- İnsomnia tipi</li><li>- Hipersomnia tipi</li><li>- Parasomnia tipi</li><li>- Karışık tip</li></ul>

### **Birincil Uyku Bozuklukları**

#### **Dissomnia**

Dissomnia, uyku süresi, miktarı, kalitesi, zamanlamasında değişmelerle karakterize, fazla uyuma, uykunun başlama ya da devamına ilişkin bozukluklar olarak tanımlanmaktadır.

a) İnsomnia (Uykusuzluk): Uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve sonlandırmaya ilişkin, dinlendirici olmayan ve en az bir ay süren uyku olarak kabul edilmektedir. Yeterince uyuyamamak ya da uyku kalitesinin yetersizliğidir. İnsomnia, bir hastalık değil, semptomdur.

b) Hipersomnia: Bir aydan uzun süren, gündüz fazla uyuma sonucu gündelik yaşamı etkileyen, ancak herhangi bir mental veya fiziksel hastalık ya da bir maddenin etkisine bağlı olmayan, gece yeterince uyunmasına karşın gündüzleri de uyumak zorunda kalma durumu hipersomnia olarak tanımlanabilir.

c) Narkolepsi: Gündüz uyuklama hali ve anormal REM dönemleri ile karakterizedir ve en az üç ay sürer. Normal uykuda 10 dakikadan kısa zamanda REM dönemine girmek narkolepsi olarak kabul edilmektedir.

d) Solunumla İlişkili Uyku Bozukluğu: Solunumla ilişkili uyku bozukluğu, uyku ile ilişkili solunum sorununun neden olduğu aşırı uyku veya insomniaya giden uyku bozukluğu ile karakterizedir. Uyku sırasında oluşan solunum sorunları apneler, hipopneler ve oksijen desatürasyonlarıdır.

-Obstrüktif Uyku Apne Sendromu: Özellikle şişmanlarda ortaya çıkar. Obstrüktif uyku apneli hastaların karakteristik yakınmaları gün içerisinde sürekli devam eden uykululuk hissi, geceleri horlama ve uyku sırasında tıkanma hissidir. Uzun dönemde hipertansiyon, kalp krizi ve serebro vasküler olaya neden olabilir.

- Merkezi Alveoler Hipoventilasyon: Belirgin apneik epizotların bulunmadığı, solunumsal anormalliğin görüldüğü veya uyku sırasında ventilasyonun azalması ile belgindir.

e) Sirkadiyen Ritim Uyku Bozukluğu: Sirkadiyen ritmin bozulması durumunda uyuma-uyanma paterninin zamanlamasında ve arzu edilen normal patern arasında arasıklık vardır.

- Gecikmeli Uyku Evresi Tipi: Normal zamanlar dışında uyuyabilmedir.

- Değişen Mesai Saatleri Tipi: Gece mesaisi ya da mesai saatlerinin sık değişmesiyle birlikte asıl uyku dönemi sırasında uykusuz ya da asıl uyanıklık dönemi sırasında uykulu değildir.

- Jet Lag Tipi: Uzun uçak seyahatlerinden sonra ortaya çıkar. Bir iki gün içinde geçer.

f) Başka Türü Adlandırılmayan Dissomnia -İdiyopatik Periyodik Bacak ve Kol Hareketleri (Nokturnal Miyoklonus): Uyku boyunca ayaklarda kasılmalarla karakterizedir.

- Restless Legs Sendromu (RLS): Rahatsız bacak olarak da bilinir. Birey uykuda bacaklarında birşeyler hissedip, ayakları oynatma ihtiyacı duyar.

- Kleine-Levin Sendromu: Kişi günün 18-20 saatini uyuyarak geçirir ve uyandırmak zordur. 40 yaşından önce kendiliğinden geçer.

-Menstrasyonla İlişkili Sendrom: Premenstrual dönemde aşırı uyuma ile karakterizedir.

- Yetersiz Uyku: Uyanıklığı sağlayacak yeterli uykuyu elde etmede devamlı zorluk, gündüz uykulu olma hali ve uyanık kalmakta güçlük çekme ile karakterizedir.

- Uyku Sarhoşluğu: Kişinin uyandığında kendini sarhoş gibi hissetmesi ile karakterizedir.

## **Parasomnia**

Parasomnia, uykuda, uyku dönemiyle eş zamanlı, davranış ve fizyolojik alanlarda değişimleri kapsamaktadır.

a) **Kabus Bozukluğu:** REM döneminde kabus görüp uyanma halidir. Kişi olan biteni hatırlar. Kabus bozukluğu, her yaşta ortaya çıkabilir, en yaygın olarak 3-5 yaşları arasında görülür.

b) **Uykuda Korku Nöbeti (Povar Nocturnus):** III. ve IV. evrede ortaya çıkan büyük anksiyete ve panik halidir. Genellikle kişi ne olduğunu hatırlamaz.

c) **Uyurgezerlik (sleepwalking, somnambulizm):** Uykudan 1-2 saat sonra derin uykuda gerçekleşir. Genellikle gecenin ilk 1/3'lük bölümünde izlenir ve kişi ne olduğunu hatırlamaz. Yatağından kalkıp giyinebilir, dolaşabilir ve kendi kendine konuşabilir. Kişinin gözleri açıktır, engellerden sakınarak rahatlıkla yürüyebilir.

d) **Diğer Parasomnialar:** Gece boyunca diş gıcırdatma, uyku sırasında konuşma, uyku sırasında bireyin rüyasında karmaşık ve şiddetli davranışlar gösterme, uyku paralizisi, vb. değişik şekillerde ortaya çıkabilir.

**Başka Ruhsal Bozukluklara Bağlı Uyku Bozuklukları:** Başka ruhsal bozukluklarla ilişkili uyku bozuklukları insomnia ve hipersomnia olmak üzere iki grupta ele alınır. İnsomnia, en az bir ay süreyle gündüz uykuya dalma, uykuyu sürdürme zorluğu ve gündüz işlevselliğinde bozulmanın eklenmesi ile karakterizedir. Hipersomnia, en az bir ay süre ile hemen hergün gündüz uyku dönemleri, dönemlerin uzaması ile kendini gösteren aşırı uykulu olma halidir.

**Diğer Uyku Bozuklukları:** Genel tıbbi bir duruma bağlı uyku bozukluğu; öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerle genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik sonuçlarına bağlıdır.

## **UYKU BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ**

Tedavide şunlar yapılır (Lafçı 2009).

1. **Uyku Hijyeni:** Bireylerde belirgin ruhsal ya da organik bozukluk olmadığında uyulması gereken ilkelerdir. Önemli olan, kişinin belli bir uyku alışkanlığı edinerek bunu sürdürebilmesidir. Bu ilkeler şöyle sıralanabilir;

- Hemen ilaca sarılmamak.
- Geceleri herhangi bir nedenle geç yatılsa bile sabahları vaktinde kalkarak günlük yaşama geçmek, gündüz uyumamak.
- Akşam yemekten sonra alkol, kolalı içkiler, kahve, çay ve sigaradan kaçınmak.
- Akşam ağır yememek.
- Uyku vaktinden birkaç saat önce egzersizler yapmak, fakat uykudan hemen önce fazla yorucu hareketlerden sakınmak.
- Uyku tutmayınca uyumak için kendini zorlamamak ve başka şeyle meşgul olmak.
- Gürültüden uzak durmak.
- Oda ısısını normal tutmak (aşırı sıcak ya da aşırı soğuk olmamalı)
- Açlık uykuyu bozacağından aç yatmamak.

2. Uykuyu Bozan Nedenlerin Ortadan Kaldırılması: Uykuyu bozan primer hastalıkların tedavisi kadar, çevresel faktörlerin de ortadan kaldırılması önemlidir.

3. Uyku Bozukluklarının Fiziksel Tedavisi: Masaj, hidro ve termoterapi; örneğin sıcak ayak banyoları, elektro uyku; araçlar yardımıyla geliştirilen tedavidir.

4. Psikoterapi.

5. Farmakolojik Tedavi: İnsanda uyku yaratan maddeler ya klasik uyku ilaçlarıdır ya da gevşeme, huzur ve sakinleştirme yoluyla uykuya indirekt etkili maddelerdir.

## **KARDİYOVASKÜLER VE GASTROİNTESTİNAL BOZUKLUKLAR**

Vardiyalı çalışan kişiler gündüz yeterli derecede, kaliteli bir şekilde uyuyamamakta ve uykuya dalmakta problem yaşamaktadırlar. Uyku yoksunluğu sonucunda immün sistemin baskılandığı ve birçok probleme yol açtığı bilinmektedir (Knutsson 2003, Demoss ve ark 2004, Persson ve Madsson 2006). Gece vardiyası, biyolojik işlevleri aksatması ve hormonal dengeyi bozmasının yanı sıra beslenme düzeni ve uyku alışkanlıklarını da değiştirerek kalp-damar hastalıklarının oluşmasına dolaylı yoldan neden olmaktadır. Ayrıca, gece çalışması nevrozu olarak isimlendirilen iç daralması, hırçınlık, öfkeli, saldırganlık, aşırı duyarlılık, dikkatsizlik gibi belirtiler gösteren sinirsel yorgunluğa sebebiyet vermektedir (Çolak 2011). Değişken saatlerde, nöbetli çalışmanın sağlık üzerine etkilerine ilişkin araştırmalarda hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, derin ven trombozu ve venöz yetmezlik gibi kardiyovasküler bozukluklar, meme kanseri, kolon kanseri, diabetes mellitus, metabolik bozukluklar ve depresyon gibi hastalıkların da görülme riskini arttırdığı bildirilmektedir (Knutsson 2003, Demoss ve ark 2004, Persson ve Madsson 2006).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda vardiyalı çalışanlarda kardiyovasküler sistem ile ilgili sorunlarının %40 arttığı belirtilmektedir. Nedeni tam olarak açıklanamamakla birlikte; organizmanın biyoritminin bozulması, sosyal etkiler, stres, sigara, kafein kullanımı ve beslenme bozukluklarının etkilediği düşünülmektedir. Kalp sağlığı yaşam tarzının farklılaşmasından etkilenmektedir. Uyku, sağlıklı beslenme ve egzersiz durumunun kalp sağlığını etkilediği bilinmektedir (Bohle ve Tilley 1989, Ito ve ark 2001, Takahashi ve ark 2005).

De Backer (1984) düzensiz çalışma saatleri olan işçilerin yüksek LDL kolesterolü ve düşük HDL kolesterolü olduğunu belirtmiştir. Başka bir çalışmada, gündüz vardiyasında çalışanların gece vardiyasına geçince serum kolesterollerinde, glukoz, ürik asit ve ürin adrenalini seviyelerinde artış olduğu gözlenmiştir (Leathert 2000).



Vardiyalı çalışmak doğa dışıdır ve insan biyolojisi gece çalışmaya uygun değildir (Güner 2010). Geceleri sindirim sisteminin daha yavaş çalışması, yemek yeme saatlerinin değişmesi ile gece vardiyalarında, alışılmış beslenme düzeninden uzaklaşmakta ve bu durumda da çalışanlarda sindirim sistemi bozuklukları meydana gelmektedir. Özellikle hazımsızlık, mide yanması, mide ekşimesi, midede gaz, konstipasyon gibi şikâyetler görülmektedir (Bohle ve Tilley 1989, Assis ve ark 2002, Takahashi ve ark 2005). Gece çalışmalarında vücudun yedek güçlerini kullanmak zorunda kalması ve mide asidinin artıyor olması, bu şikâyetleri beraberinde getirmektedir. Bunun dışında gece çalışmalarında kahve tüketiminin çok fazla olması da mide rahatsızlıklarını ortaya çıkaran bir diğer nedendir (Çolak 2011). Dankert (1979) rotasyonlu vardiya sistemi ile çalışanların %30'unun sindirim sorunu yaşadığını göstermiştir. Ayrıca vardiyalı çalışanların gündüz vardiyasında çalışanlara oranla 8 kat daha fazla mide ülserine yakalandıkları belirtilmiştir (Leather 2000).

Gece çalışması veya vardiya çalışması ile kardiyovasküler ve gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili sorunların ortaya çıkmasının nedeni olarak uyku miktarı ve kalitesi, düzensiz besin alımı ve organizmanın normal fonksiyonlarını etkileyen biyolojik saatin uyum sağlama çabaları olduğu gösterilmektedir (Assis ve ark 2002).

## **KAFEİN, ALKOL ve SİĞARA KULLANIMI**

Vardiyalı çalışma yapanlarda değerlendirilmesi gereken bir diğer durum ise kafein, alkol, sigara kullanımınıdır. Kafein kişinin uyku alışkanlığını değiştirerek uyku sorunlarının ortaya çıkmasına neden olur. Özellikle akşam ve gece vardiyasında çalışanlar uykusuzluğunu giderebilmek ve çalışabilmek için kahve içimini ve sigara kullanımını arttırmaktadırlar.

Kafein çalışanların uyku alışkanlıklarını değiştirir, mide sekresyonlarını etkiler, sindirim sorunları oluşturur, kan basıncını arttırarak vücuttan sıvı atılımını hızlandırır. Az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici etki yapar, özellikle uykuya dalmayı kolaylaştırır. Ancak zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına neden olur. 2002 yılında Brezilya'da

temizlik işlerinde vardiyalı olarak çalışanlar ile yapılan bir çalışmada da günde en fazla 3-4 kahve fincanı ile alınabilecek kafein miktarının özellikle gece vardiyasında çalışanlarda 9-10 fincana kadar çıktığı, ayrıca akşam ve gece vardiyalarındaki denetim yetersiz olursa alkol alışkanlığı olan çalışanların buldukları işyerlerinde alkol aldıkları belirtilmektedir (Assis ve ark 2002, Lafçı 2009).

Vardiyalı Ve Nöbetli Çalışmanın Yol Açtığı Sağlık Sorunları (Hughes ve Stone 2004)

1. Motorlu araç kazaları
2. Kronik uykusuzluk, uyuyamama
3. Kadınlarda kolo-rektal kanser
4. İş performansında azalma
5. Hafıza ve konsantrasyonda bozukluklar
6. Duygu-durum bozuklukları (depresyon, anksiyete)
7. Kilo alma
8. İş kazaları
9. Meme kanseri (kadınlarda)
10. Kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, kardiyovasküler bozukluk)
11. Kronik böbrek yetmezliği
12. Gebelikle ilgili komplikasyonlar (erken doğum, düşük tartılı doğum, spontan düşük)
13. Diyabeti olan çalışanlarda kan şekerini düzenleyememe
14. Gastrointestinal bozukluklar (peptik ülser, sindirim bozukluğu)
15. Malign tümörler
16. Üreme bozuklukları (menstrual bozukluklar, üretkenliğin azalması)
17. Madde bağımlılığı
18. Tiroid fonksiyon bozuklukları.

## 1.4.2. ÇALIŞANIN SOSYAL VE PSİKOLOJİK SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Çoklu vardiya sisteminin bireysel bazdaki diğer sorunları ise psiko toplumsal sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal yaşamın hayat bulduğu gündüz saatlerinde çalışanların, bu yaşam içinde aktif olarak yer alamamaları, toplumsal yaşamın dinlendiği gece saatlerinde ise çalışanların işte olmaları, kişilerin kendileri dışında sahip oldukları aile yaşantılarını ve toplumsal yaşantılarını da olumsuz yönde etkilemektedir. Vardiyalı çalışanın çalışma dışı yaşamının zamansal akışıyla, toplumsal yaşantının, toplumsal etkinliklerin zamansal akışı arasındaki uyumsuzluklar, çalışanı yalnızlığa itmekte, topluma yabancılaştırmakta ve onun önüne aşılması güç engeller, sorunlar koymaktadır (Çolak 2011).

Gece çalışanlar gece uyanık kalmanın ve gündüz uyumak zorunda olmanın, dünyanın tersine bir programla çalışmanın zorluklarını da yaşamaktadırlar. Vardiyalı olarak değişik saatlerde çalışma, çalışan kişilerin sosyal yaşamlarını ve sosyal iletişimlerini de etkilemektedir. Vardiyalı çalışan işçinin ailesi, çocukları ve arkadaşları ile birlikte geçirebildiği süre, sosyal aktiviteleri ile boş zamanını ne tür etkinliklere ayırdığı, bu etkinliklerin gerçekleştirilebilmesinin ne kadar esnek olduğu büyük ölçüde işyerindeki vardiya düzenine bağlıdır. Gerek sosyal yaşantı içerisinde gerekse aile içi ilişkilerde yapılabilecek aktivitelerin birçoğu akşam saatlerinde veya hafta sonlarında düzenlenir. Ancak vardiya sisteminde değişik saatlerde çalışma kişilerin sosyal içerikli eğlence ve kültürel etkinliklere katılmalarını, sosyal iletişim aile ve arkadaş ilişkileri kurmalarını ve geliştirmelerini kısıtlayabilmektedir. Bu durum vardiyalı çalışanların kendileri için önemli olan diğer kişilerle iletişimleri azaldığı için sosyal izolasyon yaşamalarına yol açabilmektedir (Ruggiero ve Pezzino 2006). Vardiyalı çalışma sistemiyle çalışanlar kendilerini ailelerinden ve arkadaş çevrelerinden dışlanmış hissetmekte, sosyal ve aile içi rollerini yerine getirmekte güçlük yaşamaktadırlar. Vardiyalı veya nöbetli çalışan kişiler, ailenin bir üyesi ve bir çalışan olarak sahip olduğu rollerde, rol talepleri ve gereklilikler arasında sıkışma, ikilemler ve rol performansında yetersizlik duyguları yaşayabilmektedir. Ayrıca, eşleri ve çocukları ile iletişimlerinde de kopukluk söz konusudur. Çocuklar ile geçirilebilecek zamanın

kısıtlılığı, çocukların bakımı ile ilgilenememek, eş ile iletişimde sorunlar ve tartışmaların artması vardiyalı çalışanların, aile yaşantısına ilişkin ortak sorunlarından bazılarıdır. 2006 yılında Amerika’da hemşireler ile yapılan bir araştırmanın sonucunda, vardiyalı çalışanların hafta sonları ve özel günlerde çalışmasının sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Yaşanan bu olumsuz duygular çalışan kişilerin benlik saygısında azalmaya, anksiyete ve huzursuzluğa neden olabilmektedir (Pronitis 2001, Wilson 2002, Hughes ve Stone 2004, Newey ve ark 2004, Pitsopoulos ve Greenwood 2004, Çolak 2011).

Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın yol açtığı sosyal ve psikolojik sağlık sorunlarını özetlersek (Bilazer ve ark 2008);

1. Sosyal izolasyon
2. Rol performansında yetersizlik
3. Anksiyete ve huzursuzluk
4. Benlik saygısında azalma
5. Tükenmişlik sendromu
6. Duyarsızlaşma, yabancılaşma
7. İş doyumsuzluğu
8. Kişiler arası ilişkilerde (mesleki ve sosyal) zorlanma
9. Aile içi rollerde (evlilik, eş, ebeveyn, evlat, vb.) zorlanma, aile içi sorunlar
10. Çocuk yetiştirme – ebeveynlik rolünde azalma
11. Bakım vericilik rolünde azalma
12. Yorgunluk
13. Duygusal tükenme

## 1.5. VARDİYALI ÇALIŞMA İLE İLGİLİ DÜNYADAKİ YASAL DÜZENLEMELER

Modern sanayi toplumlarında vardiyalı çalışma gerekli olmakla birlikte çalışanlarda sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu nedenle, yasal düzenlemelerin yapılması gerekliliği doğmuştur. Vardiyalı çalışmanın insan sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin belirlenmesinden günümüze kadar geçen süre içinde uluslararası düzeyde pek çok düzenleme yapılmıştır (Ak 2007).

Uluslararası hukukta çeşitli sözleşmelere konu olmuş vardiyalı çalışma ile ilgili Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) (Şafak 2011) kabul ettiği ilk sözleşme, çalışma sürelerine ilişkindir. “Sanayi Kuruluşlarında Çalışma Sürelerinin Günde 8 Saat, Haftada 48 Saatle Sınırlanması Hakkında Sözleşme”, ILO tarafından 13 Haziran 1921 günü yürürlüğe konulmuştur. ILO'nun çeşitli işlerde (sanayi, ticaret, hizmet, denizcilik ve ulaşım sektörü, madencilik, vb.) uygulanmak üzere kabul ettiği sözleşmelerde de çalışma süreleri sınırlandırılmakta ve vardiyalı çalışmalarına ilişkin özel hükümler yer almaktadır (İş Sağlığı ve Güvenliği Oda Raporu 2011).

Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü'nün konu ile ilgili çalışmaları değerlendirildiğinde en geniş ve kapsamlı olanları 1990 yılında düzenlenen “Uluslararası Çalışma Örgütü Çalışma Modeli Standartları” ve 1992 yılında düzenlenen vardiyalı çalışma ve dinlenme saatlerini düzenleyen “Avrupa bölgesi çalışma saatleri standartları”dır. Her iki düzenlemede benzer maddeler yer almaktadır. Özellikle; haftalık çalışma saatinin 48 saati aşmaması, günde 11 saat dinlenme zamanı ayrılması, haftada en az 24 saat dinlenme zamanının olması, yılda en az 4 hafta ücretli izin kullanılması önemli maddelerindedir.

Konu ile ilgili olarak uluslararası düzeyde son yıllarda yapılan yasal düzenlemeler değerlendirildiğinde 4 Kasım 2003 tarihli 2003/88/EC sayılı Avrupa parlamentosu ve konseyi direktifleri vardiyalı çalışmayı tanımlamaktadır. Bu tanıma göre: “Dönüşümlü bir düzeni de içerecek şekilde, belli bir düzene göre aynı işyerinde işçilerin diğer bir işçinin yerine geçmesini sağlayan ve sürekli ya da süreksiz

olabilecek şekilde işçilerin gün ya da haftaların belli bir periyodu boyunca farklı zamanlarda çalışması ihtiyacını doğuran her türlü organizasyon vardiyalı çalışma yöntemini ifade eder”. Direktif, vardiyalı çalışmalara ilişkin esasları şöyle belirlemektedir (4 Kasım 2003 tarih ve 2003/88/EC sayılı Çalışma Sürelerinin Düzenlenmesine İlişkin AB Direktifi):

- “Üye Devletler, her bir işçi için 24 saatlik bir dönemde 11 saat asgari sürekli dinlenme süresini temin etmek için gerekli önlemleri alır” (2003/88/EC/3).

- “Üye Devletler, günlük çalışma süresi 6 saatten fazla olan her işçiye ara dinlenmesi verilmesini sağlayacak önlemleri alır. Ara dinlenmesinin süresini ve şartlarını içeren ayrıntılar toplu sözleşmelerle veya endüstrinin iki tarafı arasındaki sözleşmelerle ya da bu sözleşmelerin yapılamaması durumunda ulusal mevzuatla belirlenir” (2003/88/EC/4).

- “Üye Devletler, 11 saatlik günlük dinlenme süresine ek olarak her bir 7 günlük sürede kesintisiz asgari 24 saatlik dinlenme süresini temin etmek için gerekli önlemleri alır” (2003/88/EC/5).

- “Fazla mesai de dahil olmak üzere her bir 7 günlük ortalama çalışma süresi; 48 saati aşmaz” (2003/88/EC/6-b).

- “Gece çalışan işçiler için normal çalışma süresi, 24 saat içinde ortalama 8 saati geçmez; İş, özel tehlikeler ve ağır fiziksel ve zihinsel yükler taşıyan gece işçileri, gece çalışması yaptığı sürece 24 saat içinde 8 saatten fazla çalışmaz” (2003/88/EC/8).

- “Gece işçileri görevlendirilmelerinden önce ve sonra düzenli aralıklarla ücretsiz bir sağlık değerlendirmesine sahip olmalıdır” (2003/88/EC/9-a).

- “Gece işi icra etme hususu ile bağlantılı olarak sağlık problemleri olan gece işçileri, uygun olan durumlarda uygun oldukları gündüz işine atanmalıdır” (2003/88/EC/9-b).

Söz konusu Direktifte ayrıca, gece süresi de: “ulusal yasalarla belirlenen, her halde gece yarısı ile sabah saat 5 arası süreyi içeren ve 7 saatten az olmayan” süre olarak tanımlanmaktadır. Aynı Direktifte “gece işçisi” tanımına da yer verilmiştir:

- “Bir yandan, günlük çalışma süresinin en az 3 saati gece süresine rastlayan, diğer yandan, yıllık çalışma süresinin belirli bir kısmının gece dönemine rastlaması muhtemel olan ve bahsedilen belirli kısım ilgili üye devletlerin seçimine bağlı olarak, endüstrinin her iki tarafının görüşleri alınmasının ardından ulusal yasalar tarafından ya da toplu sözleşmeler ya da ulusal veya bölgesel düzeyde endüstrinin iki tarafı arasında sonuçlandırılan sözleşmeler tarafından tanımlanan işçilerdir”.

## **1.6. HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE VARDİYALI ÇALIŞMA İLE İLGİLİ DÜNYADAKİ YASAL DÜZENLEMELER**

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 149 sayılı Hemşirelik Personelinin çalışma koşullarının düzenlenmesi ile ilgili tavsiye kararlarında ve 157 sayılı önerisinde, hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili öneriler aşağıda yer almaktadır:

- Hemşirelik personelinin haftalık çalışma saati, o ülkedeki genel olarak diğer çalışanlar için tespit edilmiş olanlardan yüksek olmamalıdır (madde 32) .

- Çalışma saati haftada 40 saati aşmamalıdır. 40 saatten fazla çalışılan ülkelerde bu oran aşağıya çekilmelidir (madde 32).

- Günlük çalışma saati 8 saat olmalıdır ( madde 33).

- Bir çalışma günü fazla mesai dahil 12 saati aşmamalıdır (madde 33).

- Yemek ve dinlenme molaları için yeterli süre olmalıdır (madde 34).

- Çalışma programları listeleri önceden ilan edilmeli ve acil durumlar hariç bu programların dışına çıkılmamalıdır (madde 35).

- Haftalık tatil kesintisiz 48 saat olmalı 36 saatten az olmamalıdır (madde 36).

- Nöbetler arasında en az 12 saat kesintisiz dinlenme süresi olmalıdır (madde 38).

- Yıllık ücretli izinler en az 4 hafta olmalıdır (madde 39).

- Hemşirelik personelinin sağlığı ve güvenliği ile ilgili riskleri önlemek, azaltmak veya ortadan kaldırmak için bütün önlemler alınmalıdır (madde 46).

- Hemşirelik personeli düzenli olarak tıbbi kontrollerden geçirilmelidir (madde 47).

Uluslararası Çalışma Örgütü tüm üye ülkelere yukarıda belirtilen tavsiye kararlarını uygulamayı önermektedir. Bu güçlü bir yaptırımdır. Uluslararası Hemşireler Birliği de (UHB) (International Council of Nurses) (ICN) bu tavsiye kararları paralelinde hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi üzerinde önemle durmaktadır. Özellikle fazla saat ve vardiyalı çalışma ile ilgili olarak önlemlerde bulunmaktadır. Bu iki çalışma biçiminin hem hemşirenin sağlığını olumsuz etkileyeceğini, hem de bakım verdiği bireylerin sağlığını olumsuz etkileyeceğini ifade etmektedir (International Council of Nurses 2000 ).

Sağlık hizmetleri gelişmiş ülkeler hem ILO hem de UHB'nin kararlarını göz önüne alarak kendi kanunlarını çıkararak hemşirelerin sağlığını güvence altına almışlardır.

ABD 2001 yılında Hemşireleri Koruma Kanunu'nu çıkarmıştır. Buna göre; günde 8 saat veya 14 günlük çalışma periyodunda 80 saatten fazla çalışma engellenmiştir. Avustralya'da Avustralya Hemşireler Birliği 16-18 saatlik vardiyalarda çalışmayı engellemiş ve çalışma saatlerinin aşağıya çekilmesini sağlamıştır.



Avrupa Birliği ÷lkelerinde ise haftalık çalışma saati 48 saattir ve g÷nlük dinlenme s÷resi (iş dışı geçirilen zaman) birbirini takip eden 11 saattir. Haftalık dinlenme s÷resi 7 g÷nde bir kesintisiz 24 saat şeklindedir (International Council of Nurses 2007 ).

## **1.7. VARDİYALI ALIşMA İLE İLGİLİ TÜRKiYE’DEKİ YASAL DÜZENLEMELER**

Türkiye, Uluslararası alışma Örgütü’nün Avrupa Bölgesi üyesidir ve bu örgütün aldığı kararları uygulamakla yükümlüdür. Türkiye’de çalışma hayatı ile ilgili düzenlemeleri yapan ilk iş kanunu 1936 yılında çıkarılmıştır. En son kanun ise 2003 yılında çıkarılmıştır. Bu kanunda belirlenen “vardiyalı çalışma esasları” uluslararası standartlara uygun olarak düzenlenmiştir (ÇSGM, 4857 nolu iş kanunu).

Türkiye’de 2003 tarihinde çıkarılan 4857 sayılı iş kanununda vardiyalı çalışma ile ilgili hükümler aşağıdaki gibi belirtilmiştir;

Çalışma hayatında "gece" en geç saat 20.00’de başlayarak en erken saat 06.00’ya kadar geçen ve her halde en fazla on bir saat süren dönemdir.

Bazı işlerin niteliğine ve gereğine göre yahut yurdun bazı bölgelerinin özellikleri bakımından, çalışma hayatına ilişkin "gece" başlangıcının daha geriye alınması veya yaz ve kiş saatlerinin ayarlanması, yahut gün döneminin başlama ve bitme saatlerinin belirtilmesi suretiyle birinci fıkradaki hükmün uygulama şekillerini tespit etmek, yahut bazı gece çalışmalarına herhangi bir oranda fazla ücret ödenmesi usulünü koymak veya gece işletilmelerinde ekonomik bir zorunluluk bulunmayan işyerlerinde işçilerin gece çalışmalarını yasak etmek üzere yönetmelikler çıkartılabilir.

İşçilerin gece çalışmaları yedi buçuk saati geçemez.

Gece alıştırılacak işçilerin sağlık durumlarının gece çalışmasına uygun olduğu, işe başlamadan önce alınacak sağlık raporu ile belgelenir. Gece alıştırılan

işçiler en geç iki yılda bir defa işveren tarafından periyodik sağlık kontrolünden geçirilirler. İşçilerinin sağlık kontrollerinin masrafları işveren tarafından karşılanır.

Gece çalışması nedeniyle sağlığının bozulduğunu raporla belgeleyen işçiye işveren, mümkünse gündüz postasında durumuna uygun bir iş verir.

İşveren gece postalarında çalıştırılacak işçilerin listelerini ve bu işçiler için işe başlamadan önce alınan periyodik sağlık raporlarının bir nüshasını ilgili bölge müdürlüğüne vermekle yükümlüdür.

Gece ve gündüz işletilen ve nöbetleşe işçi postaları kullanılan işlerde, bir çalışma haftası gece çalıştırılan işçilerin, ondan sonra gelen ikinci çalışma haftası gündüz çalıştırılmaları suretiyle postalar sıraya konur. Gece ve gündüz postalarında iki haftalık nöbetleşme esası da uygulanabilir.

Postası değiştirilecek işçi 'kesintisiz en az on bir saat dinlendirilmeden diğer postada çalıştırılmaz' şeklinde belirtilmiştir (ÇSGM, 4857 nolu iş kanunu).

Ayrıca 2003 yılında çıkarılan kanunda kadınlarla ilgili sağlık ve güvenlik kuralları da çeşitli hükümlere bağlanmıştır.

Kadınların ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmaları ancak Yönetmelikte (K) harfi ile işaretlenmiş işler için söz konusudur (Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği md.4).

Ağır ve tehlikeli işlerde çalışabilmek için işe giriş ve işin devamı süresince en az yılda bir işe elverişli oldukları ve dayanıklı buldukları konusunda rapor alınması gerekir. Bu raporu işyeri hekimi, işçi dispanseri, SSK, sağlık ocağı, hükümet veya belediye hekimleri verebilir (İş Yasası md.26). Rapor alınmadığı takdirde yasanın 105. maddesine göre her işçi için 100 milyon TL para cezası verilir.

Kadınlar, özel günlerinde ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmaz. Bu süre ayda 5 gün olup fazlası doktor raporu ile saptanır (Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği md.6).

Gece postalarında ancak 18 yaşını doldurmuş kadınlar çalıştırılabilir (Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği md.2).

Gece çalışması her ne biçimde olursa olsun 7,5 saati aşamaz. Bu ifadeden 7,5 saatten fazla çalışma da yapılamayacağı anlaşılmaktadır (Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği md.5).

Gece çalışan kadınları işveren, ikametgâhlarına en yakın merkeze götürmekle yükümlüdür (Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği md.6).

Gece çalıştırılabilmesi için işe başlamadan önce çalışmasına engel bir durum olmadığına dair sağlık raporu alınması ve bu raporun 6 ayda bir yenilenmesi gerekir (Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği md.7).

Kadın işçinin kocası da aynı veya başka bir işyerinde çalışıyorsa, kadın işçinin isteği üzerine, gece çalışması kocasının gece çalışmasına rastlamayacak biçimde ayarlanır. Aynı işyerinde çalışan karı-kocanın aynı gece postasında çalışma talebi, olanaklar oranında karşılanır (Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği md.8).

Gece postasında çalışacak kadınların isim listeleri ilgili Bölge Çalışma Müdürlüğüne gönderilir (Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği md.10).

Vardiyalı çalışma düzenine ilişkin genel esaslar 4857 sayılı İş Kanunu'na dayalı olarak 7 Nisan 2004 tarihinde çıkarılmış olan "Postalar Halinde İşçi Çalıştırılarak Yürütülen İşlerde Çalışmalara İlişkin Özel Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" ile düzenlenmektedir. Bu usul ve esaslar, "çalışma sürelerine, gece çalışmalarına, hafta tatillerine ve ara dinlenmesine" ilişkindir. Klasik üçlü vardiya düzeni içinde vardiya grupları haftada 45, günde 7,5 saat çalışmakta, günde ½ saat mola vermekte (ara dinlenmesi) haftanın yedinci günü 24 saatten az olmamak üzere

bir gün hafta tatili yapmaktadır. Her vardiya grubu, işgününde 8 saat işyerinde kalmakta ve işini kendisini izleyen vardiya grubuna devrederek işyerini terk etmektedir. Ancak klasik üçlü vardiya düzeninin organizasyonu, vardiya gruplarının oluşturulması, çalıştıkları vardiya saatlerinin ve hafta tatili günlerinin değişimi bir dizi kurala tabidir (Şafak 2011).

4857 Sayılı İş Kanunu'na Göre Postalar Halinde (Vardiyalı) Çalışma Yönetmeliğine Göre:

1. Vardiyaların oluşturulması: Postalar Halinde İşçi Çalıştırılarak Yürütülen İşlerde Çalışmalara İlişkin Özel Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik gereğince, “nitelikleri dolayısıyla sürekli çalıştıkları için durmaksızın birbiri ardına postalar halinde işçi çalıştırılarak yürütülen işlerde posta sayısı 24 saatlik süre içinde en az üç işçi postası çalıştırılacak şekilde düzenlenir” (YÖN./4-a).

2. Gece vardiyasında çalışma süresi: Üçlü vardiya düzeninin organizasyonuna ilişkin çok önemli bir sınırlama, İş Kanunu'nun “gece süresi ve gece çalışmaları” başlıklı 69. maddesiyle getirilmektedir. Buna göre, “en geç saat 20.00'de başlayarak en erken saat 06.00'ya kadar geçen ve her halde en fazla on bir saat süren” dönem “gece” sayılmaktadır (4857/69-1). Postalar Halinde İşçi Çalıştırılarak Yürütülen İşlerde Çalışmalar İlişkin Özel Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik uyarınca, “çalışma süresinin yarısından çoğu gece dönemine rastlayan bir postanın çalışması, gece çalışması sayılır” (YÖN./7-2). İş Kanunu, “işçilerin gece çalışmaları yedi buçuk saati geçemez” hükmüne yer vermektedir (4857/69-3). Bu çerçevede “69. maddede belirtilen gece çalışmasında fazla çalışma yapılamaz” (4857/41-6). Bu durumda, 20.00-06.00 saatlerine rastlayan vardiyanın “gece vardiyasının” günlük çalışma süresi yedi buçuk saati geçemeyecek ve bu vardiyada fazla çalışma yaptırılamayacaktır.

3. Vardiyalarda çalışma süresi: Üçlü vardiya düzeninde vardiya saatleri, İş Kanunu'nda belirlenen haftalık ve günlük çalışma sürelerine uygun olarak düzenlenecektir. İş Kanunu'nun 63. maddesi ve İş Kanunu'na dayanılarak çıkarılan yönetmelik hükümleri ile getirilen genel sınırlama doğrultusunda günlük çalışma süresi her ne şekilde olursa olsun 11 saati aşamayacaktır. Ayrıca Haftalık İş

Günlerine Bölünemeyen Çalışma Süreleri Yönetmeliği, “postalar halinde çalıştırılarak yürütülen işlerde, işçi posta sayısı her bir postanın günlük çalışma süresi bu Yönetmeliğin 6. maddesinde belirtilen süreleri aşmayacak şekilde düzenlenir” hükmüne yer vermektedir. Bu durumda, gece vardiyası günde en çok 7,5 saat çalıştırılacak, diğer vardiyalar ise günde 11 saati aşmayacak şekilde düzenlenebilecektir. Ancak üretim aralıksız süreceğinden klasik üçlü vardiya düzeninde haftalık 45 saat olan çalışma süresi haftanın çalışılan 6 işgününe eşit olarak bölünmekte ve vardiya grupları günde 7,5 saat çalışmakta, ½ saat ara dinlenmesi uygulaması ile 8 saat işyerinde kalmaktadır. Yönetmelik ara dinlenmeleri konusunda da özel bir hüküm içermektedir. “Postalar halinde işçi çalıştırılarak yürütülen işlerde, işçilere, 4857 sayılı İş Kanununun 68. maddesindeki esaslar uyarınca ara dinlenmesi verilir. İşin niteliği, bir işyerinin aynı bölümündeki bütün işçilere aynı saatte ara dinlenmesi verilmesine olanak bırakmıyorsa, bu dinlenme, işçilere, gruplar halinde arka arkaya çalışma süresinin ortalarından başlayarak İş Kanunu ve bu Yönetmelikteki esaslara göre verilir” (YÖN./10).

4. Vardiya değişimleri: İş Kanunu, genel olarak vardiyalı çalışmalarda, gece süresinde çalıştırılacak vardiya grupları açısından da bir kısıtlama getirmiştir. Kanun gece ve gündüz çalışmalarının “nöbetleşe” yapılmasını öngörmektedir. Buna göre vardiyalar, “bir çalışma haftası gece çalıştırılan işçilerin, ondan sonra gelen ikinci çalışma haftası gündüz çalıştırılmaları suretiyle” sıraya konur. Ancak yine aynı hüküm, gece ve gündüz vardiyalarında iki haftalık nöbetleşme esasına da izin vermektedir (4857/69–7). Postalar Halinde İşçi Çalıştırılarak Yürütülen İşlerde Çalışmalara İlişkin Özel Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik gereğince, “Zorunluluk olmadıkça işçilerin postaları değiştirilemez, ancak 4857 sayılı İş Kanununun 69. maddesi uyarınca, gece çalışması nedeniyle sağlığının bozulduğunu raporla belgeleyen işçiye işveren, olanakların elverdiği ölçüde gündüz postasında durumuna uygun bir iş verir. İşin niteliği ve yürütümü, iş sağlığı ve güvenliği göz önünde tutularak, gece ve gündüz postalarında iki haftalık nöbetleşme esasları da uygulanabilir” (YÖN./8).

5. Vardiyalarda hafta tatili uygulaması: Üçlü vardiya düzeninin organizasyonu İş Kanunu’nun hafta tatili hükümleri ile getirilen kurallar çerçevesinde gerçekleştirilecektir. Buna göre, vardiya düzeninde “işçilere tatil

gününden önce 63. maddeye göre belirlenen iş günlerinde çalışmış olmaları koşulu ile yedi günlük bir zaman dilimi içinde kesintisiz en az yirmi dört saat dinlenme (hafta tatili) verilecektir” (4857/46–1). İş Kanunu’nda işçinin hafta tatilinin mutlaka Pazar günü olması şartı bulunmamaktadır. Postalar halinde işçi çalıştırılarak yürütülen işlerde, işçilere, haftanın bir gününde 24 saatten az olmamak üzere ve nöbetleşme yolu ile hafta tatili verilmesi zorunludur (YÖN./11).

6. Çocuk, genç ve kadın işçilere ilişkin sınırlama ve yasaklamalar: İş Kanunu, sanayiye ait işlerde 18 yaşını doldurmamış çocuk ve genç işçilerin gece çalıştırılmalarını yasaklamaktadır (4857/73–1). Çocukların, genç işçilerin ve kadın işçilerin gece süresinde ve vardiya düzeninde çalıştırılmalarının esasları İş Kanunu’na dayanılarak çıkarılan yönetmeliklerle düzenlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışması ile ilgili olarak; Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün B100THG0100014/2004 sayılı genelgesinde çalışma saatlerinin düzenlenmesi ile ilgili olarak aşağıdaki noktalara dikkat çekilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2004).

“Sağlık bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında verilmekte olan sağlık hizmetlerinin daha etkin, dengeli, kolay ulaşılabilir, kaliteli, çağın ve modern tıbbın gereklerine uygun ve halkımıza yaraşır bir düzeyde sunulması, vardiyalı sistemin temel amacıdır. Öncelikle metropollerdeki aşırı hasta yığılmasının önlenmesi ve hastanelerde 24 saat etkinliğe dayalı sağlık hizmeti verilmesinin sağlanması amacıyla vardiyalı çalışma gereklidir.”

“Ancak bir çok kurumda, vardiya hizmetlerine olan talebin illerin nüfus, ulaşım, yerel koşullar ve coğrafik özelliklere bağlı olarak belirli saatlerde en düşük düzeye indiği, saat 22:00’den sonra ise hasta başvurusunun hemen hemen hiç olmadığı belirtilmekte; bu nedenle kurumların vardiya hizmeti yönünden atıl kaldığı, personelin gereksiz olarak bu saatlerde kurumda bulunmak zorunda olduğu ve gereksiz ek maliyetlere yol açtığı bildirilerek, vardiya çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesi yönündeki talepler Valilikler tarafından Bakanlığımıza intikal ettirilmektedir.”

“Esas olarak vardiyalı çalışma sisteminde çalışma şekli ve çalışma saatlerin Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarında Vardiyalı Çalışma Uygulanmasına Dair Yönerge'nin 4., 7., ve 8. maddelerinde yer verilmiştir. Buna göre vardiyalı çalışma sisteminin nöbet usulünden farklı olarak, fazla mesai yaptırmaksızın ve bunun karşılığında izin kullanmaksızın, 7. ve 8. maddelerde belirtildiği üzere polikliniklerde birinci vardiya 08.00 ile 16.00 saatleri, ikinci vardiya 16.00 ile 24.00 saatleri, röntgen ve görüntüleme merkezlerinde ise birinci vardiya 08.00 ile 13.00 saatleri, ikinci vardiya 13.00 ile 18.00 saatleri, üçüncü vardiya ise 18.00 ile 23.00 saatleri arasında hizmet verecek şekilde düzenleneceğine yer verilmiştir.”

Diğer yandan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun konuya ilişkin “çalışma saatleri” başlıklı 99. maddesinde, memurların haftalık çalışma süresinin 40 saat olduğu, ancak özel kanunlarla yahut bu kanuna veya özel kanunlara dayanılarak çıkarılacak tüzük ve yönetmeliklerle, kurumların ve hizmetlerin özellikleri dikkate alınmak suretiyle farklı çalışma süreleri tespit olunabileceği, “günlük çalışma saatlerinin tespiti” başlıklı 100. maddesinde ise, günlük çalışmanın başlama ve bitiş saatleri ile öğle dinlenme süresi, bölgelerin ve hizmetin özelliklerine göre illerde valilikler tarafından tespit olunacağına hükmolunmuştur.

Bu bağlamda, halen vardiyalı çalışma sisteminin uygulandığı veya vardiyalı sistem uygulanmayan, ancak ihtiyaç duyulan Bakanlığımız hastanelerinde vardiyalı çalıştırılan polikliniklerdeki ikinci vardiyaya isabet eden günlük çalışma diliminin başlama ve bitiş saatlerinin, kesintisiz 8 saatlik (2368 sayılı yasa gereği muayenehanesi olmaya hekimler için kesintisi 9 saat olmak kaydıyla) bir dönemi kapsayacak şekilde ve illerde nüfus, ulaşım yerel koşullar ile coğrafik özelliklerine göre, hasta müracatlarının yoğun olduğu saatler, uzman hekim ve diğer personel durumu da dikkate alınarak illerde Valilikler tarafından belirlenmesi,

Ayrıca, vardiyalı çalıştırılan laboratuvar, röntgen ve görüntüleme ünitelerindeki çalışma düzeni ve saatlerinin de, yukarıda belirtilen esaslar ve ilgili mevzuata uygun olmak kaydıyla, poliklinikler için belirlenecek ikinci vardiya başlama ve bitiş saatlerine paralel olarak düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir.

Türkiye’de vardiyalı çalışma ile ilgili yasal düzenlemelerin, 2003 yılında çıkarılan iş kanunu ile uluslar arası düzeyde önerildiği gibi olduğu görülmektedir. Ancak en önemli konu yasal düzenlemelerin çalışma yaşamında uygulamaya geçirilmesidir (Ak 2007).

## **1.8. HEMŞİRELİK MESLEĞİNDE VARDİYALI ÇALIŞMA İLE İLGİLİ TÜRKİYEDE’Kİ DÜZENLEMELER**

Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili yasal düzenlemeler değerlendirildiğinde oldukça karmaşık bir durum olduğu görülmektedir. Bu konuyla ilgili 657 sayılı Devlet memurları kanunu ve 2003 yılında çıkan 4857 sayılı İş Kanunu vardır. Ayrıca hemşirelerin çalışması ile ilgili kanun maddeleri bulunmaktadır. Günümüzde Türkiye’de hemşireler ya devlet memuru olarak ya da özel sektörde sözleşmeli olarak çalışmaktadır. 657 sayılı kanunda haftalık çalışma süresi 40 saat olarak sınırlandırılmıştır. Ancak Sağlık Bakanlığı çıkarmış olduğu yönetmelikler ve genelgelerle hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili düzenlemeler getirmektedir. Buna göre, vardiya sistemi değil nöbet sistemi vardır. Vardiya sistemi 08-24 saatleri arasındadır. Ve sadece poliklinik ve laboratuvar hizmetlerinde çalışan hemşireler için tanımlanmıştır. Gece çalışması nöbet olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2004, Ak 2007).

## **1.9. AMAÇ ve HİPOTEZLER**

Araştırma, vardiyalı çalışmanın sağlık hizmeti veren hemşirelerin gündüz uyku durumu etkilemesi sebebiyle, vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri arasındaki farklılığı saptamak ve hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.



## **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri arasındaki farklılığı saptamak ve hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye yönelik tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

### **2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, 2010-2011 yılları arasında Eylül, Ekim, Kasım aylarında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi (SÜMTF) Hastanesi'nde uygulanmıştır.

### **2.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşireler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

### **2.4. Araştırmanın Örnekleme**

Araştırma örneklemini, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde vardiyalı ve vardiyasız çalışan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve klinikte aktif olarak çalışan 406 hemşire oluşturmuştur.

### **2.5. Veri Toplama Tekniği**

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından araştırmayı kabul eden kişilere yüz-yüze görüşme yöntemi ile bir anket formu ve bir ölçek uygulanarak elde edilmiştir.

## **2.6. Veri Toplama Araçları**

Anket formunda yer alan sorular, araştırmacı tarafından çeşitli ve çok sayıda konu ile ilgili literatür taranarak hazırlanmıştır. Yüz-yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanan anket formu (Bkz. EK-A), çalışanların sosyo-demografik özellikleri ve çalışma yaşamı özelliklerinden vardiyalı çalışma sistemini sorgulayan 26 soru ve vardiyalı çalışmanın yaşam üzerine olan etkilerinin değerlendirilmesi amaçlı 7 soru ile geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış Epworth Uykululuk Ölçeğinden oluşmaktadır.

## **2.7. Ön Deneme**

Farklı kliniklerde çalışan toplam 30 hemşireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket sorularında gerekli düzeltmeler yapılarak son şekli verilmiştir.

## **2.8. Etik durum**

Araştırmanın yürütülebilmesi için SÜMTF Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonuna proje sunulup (Tarih 28.04.2010, Sayı:2010\024) etik onay alınmıştır (Bkz. EK-B). Araştırma için kurumsal olarak SÜMTF Hastanesi Başhekimliği'nden (Bkz. EK-C) resmi izin alınmıştır. Ayrıca anket uygulanacak bireylerin sözlü onamları alınmıştır. Anket formları uygulanmadan önce katılımcılara araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında açıklamalarda bulunulup, uygulama için onayları alınmıştır.

## **2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma kapsamına, veri toplama dönemi olan üç aylık dönemde klinikte hizmet veren ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler alınmıştır. Elde edilen sonuçlar sadece SÜMTF Hastanesi ilgili personeline genellenebilir.

## 2.10. Varsayımlar

Anketlere verilen cevapların doğru olduğu, katılımcıların evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

## 2.11. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmada Epworth Uykululuk Ölçeği Skoru bağımlı değişkeni oluştururken; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çocuk durumu, eşin çalışma durumu, aylık geliri, sigara-tütün kullanımı, alkol kullanımı, günlük çay-kahve tüketimi, tanıli hastalık durumu, düzenli ilaç kullanımı, sosyal yaşantıyı etkileme durumu, uyku düzenini etkileme durumu, ruhsal açıdan etkilenme durumu, eş ile ilişkilerin etkilenme durumu, çocuk ile ilişkilerin etkilenme durumu ve sık hastalanma yakınması bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ), 1991 yılında Dr. Murray Johns tarafından geliştirilmiştir. Gündüz aşırı uyku eğilimini saptamak için kullanılan Epworth Uykululuk Ölçeği (Epworth Sleepness Scale:ESS), uykunun niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesine yönelik olarak geliştirilen, uygulama ve değerlendirmesi çok kolay ve tüm gün boyunca uykunun değerlendirilmesinde önemli bir yere sahip öz-bildirim ölçeklerindedir. Diğer öz-bildirim ölçeklerinden farklı olarak uykululuğun günlük özel durumlar ve özel zaman dilimleri içerisinde değerlendirilmesinden öte, gündüz uykululuğun genel düzeyinin ölçülmesini hedef alır. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği çalışılmış olan EUÖ genel uykululuk düzeyini değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu ve Türkiye'de uyku ve uyku bozukluklarıyla ilgili çalışmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir test olduğu belirtilmiştir (Ağargün ve ark 1996, Miletin ve Hanly 2003).

Epworth Uykululuk Ölçeğinde günlük yaşamda varolan aşağıdaki sekiz farklı durumda, uykuya dalma olasılığını en iyi ifade eden derecelendirmeyi bireyin belirtmesi istenir.

Derecelendirme:

0: uykuya dalma/uyuklama olasılığım HİÇ YOK

1: uykuya dalma/uyuklama olasılığım ÖNEMSİZ DÜZEYDE VAR

2: uykuya dalma/uyuklama olasılığım ORTA DÜZEYDE VAR

3: uykuya dalma/uyuklama olasılığım YÜKSEK DÜZEYDE VAR

**Günlük durumlar:**

1- Oturuyor ve okuyorken

2- Televizyon seyrediyorken

3- Toplantı, tiyatro vb. gibi halka açık bir yerde pasif bir şekilde otururken

4- Bir taşıtta aralıksız bir saat yolcu olarak seyahat ederken

5- Öğleden sonra şartlar uygun olduğunda dinlenme amacıyla uzandığınızda

6- Oturuyor ve birisiyle konuşuyorken

7- Alkolsüz bir öğle yemeğinden sonra sakin bir ortamda otururken

8- Trafik birkaç dakikalığına tıkanmış ve siz arabadayken

Her sorunun puanlaması 0-3 arasında olup, ölçekten alınabilecek skor 0-24 aralığındadır. Değerlendirmede her bir durum için alınan puanlar toplanır. Genel EUÖ skoru, 10 ve 10 puandan yüksekse aşırı gündüz uykuluğunun varlığından söz edilebilir (Ağargün ve ark 1996).

**2.12. Veri Analizi**

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak, SPSS 17.0 istatistik paket programı yardımıyla analizleri yapılmıştır. Kategorik veriler hemşire sayısı (n) ve yüzde (%) olarak, sürekli veriler ise aritmetik ortalama±standart sapma (ss) şeklinde özetlenip tabloleştirilmiştir. İstatistiksel ilişkinin ortaya konulmasında ki kare ( $\chi^2$ ) testi ve bağımsız gruplarda student t testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde  $p<0,05$  istatistiki olarak önemli kabul edilmiştir.

### **3. BULGULAR**

Vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri arasındaki farklılığı saptamak ve hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan bu araştırmadan elde edilen bulgular 3 bölüm halinde sunulmuştur:

1. Bölümde; Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ve çalışma yaşamlarına ilişkin bulgular
2. Bölümde; Hemşirelerin vardiyalı çalışma durumlarına ilişkin bulgular
3. Bölümde; Hemşirelerin uyku ile ilgili özelliklerine ilişkin bulgular

#### **3.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Çalışma Yaşamlarına İlişkin Bulgular**

Araştırma kapsamında yer alan 406 hemşirenin %80,0'ı (325) kadın, %20,0'ı (81) erkektir. Hemşirelerin en büyük bölümünü (%31,3) 30-35 yaş grubu oluştururken bu oranı sırasıyla (%29,1) 24 yaş ve altı, (%27,8) 25-29 yaş grubu ve (%11,8) 36 yaş ve üstü izlemektedir. Yaş ortalamaları ise  $28,3 \pm 6,5$ 'dir (min:17; max:50).

Hemşirelerin medeni durumları değerlendirildiğinde; %51,5'inin (209) evli, %44,6'sının (181) bekar ve %3,9'unun (16) dul/ayrılmış olduğu tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin öğrenim durumuna baktığımızda ise, %36,7'si (149) lise mezunu olarak ilk sırada yer almaktadır. Sonrasında %31,5 (128) oranla lisans, %28,6 (116) oranla ön lisans ve %3,2 (13) oranla yüksek lisans mezunu gelmektedir (Çizelge 3.1.1).

**Çizelge 3.1.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları.**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	81	20,0
Kadın	325	80,0
<b>Yaş Grubu</b>		
≤24	118	29,1
25-29	113	27,8
30-35	127	31,3
≥36	48	11,8
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	181	44,6
Evli	209	51,5
Dul/Ayrılmış	16	3,9
<b>Öğrenim Durumu</b>		
Lise	149	36,7
Önlisans	116	28,6
Lisans	128	31,5
Yükseklisans	13	3,2
<b>Toplam</b>	<b>406</b>	<b>100</b>

Vardiyalı çalışma yapan ve yapmayan hemşirelerin yaş ortalamaları hesaplanmıştır (Çizelge 3.1.2). Yapılan karşılaştırmalar sonucunda yaş bakımından gruplar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Vardiya çalışması yapanlar yapmayanlara göre anlamlı şekilde daha küçüktür ( $p<0,05$ ).

**Çizelge 3.1.2. Hemşirelerin çalıştıkları vardiya tipine göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması.**

<b>Vardiya durumu</b>	<b>n</b>	<b>Aritmetik Ortalama ± SS</b>	<b>t değeri</b>	<b>p değeri</b>
<b>Vardiya yapıyorum</b>	214	25,86 ± 5,29	8,747	<b>0,000</b>
<b>Vardiya yapmıyorum</b>	192	31,5 ± 6,67		

Araştırmaya katılan hemşirelerin %74,7'si çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olan hemşirelerin %50,6'sı tek, %40,5'i iki, %7,7'si üç ve % 1,2'si dört çocuğu olduğunu söylemiştir. Evli olan hemşirelerin eşlerinin çalışma oranı %87,1 olup çalışanların da %28,6'sı vardiyalı, %71,4'ü gündüz saatlerinde çalışmaktadır.

Hemşirelerin aylık gelirine baktığımızda; %43,8'i 1000 TL ve altı, %39,4'ü 1501 TL ve üstü, %16,7'si 1001-1500 TL maaş gurubu içerisinde yer almaktadır. Aylık gelirlerinin ortalaması hesaplandığında vardiya çalışması yapanların 1162,7 ± 447,8 TL, yapmayanların ise 1504,4 ± 432,5 TL olduğu hesaplanmıştır (Çizelge 3.1.3).

**Çizelge 3.1.3. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları.**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çocuğu Olma Durumu</b>		
Yok	57	25,3
Var	168	74,7
<b>Toplam</b>	225	100
<b>Çocuk Sayısı</b>		
1	85	50,6
2	68	40,5
3	13	7,7
4	2	1,2
<b>Toplam</b>	168	100
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	182	87,1
Çalışmıyor	27	12,9
<b>Toplam</b>	209	100
<b>Eşin Çalışma Şekli</b>		
Vardiyalı	52	28,6
Gündüz	130	71,4
<b>Toplam</b>	182	100
<b>Aylık Gelir (TL)</b>		
1000 ve altı	178	43,8
1001- 1500	68	16,7
1501 ve üstü	160	39,4
<b>Toplam</b>	406	100

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %32,0'nı halen sigara içtiğini, %63,8'i sigara kullanmadığını ve %4,2'si bıraktığını ifade etti.

Hemşirelerin alkol kullanımına baktığımızda; %87,4'ü alkol kullanmadığını, %12,6'sı ara sıra alkol kullandığını belirtti. Hemşirelere kendi değerlendirmelerine göre günlük ortalama tükettikleri çay-kahve miktarları sorulduğunda ise %26,4'ü yüksek, %44,1'i orta ve %29,6'si düşük düzeyde tükettiklerini ifade etti (Çizelge 3.1.4).



**Çizelge 3.1.4. Hemşirelerin sigara, alkol ve çay-kahve kullanım durumu.**

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sigara Kullanımı</b>		
İçiyor	130	32,0
İçmiyor	259	63,8
Bıraktı	17	4,2
<b>Toplam</b>	406	100
<b>Alkol Kullanımı</b>		
İçmiyor	355	87,4
Ara sıra içiyor	51	12,6
<b>Toplam</b>	406	100
<b>Çay-Kahve Tüketimi</b>		
Düşük	120	29,6
Orta	179	44,1
Yüksek	107	26,4
<b>Toplam</b>	406	100

Araştırmaya katılan hemşirelerin %19,5'nin doktor tarafından konulmuş tanıli bir hastalığı bulunmaktadır (Çizelge 3.1.5). Bu hastalıkların görülme oranları %2,7 akciğer sorunları, %2,5 gastrit-ülser, %2,2 fitik (bel-boyun), %2,0 HT, %1,7 anemi, %0,7 varis (venöz yetmezlik) ve %0,2 psikiyatrik sorunlar şeklinde sıralanmaktadır.

Düzenli ilaç kullanan hemşirelerin oranı ise %10,3'tür (42) (Çizelge 3.1.5). Bu hemşirelerin kullandığı ilaçların oranları ise %1,5 Hipertansiyon ilacı, %1,5 antidepresan, %1,2 antiasit, %1,2 vazodilatör / bronkodilatör ve %0,8 ağrı kesici şeklindedir.

**Çizelge 3.1.5. Hemşirelerin doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalık durumu ve ilaç kullanımı.**

Değişkenler	n	%
<b>Tanlı Hastalık</b>		
Yok	327	80,5
Var	79	19,5
<b>İlaç Kullanımı</b>		
Yok	364	89,7
Var	42	10,3
<b>Toplam</b>	406	100

Araştırmaya katılanlar arasında doktor tarafından tanısı konulmuş hastalığı olanların oranı en yüksek (%29,2) olan grup 36 yaş ve üzeridir. En düşük (%10,2) olan grup ise 24 yaş ve altıdır. Gruplar arasındaki fark istatistik olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ), (Çizelge 3.1.6).

**Çizelge 3.1.6. Hemşirelerin tanıli hastalık durumunun yaş gruplarına göre dağılımlarının karşılaştırılması.**

	Tanılı Hastalık				$\chi^2$	p değeri
	Var		Yok			
	n	%	n	%		
<b>Yaş Grubu</b>						
≤24	12	10,2	106	89,8	12,107	<b>0,007*</b>
25-29	21	18,6	92	81,4		
30-35	32	25,2	95	74,8		
≥36	14	29,2	34	70,8		
<b>Toplam</b>	79	19,5	327	80,5		

\*36 yaş ve üzeri grubun, diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak tanıli hastalığı daha fazladır.

Araştırmada yer alan hemşirelerin hastanede toplam çalışma sürelerine bakıldığında; %81,3'ü 10 yıl ve altı, %14,3'ü 11-20 yıl arası ve %3,9'u 21-30 yıl arası çalışmış oldukları görülmüştür. Halen devam ettikleri servislerinde çalışma

süreleri ise %87,4'ü 10 yıl ve altı, %10,8'i 11-20 yıl arası ve %1,7'si 21-30 yıl arası olarak bulunmuştur (Çizelge 3.1.7).

**Çizelge 3.1.7. Hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımı.**

<b>Çalışma Süreleri (yıl)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hastanede Çalışma Süresi</b>		
≤ 10	330	81,3
11-20	60	14,3
21-30	16	3,9
<b>Bu Serviste Çalışma Süresi</b>		
≤ 10	355	87,4
11-20	44	10,8
21-30	7	1,7
<b>Toplam</b>	<b>406</b>	<b>100</b>

### 3.2. Hemşirelerin Vardiyalı Çalışma Durumlarına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıkları incelendiğinde; 406 hemşireden 214'ü vardiya çalışması yapıyor, 192'si ise vardiya çalışması yapmıyor. Vardiya çalışması yapanların %79'u erkek, %46,2'si kadındır. Vardiya çalışması yapmayanların ise %21'i erkek, %53,8'i kadın olarak yer almaktadır. Yapılan karşılaştırmalar sonucunda vardiya çalışması bakımından gruplar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ), (Çizelge 3.2.1).

**Çizelge 3.2.1. Hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre cinsiyet dağılımları karşılaştırılması.**

	Vardiya Çalışması				N	%	$\chi^2$	p değeri
	Yapıyor		Yapmıyor					
	n	%	n	%				
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	64	79,0	17	21,0	81	20,0	28,09	<b>0,000*</b>
Kadın	150	46,2	175	53,8	325	80,0		
<b>Toplam</b>	214	52,7	192	47,3	406	100		

\*Erkekler kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla vardiyalı çalışma yapıyor.

Hemşirelerin tercih etkileri vardiya tipi sorulduğunda büyük çoğunluğu (%65,0) sürekli gündüz vardiyasında çalışmak istediklerini belirtmişlerdir. Akabinde %19,7'si dönüşümlü vardiya ve %15,3'ü sürekli gece vardiyasında çalışmayı tercih ettiklerini söylemişlerdir (Çizelge 3.2.2).

**Çizelge 3.2.2. Hemşirelerin tercih ettikleri vardiya tipine göre dağılımları.**

<b>Tercih Edilen Vardiya Tipi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sürekli gündüz</b>	264	65,0
<b>Sürekli gece</b>	62	15,3
<b>Dönüşümlü vardiya</b>	80	19,7
<b>Toplam</b>	406	100

Araştırmaya alınan hemşirelerin çalıştıkları vardiya tipine göre öğrenim durumlarına baktığımızda; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %65,8'i lise, %55,5'i lisans, %46,2'si yüksek lisans ve %33,6'sı ön lisans mezunu olarak belirlenmiştir. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %66,4'ü ön lisans, %53,8'i yüksek lisans, %44,5'i lisans ve %34,2'si lise mezunu olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin öğrenim durumu karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Çizelge 3.2.3).

**Çizelge 3.2.3. Hemşirelerin çalıştıkları vardiya tipine göre öğrenim durumlarının karşılaştırılması.**

	<b>Vardiya Çalışması</b>				<b>N</b>	<b>%</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p değeri</b>
	<b>Yapıyor</b>		<b>Yapmıyor</b>					
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>				
<b>Öğrenim Durumu</b>								
Lise	98	65,8	51	34,2	149	36,7	27,78	<b>0,000*</b>
Önlisans	39	33,6	77	66,4	116	28,6		
Lisans	71	55,5	57	44,5	128	31,5		
Yükseklisans	6	46,2	7	53,8	13	3,2		
<b>Toplam</b>	214	52,7	192	47,3	406	100		

\*Öğrenim durumu lise olanlar diğer gruplara göre anlamlı olarak daha fazla vardiyalı çalışma yapıyor.

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre medeni durumlarına bakıldığında; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %70,2'si bekar, %39,7'si evli ve %25,0'ı dul/ayrılmış olduğunu belirtmiştir. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %75,0'ı dul/ayrılmış, %60,3'ü evli ve %29,8'i bekar

olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin medeni durumları karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Çizelge 3.2.4).

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre eşin çalışma durumu incelendiğinde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %81,5'nin eşi çalışmıyor, %33,5'nin eşi çalışıyor. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %66,5'nin eşi çalışıyor, %18,5'nin eşi çalışmıyor. Hemşirelerin eşinin çalışma durumları karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Çizelge 3.2.4).

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre eşin çalışma şekli incelendiğinde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %44,2'sinin eşi vardiyalı çalışma yapıyor. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %55,8'inin eşi vardiyalı çalışma yapıyor. Hemşirelerin eşinin çalışma şekli karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,053$ ), (Çizelge 3.2.4).

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre çocuğu olup-olmama durumu incelendiğinde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %33,3'nün çocuğu var, %54,4'nün çocuğu bulunmamaktadır. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %66,7'sinin çocuğu var, %45,6'sının çocuğu bulunmamaktadır. Hemşirelerin çocuğu olup-olmama durumu karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Çizelge 3.2.4).

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre çocuk sayısı incelendiğinde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %32,9'unun tek, %27,9'unun iki, %61,5'inin üç ve %50,0'ının dört çocuğu bulunmaktadır. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %67,1'inin tek, %72,1'inin iki, %38,5'inin üç ve %50,0'ının dört çocuğu bulunmaktadır. Çocuk sayısı karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,122$ ), (Çizelge 3.2.4).

**Çizelge 3.2.4. Hemşirelerin vardiya yapip yapmadiklarına göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.**

	Vardiya Çalışması				N	%	$\chi^2$	p değeri
	Yapıyor		Yapmıyor					
	n	%	n	%				
<b>Medeni Durum</b>								
Bekar	127	70,2	54	29,8	181	44,6	41,21	<b>0,000*</b>
Evli	83	39,7	126	60,3	209	51,5		
Dul/Ayrılmış	4	25,0	12	75,0	16	3,9		
<b>Toplam</b>	214	52,7	192	47,3	406	100		
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>								
Çalışıyor	61	33,5	121	66,5	182	87,1	22,6	<b>0,000#</b>
Çalışmıyor	22	81,5	5	18,5	27	12,9		
<b>Toplam</b>	83	39,7	126	60,3	209	100		
<b>Eşin Çalışma Şekli</b>								
Vardiyalı	23	44,2	29	55,8	52	28,6	3,75	0,053
Gündüz	38	29,2	92	70,8	130	71,4		
<b>Toplam</b>	61	33,5	121	66,5	182	100		
<b>Çocuğu Olma Durumu</b>								
Var	31	54,4	26	45,6	57	25,3	7,95	<b>0,005‡</b>
Yok	56	33,3	112	66,7	168	74,7		
<b>Toplam</b>	87	38,7	138	61,3	225	100		
<b>Çocuk Sayısı</b>								
1	28	32,9	57	67,1	85	50,6	5,8	0,122
2	19	27,9	49	72,1	68	40,5		
3	8	61,5	5	38,5	13	7,7		
4	1	50,0	1	50,0	2	1,2		
<b>Toplam</b>	56	33,3	112	66,7	168	100		

\*Medeni durumları bekar olanlar diğer gruplara göre anlamlı olarak daha fazla vardiyalı çalışma yapıyor.

# Eşi çalışmayanlar çalışanlara göre anlamlı olarak daha fazla vardiyalı çalışma yapıyor.

‡ Çocuğu olanlar olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla vardiyalı çalışma yapıyor.

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre sigara içme durumu incelendiğinde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %50,8'i içiyor, %53,7'si içmiyor ve %52,9'u bırakmıştır. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %49,2'si içiyor, %46,3'ü içmiyor ve %47,1'i bırakmıştır. Sigara içme durumları karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,864$ ), (Çizelge 3.2.5).

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre alkol içme durumu incelendiğinde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %52,4'ü alkol içmediğini, %54,9'u ara sıra kullandığını belirtti. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %47,6'sı alkol içmediğini, %45,1'i ara sıra kullandığını belirtti. Hemşirelerin alkol içme durumları karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,404$ ), (Çizelge 3.2.5).

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre çay-kahve tüketimi incelendiğinde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin kendi değerlendirmelerine göre günlük ortalama tükettikleri çay-kahve miktarına %53,3'ü yüksek, %52,5'i orta ve %52,5'i düşük düzeyde tükettiklerini ifade etmiştir. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %46,7'si yüksek, %47,5'i orta ve %47,5'i düşük düzeyde tükettiklerini ifade etti. Hemşirelerin çay-kahve tüketimleri karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,991$ ), (Çizelge 3.2.5).

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre tanıli hastalık durumu incelendiğinde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %38,0'ı doktor tarafından tanısı konulmuş bir hastalığı olduğunu, %56,3'ü tanıli bir hastalığı olmadığını söyledi. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %62,0'ı doktor tarafından tanıli bir hastalığı olduğunu, %43,7'si tanıli bir hastalığı olmadığını söyledi. Hemşirelerin tanıli hastalığı olup-olmama durumları karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Çizelge 3.2.5).

Araştırmaya alınan hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre düzenli ilaç kullanım durumları incelendiğinde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %45,2'si sürekli düzenli ilaç kullandığını, %53,6'sı düzenli ilaç kullanmadığını belirtti. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %54,8'i sürekli düzenli ilaç kullandığını, %46,4'ü düzenli ilaç kullanmadığını belirtti. Hemşirelerin düzenli ilaç



kullanım durumları karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,306), (Çizelge 3.2.5).

**Çizelge 3.2.5. Hemşirelerin vardiya yapıp yapmadıklarına göre bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.**

	Vardiya Çalışması				N	$\chi^2$	p değeri
	Yapıyor		Yapmıyor				
	n	%	n	%			
<b>Sigara Kullanımı</b>							
İçiyor	66	50,8	64	49,2	130		
İçmiyor	139	53,7	120	46,3	259	0,29	0,864
Bıraktı	9	52,9	8	47,1	17		
<b>Toplam</b>	214	52,7	192	47,3	406		
<b>Alkol Kullanımı</b>							
İçmiyor	186	52,4	169	47,6	355	1,81	0,404
Ara sıra içiyor	28	54,9	23	45,1	51		
<b>Toplam</b>	214	52,7	192	47,3	406		
<b>Çay-Kahve Tüketimi</b>							
Düşük	63	52,5	57	47,5	120		
Orta	94	52,5	85	47,5	179	0,01	0,991
Yüksek	57	53,3	50	46,7	107		
<b>Toplam</b>	214	52,7	192	47,3	406		
<b>Tanlı Hastalık</b>							
Yok	184	56,3	143	43,7	327	8,54	<b>0,003*</b>
Var	30	38,0	49	62,0	79,0		
<b>Toplam</b>	214	52,7	192	47,3	406		
<b>İlaç Kullanımı</b>							
Yok	195	53,6	169	46,4	364	1,04	0,306
Var	19	45,2	23	54,8	42		
<b>Toplam</b>	214	52,7	192	47,3	406		

\*Tanılı hastalığı olmayanlar olanlara göre anlamlı olarak daha fazla vardiyalı çalışma yapıyor.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çalıştıkları vardiya sonrasında ortalama kaç saat uydukları sorulduğunda; vardiya çalışması yapan 214 hemşirenin ortalaması  $6,7 \pm 0,90$ , vardiya çalışması yapmayan 192 hemşirenin ortalaması ise  $7,11 \pm 0,93$ 'dür. Çalışmaya alınan gruplar arasında uyku süreleri karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Vardiya çalışması yapanların yapmayanlara göre ortalama uyku süreleri anlamlı şekilde daha azdır ( $p < 0,05$ ), (Çizelge 3.2.6).

**Çizelge 3.2.6. Hemşirelerin çalıştıkları vardiya tipine göre ortalama uyku sürelerinin karşılaştırılması.**

Vardiya durumu	n	Aritmetik Ortalama ± SS	t değeri	p değeri
Vardiya yapıyorum	214	$6,7 \pm 0,90$	4,51	<b>0,000</b>
Vardiya yapmıyorum	192	$7,11 \pm 0,93$		

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin uyku kalitesini kendi değerlendirmeleriyle 1-10 puan arasında verdikleri puanlar üzerinden ortalamalar hesaplanmıştır. Vardiya çalışması yapan 214 hemşirenin puan ortalaması  $2,6 \pm 0,87$ , vardiya çalışması yapmayan 192 hemşirenin puan ortalaması ise  $2,11 \pm 0,89$ 'dur. Çalışmaya alınan gruplar arasında uyku kalite puanları karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Vardiya çalışması yapanların yapmayanlara göre ortalama uyku kalite puanları anlamlı şekilde daha azdır ( $p < 0,05$ ), (Çizelge 3.2.7).

**Çizelge 3.2.7. Hemşirelerin çalıştıkları vardiya tipine göre ortalama uyku kalite değerlendirme puanlarının karşılaştırılması.**

Vardiya durumu	n	Aritmetik Ortalama ± SS	t değeri	p değeri
Vardiya yapıyorum	214	$2,6 \pm 0,87$	4,53	<b>0,000</b>
Vardiya yapmıyorum	192	$2,99 \pm 0,89$		

Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları incelendiğinde; %0,5'i hiç, %11,3'ü bazen, %40,9'u sürekli sosyal yaşantılarının etkilendiğini belirtmiştir ve ortalaması ise  $2,77 \pm 0,44$ 'tür (Çizelge 3.2.8).

Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olan uyku düzeninin bozulması durumu incelendiğinde; %0,5'i hiç, %11,6'sı bazen, %40,6'sı sürekli etkilendiğini belirtmiştir ve ortalaması ise  $2,76 \pm 0,44$ 'tür (Çizelge 3.2.8).

Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olan ruhsal açıdan etkilenme durumu incelendiğinde; %3,7'si hiç, %22,6'sı bazen, %24,4'ü sürekli etkilendiğini belirtmiştir ve ortalaması ise  $2,39 \pm 0,61$ 'dir (Çizelge 3.2.8).

Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olan eş ile ilişkilerinde etkilenme durumu incelendiğinde; %0,7'si hiç, %8,4'ü bazen, %11,3'ü sürekli etkilendiğini belirtmiştir ve ortalaması ise  $2,52 \pm 0,58$ 'dir (Çizelge 3.2.8).

Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olan çocuk ile ilişkilerde etkilenme durumu incelendiğinde; %0,7'si hiç, %1,7'si bazen, %11,1'i sürekli etkilendiğini belirtmiştir ve ortalaması ise  $2,76 \pm 0,54$ 'tür (Çizelge 3.2.8).

Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olan sık hastalanma durumu incelendiğinde; %19,5'i hiç, %27,8' i bazen, %5,4'ü sürekli etkilendiğini belirtmiştir ve ortalaması ise  $1,73 \pm 0,63$ 'tür (Çizelge 3.2.8).

**Çizelge 3.2.8. Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları.**

<b>Sosyal Yaşamla İlgili Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Aritmetik Ortalama ± SS</b>
<b>Sosyal yaşantının etkilenmesi</b>			
Hiç	2	0,5	2,77 ± 0,44
Bazen	46	11,3	
Sürekli	166	40,9	
<b>Toplam</b>	<b>214</b>	<b>52,7</b>	
<b>Uyku düzeninin bozulması</b>			
Hiç	2	0,5	2,76 ± 0,44
Bazen	47	11,6	
Sürekli	165	40,6	
<b>Toplam</b>	<b>214</b>	<b>52,7</b>	
<b>Ruhsal açıdan etkilenme</b>			
Hiç	15	3,7	2,39 ± 0,61
Bazen	100	24,6	
Sürekli	99	24,4	
<b>Toplam</b>	<b>214</b>	<b>52,7</b>	
<b>Eş ile ilişkilerde etkilenme</b>			
Hiç	3	0,7	2,52 ± 0,58
Bazen	34	8,4	
Sürekli	46	11,3	
<b>Toplam</b>	<b>83</b>	<b>20,4</b>	

**Çizelge 3.2.8 (Devam). Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları.**

<b>Sosyal Yaşamla İlgili Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Aritmetik Ortalama ± SS</b>
<b>Çocuk ile ilişkilerde etkilenme</b>			
Hiç	3	0,7	2,76 ± 0,54
Bazen	7	1,7	
Sürekli	45	11,1	
<b>Toplam</b>	<b>55</b>	<b>13,5</b>	
<b>Sık hastalanma</b>			
Hiç	79	19,5	1,73 ± 0,63
Bazen	113	27,8	
Sürekli	22	5,4	
<b>Toplam</b>	<b>214</b>	<b>52,7</b>	

### 3.3. Hemşirelerin Uyku ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya alınan hemşirelerin Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) puanını çalıştıkları vardiya tipine göre incelediğimizde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %74,8'inin uykulu, %25,2'sinin normal olduğu bulundu. Vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %64,6'sının uykulu, %35,4'ünün normal olduğu bulundu. Vardiya tipine göre hemşirelerin EUÖ puanı karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Çizelge 3.3.1).

Araştırmaya alınan hemşirelerin EUÖ puanını yaş gruplarına göre incelediğimizde; vardiya çalışması yapan hemşirelerden 24 yaş ve altı grubunun %75,4'ünün, 36 yaş ve üstü grubunun %66,7'sinin uykulu olduğu bulunmuştur. Karşılaştırma sonucunda fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,356$ ), (Çizelge 3.3.1).

Araştırmaya alınan hemşirelerin EUÖ puanını cinsiyetlerine göre incelediğimizde; erkeklerin %84,0'ının uykulu, %16,0'ının normal olduğu bulundu. Kadınların ise %66,5'inin uykulu, %33,5'inin normal olduğu bulundu. Cinsiyetlerine göre hemşirelerin EUÖ puanı karşılaştırıldığında fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Çizelge 3.3.1).

Araştırmaya alınan hemşirelerin EUÖ puanını öğrenim durumuna göre incelediğimizde; lise mezunlarının %73,2'sinin, ön lisans mezunlarının %67,2'sinin, lisans mezunlarının %67,2'sinin ve yüksek lisans mezunlarının %84,6'sının uykulu olduğu bulunmuştur. Karşılaştırma sonucunda fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,403$ ), (Çizelge 3.3.1).

Araştırmaya alınan hemşirelerin EUÖ puanını medeni durumlarına göre incelediğimizde; bekaların %71,8'inin, evlilerin %68,4'ünün ve dul/ayrılmışların %68,8'inin (11) uykulu olduğu bulunmuştur. Karşılaştırma sonucunda fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,761$ ), (Çizelge 3.3.1).

Araştırmaya alınan hemşirelerin EUÖ puanını eşin çalışma durumuna göre incelediğimizde; eşi çalışanların %65,9'unun ve eşi çalışmayanların %85,2'sinin uykulu olduğu bulunmuştur. Karşılaştırma sonucunda fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (izelge 3.3.1).

Araştırmaya alınan hemşirelerin EUÖ puanını sigara içme duruma göre incelediğimizde; sigara içenlerin %70,0'ının, sigara imeyenlerinin %70,3'ünün ve sigarayı bırakanların %64,7'sinin uykulu olduğu bulunmuştur. Karşılaştırma sonucunda fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,889$ ), (izelge 3.3.1).

Araştırmaya alınan hemşirelerin EUÖ puanını ocuk olup-olmama durumuna göre incelediğimizde; çocuğu olanların %64,9'unun, çocuğu olmayanların ise %78,9'unun uykulu olduğu bulunmuştur. Karşılaştırma sonucunda fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (izelge 3.3.1).

**Çizelge 3.3.1. Hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre gündüz uykululuk durumunun karşılaştırılması.**

	Epworth Uykululuk Ölçeği				$\chi^2$	p değeri
	Sonucu					
	Normal		Uykulu			
	n	%*	n	%*		
<b>Vardiya Çalışması</b>						
Yapıyor	54	25,2	160	74,8	4,992	<b>0,025**</b>
Yapmıyor	68	35,4	124	64,6		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		
<b>Yaş Grubu</b>					3,243	0,356
≤ 24	29	24,6	89	75,4		
25-29	33	29,2	80	70,8		
30-35	44	34,6	83	65,4		
≥ 36	16	33,3	32	66,7		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		
<b>Cinsiyet</b>					9,435	<b>0,002#</b>
Erkek	13	16,0	68	84,0		
Kadın	109	33,5	216	66,5		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		
<b>Öğrenim Durumu</b>					2,928	0,403
Lise	40	26,8	109	73,2		
Önlisans	38	32,8	78	67,2		
Lisans	42	32,8	86	67,2		
Yükseklisans	2	15,4	11	84,6		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		
<b>Medeni Durum</b>					0,546	0,761
Bekar	51	28,2	130	71,8		
Evli	66	31,6	143	68,4		
Dul/Ayrılmış	5	31,3	11	68,8		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		

\* Satır yüzdesidir.

\*\* Vardiya çalışması yapanlar yapmayanlara göre anlamlı olarak daha uykuludur.

# Erkekler kadınlara göre anlamlı olarak daha uykuludur.



**Çizelge 3.3.1 (Devam). Hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre gündüz uykululuk durumunun karşılaştırılması.**

	Epworth Uykululuk Ölçeği				$\chi^2$	p değeri
	Sonucu					
	Normal		Uykulu			
	n	%*	n	%*		
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	62	34,1	120	65,9	4,033	<b>0,045<sup>‡</sup></b>
Çalışmıyor	4	14,8	23	85,2		
<b>Toplam</b>	66	31,6	143	68,4		
<b>Eşin Çalışma Şekli</b>						
Vardiyalı	17	32,7	35	67,3	0,061	0,805
Sabit	45	34,6	85	65,4		
<b>Toplam</b>	62	34,1	120	65,9		
<b>Çocuğu Olma Durumu</b>						
Var	59	35,1	109	64,9	3,899	<b>0,048***</b>
Yok	12	21,1	45	78,9		
<b>Toplam</b>	71	31,6	154	68,4		
<b>Çocuk Sayısı</b>						
1	29	34,1	56	65,9	0,977	0,807
2	23	33,8	45	66,2		
3	6	46,2	7	53,8		
4	1	50,0	1	50,0		
<b>Toplam</b>	59	35,1	109	64,9		
<b>Hastanede Çalışma Süresi</b>						
≤ 10	101	30,6	229	69,4	0,386	0,824
11-20	16	26,7	44	73,3		
≥ 21	5	31,3	11	68,8		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		

\* Satır yüzdesidir.

<sup>‡</sup> Eşi çalışmayanlar çalışanlara göre anlamlı olarak daha uykuludur.

\*\*\* Çocuğu olmayanlar olanlara göre anlamlı olarak daha uykuludur.

**Çizelge 3.3.1 (Devam). Hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre gündüz uykululuk durumunun karşılaştırılması.**

	Epworth Uykululuk Ölçeği				$\chi^2$	p değeri
	Sonucu					
	Normal		Uykulu			
	n	%	n	%		
<b>Bu Serviste Çalışma Süresi</b>						
≤ 10	110	31,0	245	69,0	2,622	0,270
11-20	9	20,5	35	79,5		
≥ 21	3	42,9	4	57,1		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		
<b>Sigara Kullanımı</b>						
İçiyor	39	30,0	91	70,0	0,235	0,889
İçmiyor	77	29,7	183	70,3		
Bıraktı	6	35,3	11	64,7		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		
<b>Alkol Kullanımı</b>						
İçmiyor	105	29,6	250	70,4	0,299	0,584
Ara sıra içiyor	17	33,3	34	66,7		
<b>Toplam</b>	122	30,0	84	70,0		
<b>Çay-Kahve Tüketimi</b>						
Düşük	38	31,7	82	68,3	0,225	0,894
Orta	53	29,6	126	70,4		
Yüksek	31	29,0	76	71,0		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		
<b>Tanlı Hastalık</b>						
Var	22	27,8	57	72,2	0,226	0,634
Yok	100	30,6	227	69,4		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		
<b>İlaç Kullanımı</b>						
Var	13	31,0	29	69,0	0,018	0,893
Yok	109	29,9	255	70,1		
<b>Toplam</b>	122	30,0	284	70,0		

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin EUÖ puanı ile vardiya çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları incelendiğinde; sosyal yaşantısına etkisi, uyku düzeninin bozulması, ruhsal açıdan etkilenme, eş ve çocuk ile ilgili ilişkilerde etkilenme açısından hemşireler arasında fark anlamlıdır ( $p < 0,05$ ), (Çizelge 3.3.2).

**Çizelge 3.3.2. Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları ile gündüz uykululuk durumunun karşılaştırılması.**

Sosyal Yaşamla İlgili Değişkenler	Epworth Uykululuk Ölçeği				$\chi^2$	p değeri
	Normal		Uykulu			
	n	%	n	%		
<b>Sosyal yaşantının etkilenmesi</b>						
Hiç	2	100	0	0,0	29,780	<b>0,000**</b>
Bazen	24	52,2	22	47,8		
Sürekli	28	16,9	138	83,1		
<b>Toplam</b>	54	25,2	160	74,8		
<b>Uyku düzeninin bozulması</b>						
Hiç	2	100	0	0,0	60,920	<b>0,000<sup>#</sup></b>
Bazen	31	66,0	16	34,0		
Sürekli	21	12,7	144	87,3		
<b>Toplam</b>	54	25,2	160	74,8		
<b>Ruhsal açıdan etkilenme</b>						
Hiç	10	66,7	5	33,3	29,739	<b>0,000<sup>¥</sup></b>
Bazen	34	34,0	66	66,0		
Sürekli	10	10,1	89	89,9		
<b>Toplam</b>	54	25,2	160	74,8		
<b>Eş ile ilişkilerde etkilenme</b>						
Hiç	2	66,7	1	33,3	9,021	<b>0,011<sup># #</sup></b>
Bazen	11	32,4	23	67,6		
Sürekli	5	10,9	41	89,1		
<b>Toplam</b>	18	21,7	65	78,3		

\*\* Sürekli olarak sosyal yaşantısı etkilenenler diğerlerine göre anlamlı olarak daha uykuludur.

# Sürekli olarak uyku düzeni bozulanlar diğerlerine göre anlamlı olarak daha uykuludur.

¥ Sürekli olarak ruhsal açıdan etkilenenler diğerlerine göre anlamlı olarak daha uykuludur.

# # Sürekli olarak eş ile ilişkilerde etkilenenler diğerlerine göre anlamlı olarak daha uykuludur.

**Çizelge 3.3.2 (Devam). Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları ile gündüz uykululuk durumunun karşılaştırılması.**

Sosyal Yaşamla İlgili Değişkenler	Epworth Uykululuk Ölçeği				$\chi^2$	p değeri
	Normal		Uykulu			
	n	%*	n	%*		
<b>Çocuk ile ilişkilerde etkilenme</b>						
Hiç	3	100	0	0,0	16,693	<b>0,000<sup>¥</sup></b>
Bazen	4	57,1	3	42,9		
Sürekli	6	13,3	39	86,7		
<b>Toplam</b>	13	23,6	42	76,4		
<b>Sık hastalanma</b>						
Hiç	19	24,1	60	75,9	2,197	0,333
Bazen	32	28,3	81	71,7		
Sürekli	3	13,6	19	86,4		
<b>Toplam</b>	54	25,2	160	74,8		

\* Satır yüzdesidir.

<sup>¥</sup> Sürekli olarak çocuk ile ilişkilerde etkilenenler diğerlerine göre anlamlı olarak daha uykuludur.

## 4. TARTIŞMA

Vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri arasındaki farklılığı saptamak ve hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan bu araştırmadan elde edilen bulgular 3 bölüm halinde tartışılacaktır:

### 4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Çalışma Yaşamlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırma grubunu SÜMTF Hastanesi'nde çalışan 406 hemşire oluşturmaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması  $28,3 \pm 6,5$ 'dir. Hemşirelerin büyük bölümü (%31,3) 30-35 yaş grubu içerisinde yer almaktadır. Hemşirelerin medeni durumları değerlendirildiğinde %51,5'nin evli olduğu bulunmuştur ve evli olanların %74,7'si çocuk sahibidir. Çocuk sahibi olan hemşirelerin %50,6'sının tek çocuğu olduğu belirlenmiştir. Evli olan hemşirelerin eşlerinin çalışma oranı %87,1'dir ve %71,4'ü gündüz saatlerinde çalışmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %31,5'i hemşirelik lisans mezunudur. Hemşirelerin aylık gelirlerine baktığımızda ise %43,8'i 1000 TL ve altı maaş grubunda yer almaktadır.

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin büyük bölümü yaklaşık 10 yıldır vardiyalı olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin yaşları ve toplam çalışma yılları meslekte deneyimli olduklarını göstermektedir. Çalışma koşullarına bağlı olarak oluşan sağlık sorunlarının 6 yıl ve üzeri çalışma yıllarında ortaya çıktığı belirtilmektedir (Pitsogoulos ve Greenwood 2004). Hemşirelerin üniversite hastanesinde çalışmaları nedeniyle büyük çoğunluğu lisans mezunudur. Özabacı (1990)'nın çalışmasında lisans mezunu hemşire oranı %13,3 olarak bulunmuştur. Bu bulgu hemşirelik mesleği eğitiminin zaman içinde gelişimini gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Türkiye'de hemşireler genellikle meslek hayatlarına servis hemşiresi olarak ve vardiyalı çalışma ile başlarlar. Sadece gündüz vardiyasında çalışma durumu ileri çalışma yıllarında ve yaşlarında olmaktadır. Örneğin, geçmişte Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı hastanelerde çalışma süreleri 25 yılı aşan hemşireler sadece gündüz

çalışmaktaydı. Yine yönetici kadrolarındaki hemşireler sorumlu hemşire, başhemşire, hemşirelik hizmetleri müdürleri ve burada çalışan hemşireler sadece gündüz çalışmaktaydı. Bu görevlere genellikle ileri çalışma yıllarına sahip hemşireler getirilmektedir. Nitekim, bu araştırmanın bulgularında vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin çalışma yıllarının daha fazla olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu veriler ışığında araştırma grubunun tümünün çalışma hayatı boyunca belli bir süre vardiyalı çalışma yaptığı söylenebilir.

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin %52,7'si vardiya çalışması yapmaktadır. Bu 16 saatlik bir vardiyadır. Konu ile ilgili uluslararası ve ulusal yasal düzenlemeler vardiya saatlerinin 8 saat ile sınırlandırılmasını, 12 saati aşmamasını gerekli kılmaktadır ve vardiya değişimlerinin en az 6 hafta ara ile yapılması önerilir (International Council of Nurses 2007). Ayrıca UHB ve ILO çalışma listelerinin haftalık yapılmasını ve hemşirelerin 4 haftalık çalışma biçimlerini önceden bilmeleri gerekliliğini belirtmiştir. Böylelikle bir hafta 30 saat çalışan hemşirenin diğer hafta 60 saat çalışması engellenmiş olur. İş sağlığı ile ilgili literatürde haftalık çalışma saatlerini temel alarak düzenlemeler yapılmasını önermektedir (Jeppesen ve ark 2004).

Vardiyalı çalışmanın düzenlenmesi ile ilgili olarak ilk çıkarılan 1990 yılı UÇÖ standartlarından günümüze kadar olan uluslararası yasal düzenlemeler değerlendirildiğinde haftalık çalışma saatinin ortalama 45 saat olması gerekliliği belirtilmiştir (ÇSGM 4857 nolu iş kanunu, International Council of Nurses 2000). Hemşireler ile ilgili uluslararası yasal düzenlemelerde UHB haftalık çalışma saatinin 40 saat, günlük çalışma saatinin 8 saati aşmaması gerekliliğini belirtmiştir. Ülkemizde hemşirelerin çalışma saatleri ile ilgili özel kanun maddeleri yoktur. Ancak ilgili kanunlar değerlendirildiğinde 4857 sayılı kanunda haftalık çalışma saati 45 saat, günlük çalışma saati 9 saat, 657 sayılı devlet memurları kanununda haftalık çalışma saati 40 saat, günlük çalışma saati 8 saattir. Aynı sayılı kanunda sağlık personelinin aylık çalışması gereken saatin 160 saat ve aylık 80 saat fazla mesai çalışabilir olarak belirtilmiştir. Oysa ki konu ile ilgili uluslararası kanunlar her ne olursa olsun kesinlikle haftalık çalışma süresinin 40 saati aşmaması gerektiğini vurgulamaktadır. Çünkü bu hemşirelerin kendi sağlıklarını etkileyen olumsuz olarak bir durum olduğu gibi bununla bağlantılı olarak hasta bakımını da olumsuz olarak

etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda hemşirelik hatalarının en çok akşam ve gece saatlerinde vardiya sonuna doğru olduğu bulunmuştur (Weyers ve ark 2006).

#### **4.2. Hemşirelerin Vardiyalı Çalışma Durumlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi**

Türkiye’de 2003 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre çalışmakta olan nüfusun %8’inin vardiyalı çalıştığı bulunmuştur ve o yılki çalışan nüfusun 21 milyon 147 bin kişi olduğu bilinmektedir. Aynı yılda kamu sektöründe ise, 1.691.760 kişinin vardiyalı çalıştığı saptanmıştır (Akyol Güner 2010). Araştırmamız 214’ü (%52,7) vardiya çalışması yapan 406 hemşire üzerinde yapılmıştır. Vardiya çalışması yapanların %79,0’ı (64) erkek, %46,2’si (150) ise kadındır. Taycan ve ark (2006)’nın çalışmasında 561 hemşireden %46,0’ı (258) gündüz, %51,9’u (291) vardiyalı ve %2,1’i (12) ise sürekli gece çalışmaktadır. Yılmaz ve ark (2006)’nın çalışmasında ise 97 hemşireden %47,4’nün sürekli gece çalıştığını ve %51,4’ünün ayda 6-8 kez gece çalışması yaptığı bulunmuştur. Araştırmamız yapılan araştırmalarla paralellik göstermiş olup, vardiya çalışması yapan hemşirelerin sayısı vardiya çalışması yapmayanlara göre daha fazladır.

Araştırmaya katılan hemşirelere tercih ettikleri vardiya tipi sorulduğunda %65,0’ı (264) sürekli gündüz vardiyasında çalışmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Türkiye’de bulunan bir termik santralde 354 çalışan üzerinde yapılan araştırmada %85,0’ı (301) sürekli gündüz, %1,1’inin (4) sürekli gece ve %13,8’inin (49) ise 8 saat dönüşümlü çalışmak istediği görülmüştür (Akyol Güner 2010). Fransa’da 800 işçide yapılan bir araştırmada çalışanların %52,0’ı sabah vardiyasında çalışmak istediğini belirtmiştir (Leonard 1980). Türkiye’de aynı konuda yapılan bir başka araştırmada ise, çalışanların %62,5 oranla genellikle dinlenme açısından sabah vardiyasını tercih ettikleri saptanmıştır (Eke ve Odabaşı 1981). Yapılan çalışmalarda gündüz çalışma isteği bakımından araştırmamızı desteklemektedir.

Araştırmamızda vardiya çalışması yapan hemşirelerin %70,2’si (127) bekâr, %39,7’si (83) evlidir. Medeni durumları bekâr olan hemşirelerin %71,8’inde (130) ve evli olanların %64,4’ünde (143) aşırı gündüz uykululuk durumu saptanmıştır. Watanabe ve ark (2004)’nın bir Japon hastanesinde vardiyalı çalışan 12 bekâr, 18’i

evli ve çocuklu hemşireler ile yaptıkları çalışmada elde ettikleri, vardiya değişiminin uykuya etkisinin evlilerde bekârlara göre daha az olduğu bulgusu çalışmamızla uyumludur. Diğer taraftan Vidacek ve ark (1990)'nın çalışmasında evli kadınların gece vardiyasından sonra bekarlara göre anlamlı derecede daha kısa süre uyudukları saptanmıştır.

Çalışmamızda vardiya çalışması yapan hemşirelerin %54,4'ünün (31) çocuğu bulunmaktadır. Üstün ve Çınar Yücel (2011)'in çalışmasında araştırmaya katılan 1-11 aylık çocuğu olan hemşirelerin uyku kalitelerinin kötü olduğu, hemşirelerin çocuklarının yaşı büyüdükçe uyku kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Çocuk yaşının büyümesinin bakım yükünü azalttığı ve bu durumda hemşirelerin uyku kalitesinin arttığı düşünülmele birlikte istatistiksel olarak aradaki fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Clissold ve ark (2001), çocuk bakım yüküne sahip olmayan hemşirelerin uyku kalitelerinin daha iyi olduğunu saptamışlardır. Karagözoğlu ve Bingöl (2008) vardiyalı çalışan hemşirelerde çocuk yaşının önemli olduğunu, 0-3 yaş grubu çocuğu olanların uyku düzenlerinin bozulduğunu, uykularının daha sık bölündüğünü ve uyku kalitesinin kötüleştiğini belirtmişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyada 1,2 milyar kişi sigara içmektedir. Bu sayının 2025 yılında 1,6 milyara yükselmesi beklenmektedir. Ülkemizde de son 30 yılda sigara tüketimi %80 oranında artmıştır. Türkiye, sigara tüketiminde Avrupa'da Yunanistan'dan sonra ikinci, dünyada ise ilk 10 ülke arasındadır ve yaklaşık her iki yetişkinden biri sigara içmektedir (Şengezer 2009). Sigaranın sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında başlıca bir etken olduğu konusu ilk kez 1964 yılında ABD'de ifade edilmiştir (Akyol Güner 2010). Gelişmiş ülkelerde 1940-1950'li yıllarda yaygın olarak içilen sigaranın etkileri 1960-1970'li yıllardan itibaren görülmektedir ve 1990'lı yıllardaki tüm ölümlerin hemen hemen %20,0'ı tütün kullanımına bağlıdır. 35-69 yaş grubu erkekler arasındaki ölümlerin %35,0'ı, kadınlar arasındaki ölümlerin %15,0'ı tütün nedeniyle olmaktadır (Tezcan ve Yardım 2003). Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %32,0'ı (130) halen sigara içtiğini, %4,2'si (17) bırakmış olduğunu belirtti. Sigara içenlerin %70,0'ında, bırakmış olanların %64,7'sinde aşırı gündüz uykululuk durumu tespit edilmiştir. Sigara kullanma düzeyleri ile ilgili Türkiye'de vardiyalı çalışma sistemi ile çalışan bir işyerinde vardiyalı çalışan 281 kişi ile yapılan benzer bir çalışma



değerlendirildiğinde, sigara içme düzeyi %51,8 olarak bulunmuş ve sigara kullananların %46,0'ında, sigara kullanmayanların ise %30,4'ünde araştırmamızla uyumlu bir şekilde aşırı gündüz uykululuk durumu tespit edilmiştir (Gedikli 2008). Öncel (1994)'in 'İzmir Metropolünde Çalışan Sağlık Personelinin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları' konulu çalışmalarında ebe-hemşirelerin %57,5'i sigara içmektedir. Sezer (1992)'in 'Elazığ İlinde Görev Yapan Hemşire ve Ebelerin Sigara Konusundaki Tutum ve Davranışları' konusundaki araştırmasında, her gün sigara içme prevalansı %50,8 olarak bulunmuştur. Bir başka çalışmada İstanbul'da bir eğitim hastanesinde çalışanların sigara hakkında bilgileri, davranışları ve sigara içme oranları değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre 106 hemşirenin %37,1'nin sigara kullandığı belirtilmektedir (Salepçi ve ark 2006). Çalışma saati ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma sonucunda da, uzun ve standart olmayan çalışma saatleri ile birlikte sigara içmede artış yaşandığı belirtilmiştir (Caruso ve ark 2004).

Alkol kullanım bozuklukları, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de giderek artan, önemli bir sorundur. Alkolün kadınlar üzerindeki fizyolojik etkileri ve metabolizması farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar, kadınların çok daha kısa süre ve daha az miktarda alkol kullandıklarında bile, beklenenden çok daha önce gastrointestinal sistem, kalp-damar sistemi, santral sinir sistemi, üreme sistemi, kemik ve meme hastalıkları gelişme riskini artırmaktadır (Altıntoprak ve ark 2008). Araştırmamızda hemşirelerin %12,6'sı (51) ara sıra alkol kullandığını belirtmiştir. Alkol kullananların %66,7'sinde (34) aşırı gündüz uykululuk durumu tespit edilmiştir. Uzun saatler süren vardiyalarda hemşirelerin uyanık kalmak için daha fazla kafein ve alkol aldıkları belirtilmektedir (Humm 1996). Vardiyalı çalışma ve alkol kullanımı ile ilgili yapılan bir araştırmanın sonucuna göre, gece ve dönüşümlü vardiyalarda çalışanlar arasında, gündüz çalışanlara göre daha büyük oranda alkol tüketimi olduğu saptanmıştır (Smith ve ark 1982).

Bir termik santralde çalışanlara günlük ortalama tükettikleri çay-kahve miktarları sorulduğunda 179 kişi (%50,6) orta düzeyde tükettiklerini belirtmişlerdir (Akyol Güner 2010). 1996'da yapılan bir araştırmada uzun saatler süren vardiyalarda çalışanların uyanık kalmak için daha fazla kafein ve alkol aldıkları belirtilmektedir (Humm 1996). Çalışmamızda ise hemşirelerin kendi değerlendirmelerine göre

günlük ortalama tükettikleri çay-kahve miktarları sorulduğunda %44,1'i (179) orta ve %26,4'ü (107) yüksek düzeyde tükettiklerini belirtmişlerdir. Kafein pek çok gıda maddesinde bulunmakla birlikte, en fazla bulunduğu madde kahvedir. Kafeinin uyku kalitesini etkilediğini, uykuya dalmayı zorlaştırdığını ve uykunun bölünmesine neden olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Lumley ve ark 1987, Shcao ve ark 2010). Kafein içeren çay, kahve gibi içeceklerin özellikle gece çalışmalarında uyku kalitesini kötüleştirdiği ve performansı artırıcı etkisi nedeniyle vardiyalı çalışanlarda kullanımı daha fazla olduğu bildirilmektedir (Lumley ve ark 1987, Walsh ve ark 1990). Ak (2007)'in 400 hemşire üzerinde yapmış olduğu çalışmasında kafein kullanım oranının vardiyalı çalışmaya başlamadan önce %46,3 iken vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra %87,5 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda sigara ve alkol kullanan hemşireler ile kullanmayan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaması hemşirelerin bir sağlık çalışanı olarak sorumluluklarının farkında olup önce kendilerinin sigara ve alkol kullanmayarak topluma örnek olma isteği içinde bulduklarını düşündürmektedir. Hemşirelerin çay-kahve tüketim miktarları ise yapılan diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan 406 kişiden %19,5'inin (79) doktor tarafından tanı konulmuş bir hastalığı bulunmaktadır. Tanılı hastalığı olan kişiler en fazla 36 yaş ve üzeri grubunda yer almaktadır. Taycan ve ark (2006)'nın çalışmasında hemşirelerin %41,2'sinin (231) fiziksel bir hastalığı bulunduğunu ve hastalığı olanların ise %72,3'ünün (167) rahatsızlığının kısmen günlük yaşamlarını etkilediği saptanmıştır. Ak (2007)'in çalışmasında ise araştırmaya katılan hemşirelerin sağlık sorunları değerlendirildiğinde, vardiyalı çalışmaya başlamadan önce en fazla sinüzit, bademcik iltihabı (%19,8), baş ağrısı (%19,3) ve anemi (%17,8) sorunlarının olduğu bulunmuştur. Vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra ise varis (%55,3), baş ağrısı (%54,3) ve kronik sırt ağrısı (%46,0) sorunlarının olduğu bulunmuştur. Bilazer ve ark (2008)'nin 3 farklı hastaneden 12 hemşirenin katılımıyla diyalog halinde yapılan çalışmasında hemşirelerin 8'inde gastrit – ülser, 4'ünde (lumbal ve servikal) disk hernisi/ düzleşme, 3'ünde varis, 1'inde diyabet, 1'inde aort yetmezliği, 1'inde tiroid fonksiyon bozukluğu, 1'inde ürtiker olduğu görülmüştür. Konuyla ilgili yapılan diğer araştırmalar sonucunda da uzun ve standart olmayan çalışma saatlerinin sağlığı olumsuz etkilediğini, stres, yorgunluk, uyku bozukluğu, hareketsiz yaşam biçimi ve sigara içmede artış gibi olumsuzluklara ve gastrointestinal sistem, kardiyovasküler

sistem, iskelet sistemi ve ruhsal rahatsızlıklara yol açtığını belirtmişlerdir (Caruso ve ark 2004). Yapılan araştırmalar ile çalışmamızın sonuçları uyumluluk göstermektedir.

Ak (2007)'in çalışmasında hemşireler vardiyalı çalışmaya başlamadan önce en fazla ağrı kesici (%18,8), antiinflamatuvar (%8,3) ve antiasit (%7,5) ilaçlarını kullandıklarını belirtmişlerdir. Vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra ise en fazla ağrı kesici (%49,5), vitamin (%34,0), antiinflamatuvar (%28,5) ilaçları kullandıkları bulunmuştur. Sakinleştirici, uyku ilacı, antidepresan, antiasit, diüretik, laksatif gibi ilaçların kullanım miktarları vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra artmıştır.

Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu Şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını ve bireysel güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (Wilson 2002, Yüksel 2004). Gece vardiyası çalışanlarının sürekli gündüz çalışanlara göre daha fazla düzeyde sosyal yaşamdan izole durumda olduğu, arkadaş ilişkileri ile kültürel aktivitelere zaman ayıramadıkları, aile yaşantılarının da bozuk olduğu bilinmektedir (Akyol Güner 2010). Sosyal açıdan gece veya akşam vardiyasında çalışmak, genelde pek çok sosyal etkinliğe katılmayı engellemektedir. Davetler, eğlenceler, toplantılar, gösteriler, yemekler hep gündüz çalışanların yaşamlarına göre ayarlandığı için gece çalışanlar genellikle ya uykularından fedakrlık etmek zorunda kalırlar ya da zamanla bu etkinliklerden uzak kalmaya ve sosyal izolasyona düşmeye mahkm olurlar (şahin 2011). Bizim araştırmamızda hemşirelerin %40,9'u (166) sosyal yaşantılarının sık sık etkilendiğini belirtmiştir ve %83,1'inde gündüz uykululuk durumu tespit edilmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Akyol Güner (2010)'in araştırmasında da anlamlı farklı biçimde gündüz vardiyasında çalışanların %1,3', ikili vardiya sisteminde çalışanların %27,7'si ve özellikle l vardiya sisteminde çalışanların %41,6'sı çalışmamızla uyumlu olarak çalıştıkları vardiya sisteminden dolayı sosyal yaşantılarının sık sık etkilendiğini belirtmişlerdir. Vardiyalı alışanların sosyal yaşamlarını etkileyen bir diğer durum da kişilerin bayram, tatil, hafta sonu gibi özel günlerde çalışmak durumunda kalmalarıdır. Ruggiero ve Pezzino (2006)'nun yaptıkları araştırmalarında, araştırmaya katılan vardiyalı çalışanlar hafta sonları ve özel günlerde çalışmanın sosyal yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir.

Gece çalışmasının ailede yarattığı en önemli olumsuz etkileri, kocanın geleneksel görevi olan evin koruyucusu olma görevinin engellenmesi ve aile içi ilişkilerin bozulmasıdır. Gece çalışanların karşılaştıkları diğer bir sorun da eşlerine ayıracağı sürenin sınırlı olmasıdır. Bu durumdan özellikle genç çiftler etkilenmektedir. Çünkü gece postası çiftleri birbirinden ayırmakta, onları birlikte olmaları gereken saatlerde yalnız bırakmaktadır. Araştırmamızda yer alan hemşirelerin %11,3'ü (46) sürekli eşleri ile ilişkilerinde etkilendiğini belirtmiştir ve %89,1'inde (41) gündüz uyku durumu tespit edilmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Akyol Güner (2010)'in çalışmasında ise sürekli eşleri ile ilişkilerinde etkilenme oranları gündüz vardiyasında çalışanlarda %0,7, ikili vardiya sisteminde çalışanlarda %44,5 ve üçlü vardiya sisteminde çalışanlarda %62,8'dir.

Yine gece çalışan kişi, çocuklarına da daha az zaman ayırabilmekte, onların dersleri, istek ve eğitimleri ile yeteri kadar ilgilenememektedir. Araştırmamızda yer alan hemşirelerin %11,1'i (45) sürekli çocukları ile ilişkilerinde etkilendiğini belirtmiştir ve %86,7'sinde (39) gündüz uyku durumu tespit edilmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Akyol Güner (2010)'in çalışmasında ise sürekli çocukları ile ilişkilerinde etkilenme oranları gündüz vardiyasında çalışanlarda %0,7, ikili vardiya sisteminde çalışanlarda %45,4 ve üçlü vardiya sisteminde çalışanlarda %64,2'dir.

Düzensiz uyuyan veya gece vardiyasında çalışan insanların bağışıklık sistemlerinin daha zayıf olduğuna ve hastalıklara daha kolaylıkla yakalandıklarına dair çalışmalar mevcuttur (Şahin 2011). Araştırmamızda yer alan hemşirelerin %27,8'i (113) bazen (ara sıra) hastalandıklarını belirtmiştir ve %71,7'sinde (81) gündüz uyku durumu tespit edilmiştir. Akyol Güner (2010)'in çalışmasında ise sık sık/sürekli hastalanma oranları gündüz vardiyasında çalışanlarda %1,2, ikili vardiya sisteminde çalışanlarda %44,7 ve üçlü vardiya sisteminde çalışanlarda %69,8'dir. Yürütülen bir çalışmada vardiyalı çalışmanın çalışanlarda uyku bozukluklarına, gastrointestinal sistem bozukluklarına, depresyon, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili sorunlara sebep olabileceği saptanmıştır (Monk 2000).

### 4.3. Hemşirelerin Uyku ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Karşlanması gereken temel insan gereksinimlerinden biri olan ‘uyku’ insan yaşamında yeme, nefes alma ve boşaltım kadar önemli bir fizyolojik gereksinimdir. Bu nedenle uyku, bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir. Uyku bedenin dinlenmesini, beyin işlevlerinin güçlenmesini, düzenlenmesini ve onarılmasını sağlayarak, bireyi yeni güne hazırlarken, uyku düzeninde ve kalitesindeki bir değişiklik, günlük yaşam aktivitelerini etkiler. Bu değişikliğin uzun süre devam etmesi beden ve ruh sağlığının bozulmasına neden olabilir (Üstün ve Çınar Yücel 2011). Uykunun, niceliği (süresi) ve niteliği kişiye özgü olmakla birlikte, vardiyalı çalışanların uyku süreleri, buldukları vardiyaya göre değişmektedir. Vardiyalı çalışan kişiler gündüz yeterli derecede ve kaliteli bir şekilde uyuyamamakta ve uykuya dalmakta problem yaşamaktadırlar. Uyku yoksunluğu sonucunda immün sistemin baskılandığı ve birçok probleme yol açtığı bilinmektedir (Demoss ve ark 2004).

Gece, vardiyalı ya da düzensiz saatlerde çalışma uyku kalitesini ve süresini azaltır (Üstün ve Çınar Yücel 2011). Hemşireler, çalışma hayatları boyunca gece mesaisi, değişen mesai saatleri ile çalışan birkaç profesyonel gruptan birini oluşturmaktadır. Gece vardiyasında çalışmak gündüz uyumak demektir ve bu da uykuyu hem niteliksel hem niceliksel olarak etkiler. Değişen mesai saatleri ile çalışmak sağlığı iki yönden etkilemektedir. Birincisi özellikle uyku ve sindirim açısından bedenin biyolojik ritmini karşılamaz, ikincisi aile hayatını ve sosyal yaşamı bozar. Hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada gece vardiyasından sonraki gündüz uykusunun kalitesinin kötü olduğu ve gece uykusunda 1,3 ile 1,5 saatlik kısalmanın ertesi günkü uyanıklığı %32 oranında azalttığı saptanmıştır (Bonnet ve Arand 1995, Karagözoğlu ve Bingöl 2008). Vardiyalı çalışmaya bağlı uyku kalitesindeki bozulma iş performansını olumsuz yönde etkileyebilir. Hemşirelik mesleğinde çalışma saatlerinin sürekli değişmesi mesleki bir stresör olarak uyku kalitesinin kötüleşmesine neden olmaktadır (Üstün ve Çınar Yücel 2011). Brugne (1994)’in hemşirelerde gece çalışmanın sirkadiyen ritm ve uyku kalitesine etkisini incelediği çalışmasında, gece çalışmanın insanların çalışması için uygun olmadığı, gece çalışanların genellikle 02-04 saatleri arasında dikkatsizlik nedeniyle zorluk

çektikleri, periyodik uyku ve dinlenme sürelerinin (öğle zamanı gibi) gece çalışmanın olumsuz etkilerini azalttığını bulmuştur.

Uyku süresi yönünden en uygun vardiya, çalışanın uyuyacağı ve uyanacağı saatleri en iyi biçimde düzenleyebildiği gündüz vardiyası, en kötüsü ise gece vardiyasıdır (Akyol Güner 2010). Çalışmamızda vardiya çalışması yapan hemşirelerin uyudukları ortalama süre 6 saat iken vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin uyudukları ortalama süre ise 8 saattir. Akyol Güner (2010)'in bir termik santralde yaptığı araştırmasında çalışmamızla uyumlu olarak gündüz vardiyasında çalışanların uyudukları ortalama süre 7 saat iken bu süre ikili vardiya çalışanlarında ortalama 6 saat ve üçlü vardiya çalışanlarında ise ortalama 4 saat olarak bulunmuştur. Vardiyalı çalışmalar nedeniyle uykunun bileşimi değişir ve süresi kısalmır. Gece uykusu, gündüz uykusuna göre daha zengindir. Gündüz uykusu ise yenileme ve onarım özelliği düşük olan hafif uyku yönünden zengindir (Akyol Güner 2010). Gece vardiyalı olarak çalışan kişi uyku ihtiyacını gündüz karşılamak zorunda kalır, ancak engeller ile karşılaşır. Bu engellerden en önemlisi evdeki durumdur. Çünkü gündüz bir taraftan kişinin eşi ev işlerini yaparken, diğer taraftan da çocukları oyun oynamakta, bu da uyumayı oldukça güçleştirmektedir. Bunlara bir de telefon zili, cadde trafiği, mahalle içlerindeki marangozhane, bıçkı atölyesi ve seyyar satıcıların gürültüleri, havanın sıcaklığı ve güneş ışığı eklenince işçinin uyuması neredeyse olanaksız hale gelmektedir (Eke ve Odabaşı 1981).

Ak (2007)'in çalışmasında hemşireler son 6 aylık uyku düzenlerini %44,3 oranında 'kötü', %34,5 oranında 'iyi', %18,5 oranında 'çok kötü' ve %1,5 oranında 'çok iyi' olarak belirtmişlerdir. Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda uyku süresinin 2-4 saat azaldığı, uyku kalitesinin bozulduğu bulunmuştur (Humm 1996, Smith ve ark 2005). Shcao ve ark (2010)'nın Tayvan'da 435 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin %57,0'nın uyku kalitesinin kötü olduğunu, Zverev ve Misiri (2009) gece vardiyalı çalışmanın uyku kalitesini olumsuz etkilediğini ve gece vardiyasının etkilerinin ertesi günde yorgunluğa neden olduğunu belirtmişlerdir. Chan (2009) Hong Kong'da yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin %70'ten fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğunu, Çoban ve ark (2011) yoğun bakım hemşirelerinin (vardiya çalışması yapan) servis hemşirelerine (vardiya çalışması yapmayan) göre uyku kalitesinin anlamlı derecede düşük olduğunu saptamışlardır. Axelsson ve ark

(2004) hemşirelerin sirkadiyen ritmlerinin değişmesiyle birlikte artan uyku problemleri, uyku bölünmeleri ve uyku değişimleri nedeniyle dönüşümlü vardiyada çalışmanın uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. 2008 yılında Takahashi ve arkadaşları tarafından Japonya’da yapılan bir çalışmada, vardiya usulü ile evde hemşirelik hizmeti veren 775 hemşirede kontrol grubuna oranla, uyku bozukluğu insidansının yüksek olduğu, uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede daha fazla problem yaşadıkları, uyku kalitelerinin daha düşük olduğu, vardiya şeklinde çalışmanın uyku kalitesini olumsuz etkilediği savunulmuştur. Çalışmamız literatürlerle uyumlu olarak vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin daha kaliteli uyuduklarını göstermektedir.

Hemşirelerin gündüz uykululuk durumunu incelemek amacıyla uygulanan Epworth Uykululuk Ölçeği’nden alınan sonuçlara göre vardiya çalışması yapan hemşirelerin %74,8’inde (160), vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %64,6’sında (124) aşırı gündüz uykululuk durumu tespit edilmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çoban ve ark (2011)’nin çalışmasında Epworth uykululuk skalası puanları yoğun bakım hemşirelerinde (vardiya çalışması yapan) servis hemşirelerine (vardiya çalışması yapmayan) kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Sönmez ve ark (2010)’nin çalışmasında vardiyalı çalışan 140 hemşirenin %47,1’inde (193) gündüz uyku hali ve %69,0’ında (293) ise uykusuzluk saptanmıştır. Suzuki ve ark (2005)’nin Japonya’da 4407 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmada vardiyalı çalışan hemşirelerde gündüz aşırı uyku hali ve gündüz uykululuğu %26, uyku kalitesi bozukluğunun hemşirelerin iş verimini kötü etkilediğini ortaya koymuşlardır. Yee ve ark (2002)’nin trafik kazası nedeniyle acil servise başvuran 40 sürücüde yaptığı çalışmasında sürücülerin 10’unda (%25) Epworth skoru yüksek bulunmuştur. Garbarino ve ark (2002) vardiyalı çalışan polislerde uyku bozukluklarını %35,7, sadece gündüz çalışanlarda ise %26,3 olarak bulmuşlardır. Hui ve ark (2002) vardiyalı çalışan otobüs şoförlerinin %40’ında gündüz uyku hali saptamışlardır. Gülbay ve ark (2003) vardiyalı çalışan taksi şoförlerinin %23,7’sinde Epworth skorunu 10 ve üzerinde saptamışlardır. Muşlu ve ark (2012)’nin çalışmasında hastanede çalışan hemşirelerin, birinci basamakta çalışan hemşirelere göre uykululuk ölçeği skorunu daha fazla bulmuşlardır ( $p=0,019$ ). Türkiye’de küçük ölçekli bir işyerinde 224 kişi üzerinde yapılan bir

araştırmanın sonucunda da, çalışmamızı destekler nitelikte vardiyalı çalışmanın gündüz uykululuk durumunu arttırdığı bulunmuştur (Koçoğlu ve Akın 2007).



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri arasındaki farklılığı saptamak ve hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

### 5.1. SONUÇLAR

- Araştırma kapsamına alınan 406 hemşireden 214'ü (%52,7) vardiya çalışması yapmakta iken 192'si (%47,3) ise vardiya çalışması yapmamaktadır.
- Araştırmaya katılan hemşirelere tercih ettikleri vardiya tipi sorulduğunda %65,0'ı sürekli gündüz vardiyasında çalışmayı istediklerini belirtmişlerdir.
- Hemşirelerin kendi değerlendirmeleriyle, uyku kalitelerine 1-10 arasında verdikleri puanlar üzerinden ortalamalar hesaplanmıştır ve sabit gündüz vardiyasında çalışanların uyku kalite puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Çalışanlara çalıştıkları vardiya sonrasında ortalama kaç saat uydukları sorulduğunda vardiya çalışması yapan hemşirelerin uyudukları ortalama süre 6 saat iken vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise uyudukları ortalama süre 8 saat olarak belirtilmiştir.
- Hemşirelerin vardiyalı çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları incelendiğinde; %40,9'u (166) sürekli sosyal yaşantılarının etkilendiğini, %40,6'sı (165) sürekli uyku düzenlerinin bozulduğunu, %24,4'ü (99) sürekli ruhsal açıdan etkilendiğini, %11,3'ü (46) sürekli eş ile ilişkilerinde etkilendiğini, %11,1'i (45) sürekli çocuk ile ilişkilerde etkilendiğini ve %5,4'ü (22) sürekli sık sık hastalandıklarını ifade etmişlerdir.
- Araştırmaya alınan hemşirelerin Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) puanını çalıştıkları vardiya tipine göre incelediğimizde; vardiya çalışması yapan hemşirelerin %74,8'i (160) uykulu, vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin ise %64,6'sı (124)

uykulu olarak bulunmuştur. Vardiya tipine göre EUÖ puanı arasındaki fark istatistikî olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

- Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin EUÖ puanı ile vardiyalı çalışma ile ilişkili olabilecek yaşama ait yakınmaları incelendiğinde; sosyal yaşantısına etkisi, uyku düzeninin bozulması, ruhsal açıdan etkilenme, eş ile ilgili ilişkilerde etkilenme ve çocuk ile ilgili ilişkilerde etkilenme açısından hemşireler arasında fark istatistikî olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

## 5.2. ÖNERİLER

- Vardiya sistemi düzenlenirken gereksinilen uyku temel alınarak, yeterli dinlenmeyi sağlayacak ve gündüz uykululuk durumunu azaltacak biçimde çalışma çizelgesinin düzenlenmesi gerekmektedir. Çalışanların uzun çalışma saatlerini azaltarak uyku kalitesini ve uyku süresini dengede tutmak amaçlı hemşire açığını minimize ederek vardiya sayısı artırılabilir.

- Hemşirelerin fiziksel ve ruhsal açıdan tam bir iyilik halinin sürdürülmesi amaçlı izinler, günlük/haftalık/aylık düzenli bir şekilde verilmelidir. Özellikle vardiyalı çalışma yapan hemşirelerin sosyal yaşamları da göz önünde tutularak yıllık izinler artırılmalıdır.

- Çalışma biçimi, ortalama çalışma süreleri, vardiya başlangıç-bitiş saatleri ve görev tanımları ile ilgili konularda uluslararası ve ulusal kanunların ülkemizde de rasyonel bir şekilde mevzuata uygun düzenlenerek uygulanır hale gelmelidir.

- Vardiyalı çalışma yapan hemşirelerde uyku süresi ve uyku kalitesi normalinden daha az olduğu saptandığından uyku sürelerini normale getirebilecek şekilde belirli periyotlarla hemşireler gündüz vardiyasına alınabilir.

## 6. ÖZET

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

### Vardiyalı ve Vardiyasız Çalışan Hemşirelerin Uyku ile ilgili Özelliklerinin Karşılaştırılması

Esra TAŞ

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA – 2012

Vardiyalı çalışmanın sağlık üzerine pek çok olumsuz etkisi olduğu bilinmesine karşın hemşirelikte vardiyalı çalışanların ve vardiyalı çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Bireyin yaşam kalitesi ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülen uyku, yetersizliğinde özellikle hemşirelerde hem sosyal hem de sağlık sorunlarını arttırmaktadır. Bu çalışmada vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri arasındaki farklılığı saptamak ve hemşirelerin uyku ile ilgili özellikleri ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı araştırma olarak planlanan çalışmanın örneklemini Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan 406 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik özellikler ile çalışma yaşamı özelliklerini sorgulayan anket formu ve vardiyalı çalışmanın uykululuk özellikleri açısından değerlendirilmesi amaçlı Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ) kullanılmıştır. Veriler; ortalama, standart sapma ve yüzdeler şeklinde özetlenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya konmasında Ki-Kare ve t testi uygulanmıştır.

Hemşirelerin %52,7'sinin (214) vardiya çalışması yaptığı, %47,3'ünün (192) ise vardiya çalışması yapmadığı bulunmuştur. Grubun yaş ortalaması  $28,3 \pm 6,5$ 'tir. Hemşirelerin tercih ettikleri vardiya tipini %65,0 oranla sürekli gündüz vardiyası oluşturmuştur. Vardiya çalışması yapan hemşirelerin uyku sürelerinin ortalaması  $6,7 \pm 0,9$ , vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin  $7,11 \pm 0,93$  olduğu saptanmıştır. Uyku kalite değerlendirme puanları ise vardiya çalışması yapanların  $2,6 \pm 0,87$ , vardiya çalışması yapmayanların  $2,99 \pm 0,89$  şeklinde tespit edilmiştir. Hemşirelerin EUÖ skoru ile sosyal yaşantısına etkisi, uyku düzeninin bozulması, ruhsal açıdan etkilenme, eş ve çocuk ile ilgili ilişkilerde etkilenme arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Araştırmaya katılan vardiya çalışması yapan hemşirelerin %74,8'inin (160), vardiya çalışması yapmayan hemşirelerin %25,2'sinin (54) EUÖ skoru 10 ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Vardiya çalışması yapan hemşirelerde gündüz uykululuk durumu saptanmıştır ve uyku kalitesi, uyku süresi düşük bulunmuştur. İnsanlara sağlık hizmeti veren hemşirelerin fiziksel ve ruhsal açıdan tam bir iyilik halinin sürdürülmesi amaçlı vardiya sistemi, çalışanların özel hayatı da göz önüne alınarak mevzuata daha uygun bir şekilde düzenlenmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Epworth Uykululuk Ölçeği; Hemşire; Uyku; Vardiyalı çalışma

## 7. SUMMARY

### **Comparison of the Features Associated with Sleep of Nurses Working and Not Working in Shifts**

Although working in shifts are known to have many negative effects on health, in nursing, the number of those working in shifts gradually increases. The sleep, as the most important variable of health that affects the life quality and situation of well-being of individual, in its insufficiency, increases both social and health problems, especially in nurses. In this study, it is intended to identify the differences between features associated with sleep of the nurses working and not working in shifts and to examine the relationship between the features associated with sleep of nurses and some independent variables.

The sample of study, planned as descriptive study, consists of 406 nurses working in Meram Medical School, Selcuk University. In collecting data, socio - demographic characteristics prepared by the researcher, questionnaire reasoning the features of working life, and Epworth Sleepiness Scale (ESS) aiming at assessing the working in shifts in terms of sleepiness features were utilized. The data were summarized as mean, standard deviation, and percent. In presenting the relationship between dependable and undependable variables, Chi - Square and t- test were applied.

It was found that 52,7% (214) of nurses worked in shifts, that 47,3% (192) did not work in shift. Mean age of group was  $28,3 \pm 6,5$ . The shift type favored by nurses included continuous day shift with the rate of 65,0% . It was identified that mean sleep durations of nurses working in shifts was  $6,7 \pm 0,9$ , that of the nurses not working in shifts  $7,11 \pm 0,93$ . The scores of assessing sleep quality was determined as  $2,6 \pm 0,87$  for those working in shifts,  $2,99 \pm 0,89$  for those not working in shifts. The difference between ESS score of nurses and its effect on her social life and disorder of regular sleep pattern, being influenced in emotional point of view, and being influenced in the relationships with spouse and children was found significant ( $p < 0,05$ ). ESS scores of 74,8% (160) of nurses working in shifts and 25,2% (54) of nurses not working in shifts, among those including in study, were found 10 and over.

In the nurses working in shifts, the sleepiness state in day was determined and sleep quality and sleep duration were found low. In order to sustain the full well - being state of nurses aiming to present health services to humans, shift system must be arranged in accordance with the legislation, considering the private life of employees.

**Keywords:** Epworth Sleepiness Scale; Nurse; Sleep; Working in Shifts.

## 8. KAYNAKLAR

1. Ağargün MY, Çilli AS, Kara H. Epworth uykuölçü ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;10(4):261-7.
2. Ak F. Vardiyalı çalışmanın hemşirelerin fiziksel sağlığı üzerine etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2007.
3. Akça F, Turan Ertem Ü, Keser Özcan N, Demir Işık R, Savran S. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul Medikal Yayıncılık. İstanbul. 2007:410-20.
4. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Dinlenme uyku ve düzensizlikleri. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. İstanbul. 2003:129-39.
5. Akyol Güner T. Çalışma yaşamında vardiya çalışması ve uyku ile ilgili özelliklerin değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak. 2010.
6. Alexandru G, Michikazu S, Shimako H, Xiaoli C, Hitomi K, Takashi Y, Robert WW, Sadanobu K. Epidemiological aspects of self-reported sleep onset latency in Japanese junior high school children. *J. Sleep Res*. 2006;15:266-75.
7. Altıntoprak E, Annette Akgür S, Yüncü Z, Sertöz ÖÖ, Çoşkunol H. Kadınlarda alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008; 19(2):197-208.
8. Assis MA, Kupek E, Nohas MV, Bellisle F. Food intake and circadian rhythms shiftworkers with a high workload. *Appetite*. 2002;40(2):175-83.
9. Atalay M, Sabuncu N, Alpar Ş. Hemşirelik esasları el kitabı: Uyku ve dinlenme. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. İstanbul. 1997: 90-4.
10. Axelsson J, Akerstedt T, Kecklund G, Lowden A. Tolerance to shift work-how does it relate to sleep and wakefulness? *Int Arch Occup Environ Health*. 2004;77(4):121-9.
11. Aydın H, Özgen F. Psikiyatrik bozukluklarda uyku çalışmaları. *Klinik Psikiyatrisi Dergisi* 1998; 1: 89-97.
12. Barton J, Costa G, Folkard S, Smith LR. A battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Standard Shiftwork Index*. *Work and Stres*. 1995a;9:3-30.
13. Barton J, Folkard , Smith LR. A battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. *Standard Shiftwork Index Manual*. *Work and Stres*. 1995b;9:3-30.
14. Baycan C. Emniyet teşkilatındaki vardiyalı çalışma sistemlerinin ergonomik incelenmesi ve alternatif sistemler. [http://www.egm.gov.tr/egitim/dergi/eskisayi/26/yeni/web/Cihangir\\_BAYCAN.htm](http://www.egm.gov.tr/egitim/dergi/eskisayi/26/yeni/web/Cihangir_BAYCAN.htm). 14.11.2011.
15. Berger A, Hobbs B. Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2005;10(4):465- 71.
16. Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. 7 gün-24 saat/ hasta başında Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları. *Türk Hemşireler Derneği*. Ankara. 2008.
17. Birol L. Hemşirelik süreci. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti. İzmir. 2004:51-92.

18. Blachowicz E, Letizia M. The challenges of shift work. *Medsurg Nursing*. 2006;15:274-80.
19. Bohle D, Tilley AJ. The impact of night work on psychological well-being. *Ergonomics*. 1989;32:1089-99.
20. Bonnet MH, Arand DL. We are chronically sleep deprived. *Sleep*. 1995;18:908-11.
21. Brugne JF. Effects of night work on circadian rhythms and sleep. *Prof. Nurse*. Oct. 1994; 10(1):25-8.
22. Camkurt MZ. İşyeri çalışma sistemi ve işyeri fiziksel faktörlerinin iş kazaları üzerindeki etkisi. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*. 2007;20(6):12-7.
23. Carskadon MA, Wolfson AR, Acebo C, Tzischinsky O, Seifer R. Adolescent sleep patterns, circadian timing and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep*. 1998;21:871-81.
24. Caruso CC, Hitchcock EM, Dick RB, Russo JM, Schmitt JM. overtime and extended work shifts: recent findings on illnesses, injuries and health behaviors. *International Labour Office*. USA. 2004:143.
25. Chan MF. Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts. *Journal Clinical Nursing* June. 2009;18(2):285-93.
26. Clissold G, Smith P, Acutt B. The impact of unwaged domestic work on the duration and timing of sleep of female nurses working full-time on rotating 3-shift rosters. *J Hum Ergol Tokyo*. 2001;30(1-2):345-9.
27. Çakırcalı E. Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. 3. Baskı. E.Ü Basımevi. İzmir. 2000:25-36.
28. Çetin E. İlköğretim öğrencilerinin uyku alışkanlıkları ile duygu-davranış sorunları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. İzmir. 2009.
29. Çolak G. Atipik çalışma saatleri ve zorlukları  
<http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=338>. 02.12.2011.
30. ÇSGM. 4857 İş kanunu yönetmelik ve mevzuatlar. [http:// www.calisma.gov.tr](http://www.calisma.gov.tr). 18.10.2011.
31. DeMoss C, McGrail M, Haus E, Crain L, Asche S. Health and performance factors in health care shift workers. *Journal Of Occupational Environmental Medicine*. 2004; 46(12):1278-81.
32. Eke H, Odabaşı M. Kapasite kullanımı açısından vardiya düzeni. M.P.Y. Yayınları. Ankara. 1981:81.
33. Eröksüz R, Karadağ M. Sağlıklı uyku.  
<http://www.uykubozuklugu.uludag.edu.tr/saglikliuyku.htm> - 20k -. 24.10.2011.
34. Eyrenci Ö. Ferdi iş ilişkisinin kurulması ve işin düzenlenmesi açısından yargıtayın 1989 yılı kararlarının değerlendirilmesi. *Değerlendirme semineri 1989*. Ankara. 1991:3.
35. Garbarino S, De Carli F, Nobili L. Sleepiness and sleep disorders in shift workers: a study on a group of italian police officers. *Sleep*. 2002;25:648-53.
36. Gedikli FG. Otomotiv sektöründe faaliyet gösteren bir işyerinde vardiya sistemi ile yapılan çalışmanın sağlık ve güvenlik üzerine etkileri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*. Ankara. 2008.

37. Gülbay BE, Acican T, Doğan R, Baççioğlu A, Güllü E, Karadağ G. The evaluation of excessive daytime sleepiness in taxi drivers. *Tuberk Toraks*. 2003;51(4):385-9.
38. Güleç G. 2003. <http://uykubozuklugu.uludag.edu.tr/dersnotlari001htm>. 22.12.2010.
39. Hughes R, Stone P. The Perils of shift work; evening shift, night shift and rotating shifts: are they for you?. *AJN*. 2004;104(9):60-3.
40. Hui DS, Chan JK, Ko FW. Prevalence of snoring and sleep-disordered breathing in a group of commercial bus drivers in Hong Kong. *Intern Med J*. 2002;32:149-57.
41. Humm C. The relationship between night duty tolerance and personality. *Nursing Standard*. 1996;10(51):34-9.
42. Işığçok Ö. Küreselleşme ve çalışma hayatında esnekliğe ilişkin genel bir değerlendirme. <http://iktisat.uludag.edu.tr/dergi/9/06-ozlem/ozlem.htm>. 06.10.2010.
43. Ito H, Nozaki M, Maruyama T, Kaji Y, Tsuda Y. Shiftwork modifies the circadian patterns of heart rate variability in nurses. *International Journal of Cardiology*. 2001;79:231-36.
44. İncir G. Çoklu vardiya çalışmasının ergonomik tasarımı. MPM Yayınları. Ankara. 1998:162.
45. International Council of Nurses. Nurses and Overtime. 2007. F: ICN.htm. 06.10.2011.
46. International Council of Nurses. Position Statement. Nurses and Shiftwork. 2000. F: ICN.htm. 06.10.2011.
47. İş Sağlığı ve Güvenliği Oda Raporu. [http://bianet.org/files/doc\\_files/000/000/008/.../\\_S\\_GRaporu-TamMetin.doc](http://bianet.org/files/doc_files/000/000/008/.../_S_GRaporu-TamMetin.doc). 15.06.2011.
48. Jeppesen HJ, Kleiven M, Boggild H. Can varying the number of teams in a shift schedule constitute a preventive strategy?. *Rev Saude Publica*. 2004;38.
49. Karagözoğlu S, Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of turkish nurses. *Nursing Outlook*. November- December. 2008;56(6):298-307.
50. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F. Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*. 2007;8(4):234-40.
51. Kıran S, Ayoğlu FN, Güler Ç. Vardiya çalışması. Ed: Güler Ç. *Ergonomi*. Palme Yayıncılık. Ankara. 2004:599-614.
52. Korkusuz R. Vardiyalı (postalar halinde) çalışma ve Türk iş hukuku'ndaki düzenlemesi. [http://www.hukuk.gazi.edu.tr/editor/dergi/IX\\_68-85.pdf](http://www.hukuk.gazi.edu.tr/editor/dergi/IX_68-85.pdf). 04.10.2011.
53. Lafçı D. Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Adana. 2009.
54. Leathert S. Health effects of internal rotation of shifts. *Nursing Standard*. 2000;14(47)34-36.
55. LeBourgeois MK, Giannotti F, Cortesi F, Wolfson AR, Harsh J. The Relationship between reported sleep quality and sleep hygiene in italian and american adolescents. *American Academy of Pediatrics*. January. 2005;115(1):257-65.
56. Leonard R. Night and shift work, Biological and Social Aspects. Pergamon Pres. Oxford. 1980:215-21.

57. Liu X, Liu L, Owens JA, Kaplan DL. Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the united states and china. *Pediatrics*. January. 2005;115(1):266-8.
58. Lumley M, Roehrs T, Asker D, Zorick F, Roth T. Ethanol and coffeine effects on daytime sleepness. *Alertness Sleep*. 1987;10(4):306-12.
59. Meijer AM, Habekothe HT, Van Den Wittenboer GLH. Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *Journal of Sleep Research*. 2000; 9(2):145-53.
60. Miletin MS, Hanly PJ. Measurement properties of the epworth sleepiness scale. *Sleep Medicine*. 2003;4(3):195-9.
61. Monk TH. Shift work: Basic prinsiples. Ed: Kryger MH , Roth T, Dement WC. Principles and practice of sleep medicine. W.B. Saunders. Philadelphia. 2000;673-79.
62. Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, Kara İH. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2012;4(1):17-23.
63. Müftüoğlu O. Yaşasın hayat. Doğan Kitapevi. İstanbul. 2003.
64. Newey CA, Psych M, Hood MB. Determinants of shiftwork adjustment for nursing staff; the critical experience of partners. *Journal of Professional Nursing*. 2004;20(3):187-95.
65. Oginska H, Pokorski J. Fatigue and mood correlates of sleep length in three age-social groups: school children, students and employees. *Chronobiology International The Journal of Biological and Medical Rhythm Research*. 2006;23(6):1317–28.
66. Omaç M. Malatya hastanelerinde çalışmakta olan hemşirelerde kesici-delici yaralanma durumu ve uykululuk düzeyleriyle ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Malatya. 2006.
67. Öncel S. İzmir metropolünde çalışan sağlık personelinin sigara konusundaki tutum ve davranışları. IV. Halk Sağlığı Kongresi. Didim. 1994.
68. Özabacı N. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerde görülen meslek hastalıkları ve nedenlerinin araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 1990.
69. Persson M, Martensson J. Situations influencing habits in diet and exercise among nurses working night shift. *Journal of Nursing Management*. 2006;14: 414-23.
70. Pitsopoulos CN, Greenwood KM. Shift- dependent differences in self-reporting of health symptoms among shiftworkers. *International Journal of Industrial Ergonomics*. 2004;34:187-93.
71. Pronitis D. Surviving the night shift. *AJN*. 2001;101(7):63-8.
72. Resmi Gazete. 4 Kasım 2003 tarih ve 2003/88/EC sayılı Çalışma Sürelerinin Düzenlenmesine İlişkin AB Direktifi. [http:// www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=1736](http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=1736). 09.12.2011.
73. Rogers A, Hwang W, Scott L, Aiken L, Dinges D. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*. 2004; 23(4):202.
74. Ruggiero J, Pezzino J. Nurses perceptions of the advantages and disadvantages of their shift and ork shedules. *JONA*. 2006;36(10):450-3.
75. Sağlık Bakanlığı. Vardiyalı çalışma saatleri. Genelge 2004. [http:// www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)



06.08.2011.

76. Sağlık Bakanlığı. Yönergeler 2002b. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. 2002.
77. Salepçi B, Fidan A, Çağlayan B, Torun E, Durmuş N, Aktürk ÜA, Sur H. İstanbul'da genel bir eğitim hastanesinde çalışanların sigara hakkında bilgileri, davranışları ve sigara içme oranları. Solunum. 2006;8(4),156-62.
78. Sarıcaoğlu F, Akıncı S, Gözaçan A, Güner B, Rezaki M, Aypar Ü. Gece ve gündüz vardiya çalışmasının bir grup anestezi asistanının dikkat ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(2):106-12.
79. Sengezer T. Ülkemizde tütün kontrolünde aile hekiminin rolü ve sigara bırakma yaklaşımı. Aile Hekimliği Dergisi. 2009;2(5-6):60-4.
80. Sezer E. Elazığ ilinde görev yapan hemşire ve ebelerin sigara konusundaki tutum ve davranışları. Sigara Alarmı. Haziran. 1992:2.
81. Shcao MF, Chou YC, Yeh MY, Tzeng WC. Sleep quality and quality of life in female shift working nurses. Journal Advanced Nursing. July. 2010;66(7):1565-72.
82. Smith L, Tangawa T, Takahashi M, Mutou K, Tachihana N, Kage Y, Iso H. Shiftwork locus of control, situational and behavioural effects on sleepiness and fatigue in shiftworkers. Industrial Health. 2005; 43:151-70.
83. Smith MJ, Colligan MJ, Tasto DL. Health and safety consequences of shift work in the food processing industry. Ergonomics. 1982;25(2):133-44.
84. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Uchiyama M. Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. J Adv Nurs. 2005;52:445-53.
85. Sümeyra Ç, Hikmet Y, Gülay O, Koray E, Demet Aydın. Yoğun bakım hemşirelerinde uyku bozukluklarının araştırılması. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. 2011;9:59-63.
86. Şafak C. Çalışma süreleri uygulama kılavuzu. <http://www.sendika.org>. 15.06.2011.
87. Şahin M. 14-17 yaş arası lise öğrencilerinde uyku bozukluğu ve risk faktörlerinin sıklığının belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2006.
88. Şahin Ü. Tekrar uyumak sağlığa zararlı. <http://www.egitimaileforum.com/forums/tekrar-uyumak-sagliginiza-zararli-t20103.html>. 10.11.2011.
89. Takahashi M, Tanagawa T, Tachibana N, Mutou K, Kage Y, Smith L, Iso H. Modifying effects of perceived adaptation to shift work on health. Wellbeing and Alertness on the Job among Nuclear Power Plant Operators. Industrial Health. 2005;43:171-8.
90. Takahashi M, Iwakiri K, Sotoyama M, Higuchi S, Kiguchi M, Hirata M. Work schedule differences in sleep problems of nursing home caregivers. Appl Ergon. 2008;39:597-604.
91. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry. 2006;7:100-8.
92. Tezcan S, Yardım N. Türkiye'de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2003;51(4): 390-7.

93. Türkmen A. Vardiyalı çalışmada işçi sağlığı ve iş güvenliği açısından önemi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 1993:26-7.
94. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN). Sağlıklı istihdam hayatı kurtarır. Uluslararası Hemşireler Günü Bilgi ve Eylem Klavuzu. 2006.
95. Ursavaş A, Ege E. Uyku apne sendromu ve trafik kazaları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(1):37-41.
96. Üstün Y, Çınar Yücel Ş. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4:1.
97. Velioglu P. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. Alaş Ofset. 1999:149-71.
98. Vidacek S, Radosevic-Vidacek B, Kaliterna L, Prizmic Z. The productivity of female shift workers. Arh Hig Rada Toksikol. 1990; 41(4):339-45.
99. Walsh JK, Muehlback MJ, Humm TM, Dickins QS, Sugeran JL. Effect of caffeine on physiological sleep tendency and ability to sustain wakefulness at night. Psychopharmacology. 1990;101(6):271-73.
100. Watanabe M, Akamatsu Y, Furui H, Tomita T, Watanabe T, Kobayashi F. Effects of changing shift schedules from a half-day to a half-day shift before a night shift on physical actives and sleep patterns of single nurses and married nurses with children. Ind Health. 2004; 42(1):34-40.
101. Weyers S, Peter R, Buggild H, Jeppesen HJ, Siegrist J. Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in danish nurses: A test of the effort-reward imbalance model merdic college of caring science. Scand J Caring Sci. 2006;20: 26-34.
102. Wilson J. The Impacts of shift patterns on healthcare professionals. Journal of Nursing Management. 2002;10(1):211-9.
103. Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. Child Development. August. 1998; 69(4):875-87.
104. Yee B, Campbell A, Beasley R, Neill A. Sleep disorders: a potential role in New Zealand motor vehicle accidents. Intern Med J. 2002;32(7):297-306.
105. Yılmaz S, Hacıhasanoğlu R, Çiçek Z. Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. Sted Dergisi. 2006;15(6):92-7.
106. Yüksel İ. Çalışma yaşamı kalitesinin tipik ve atipik istihdam açısından incelenmesi. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2004;5(1):47-58.
107. Zverev YP, Misiri HE Perceived effects of rotating shift work on nurses sleep quality and duration. Malawi Medical Journal. 2009;21(1):19-21.

## 9. EKLER

### EK-A. Anket Formu

Sayın meslektaşım,

*Bu araştırmada vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Araştırma sonuçları bilimsel olarak (tez,makale,vb.) değerlendirilecektir. Elde edilen ham veriler hiçbir şekilde 3. kişi veya kuruluşlara verilmeyecek veya paylaşılmayacaktır.*

*Bilime verdiğiniz katkıdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.*

*Esra TAŞ  
SÜMTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

1) Yaşınız nedir? .....

2) Cinsiyetiniz nedir? 1.  Erkek 2.  Kadın

3) Öğrenim durumunuz nedir?

1.  Lise 3.  Lisans 5.  Diğer  
(Belirtiniz).....  
2.  Önlisans 4.  Yüksek lisans

4) Mesleğiniz ile ilgili en son bitirdiğiniz okul nedir?

1.  Lise 3.  Lisans 5.  Diğer  
(Belirtiniz).....  
2.  Önlisans 4.  Yüksek lisans

5) Medeni durumunuz nedir?

1.  Bekar (LÜTFEN 9. SORUYA GEÇİNİZ) 2.  Evli  
3.  Dul (LÜTFEN 8. SORUYA GEÇİNİZ) 4.  Diğer (Belirtiniz)  
.....

6) Eşiniz çalışıyor mu? 1.  Evet 2.  Hayır

7) Eşiniz vardiyalı çalışma yapıyor mu? 1.  Evet 2.  Hayır

8) Çocuğunuz var mı? 1.  Yok 2.  Var ..... tane

9) Buradaki işinizden elde ettiğiniz gelir yaklaşık olarak ne kadardır? .....TL

10) Ailenizin ekonomik durumunu genel topluma göre değerlendirdiğinizde; en yoksul 1, en zengin 5 diye düşünürseniz ailenizin/kendinizin ekonomik durumuna kaç puan verirsiniz?

1  2  3  4  5

11) Toplam olarak ne kadar süredir (bu hastane dahil) çalışıyorsunuz? .....yıl, .....ay

- 12) Bu hastanede ne kadar süredir çalışıyorsunuz? ..... yıl, ..... ay  
13) Şu andaki servisinizde ne kadar süredir çalışıyorsunuz? ..... yıl, ..... ay

14) Günde kaç saat çalışıyorsunuz?(birden fazla (dönüşümlü) vardiyada çalışıyorsanız çalıştığınız vardiyalara göre işaretleyiniz)

1.  8 saat/gün  
2.  16 saat/gün  
3.  24 saat/gün  
4.  Diğer (Belirtiniz) .....

15) Vardiya çalışması yapıyor musunuz?

1.  Yapmıyorum (sürekli 08-16) 2.  Dönüşümlü vardiya yapıyorum  
3.  Sürekli, aynı, değişmeyen vardiya yapıyorum  
(sadece 16-08, sadece 08-08, sadece 16-24, diğer..)

16) Çalıştığınız vardiyanın hangisi olduğunu belirtiniz. ( Birden fazla (dönüşümlü) vardiyada çalışıyorsanız çalıştığınız vardiyaları işaretleyiniz)

1.  08-16 vardiyası 3.  08-08 vardiyası  
2.  16-08 vardiyası 4.  Diğer (Belirtiniz) .....

17) Hangi vardiya sisteminde çalışmak istersiniz?

1.  Sürekli gündüz 3.  Dönüşümlü vardiyalı çalışma  
2.  Sürekli gece 4.  Diğer (Belirtiniz).....

18) Çalıştığınız vardiyaya göre günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?(birden fazla (dönüşümlü) vardiyada çalışıyorsanız çalıştığınız vardiyaya göre uyuma saatlerinizi yazınız)

1. 08-16 vardiyasında çalışırken Ortalama ..... saat uyuyorum  
2. 16-08 vardiyasında çalışırken Ortalama ..... saat uyuyorum  
3. 08-08 vardiyasında çalışırken Ortalama ..... saat uyuyorum  
4. Diğer..... Ortalama ..... saat uyuyorum

19) Sigara-tütün içiyor musunuz?

1.  Evet,  sigara  puro  pipo (LÜTFEN 21. SORUYA GEÇİNİZ)  
2.  Hayır (LÜTFEN 22. SORUYA GEÇİNİZ)  
3.  Bıraktım (LÜTFEN 21. SORUYU BOŞ BIRAKINIZ)

20) Bırakmadan önce kaç yıl sigara-tütün içtiniz? .....yıl.

Ortalama günde kaç adet içtiniz? .....adet/gün

21) Kaç yıldır sigara-tütün içiyorsunuz? ..... yıl.

Günde kaç adet içiyorsunuz? ..... adet/gün

22) Alkol kullanıyor musunuz?

1.  Hiç kullanmadım 2.  Ara sıra kullanırım  
3.  Kullanırım, haftada ..... kez,.....yıl

23) Günlük çay / kahve tüketiminizi nasıl değerlendirirsiniz? (1-2 bardak→ düşük, 3-4 bardak→ orta, 5 ve üzeri bardak→ yüksek olarak değerlendirilecektir.)

1.  Düşük 2.  Orta 3.  Yüksek

24) Doktor tarafından tanı konulmuş uzun süreli bir hastalığınız var mı?

1.  Yok 2.  Var ise hastalığınız nedir yazınız.....

25) Düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

1.  Yok 2.  Var ise nedir yazınız .....

26) Uyku kalitenizi değerlendirdiğinizde; en ktu uyku için 1, en iyi uyku için 5 diye düşünürseniz kendi uykunuza kaç puan verirsiniz?

1

2

3

4

5

27) Vardiyalı alışma sistemi yaşantınıza ne gibi zorluklar getiriyor?

(Medeni durumunuzu *bekar* olarak işaretlediyseniz 4. ve 5. soruları geçerek diğer sorular için size uygun olan gözlere **X** işareti koyunuz.)

	Hiç	Bazen	Sürekli
1) Sosyal yaşantımı etkiliyor.			
2) Uyku düzenimi bozuyor.			
3) Ruhsal açıdan etkileniyorum.			
4) Eşimle ilişkilerimi etkiliyor.			
5) ocuklarımla ilişkilerimi etkiliyor.			
6) Sık sık hasta oluyorum.			
7) Diğer (belirtiniz):			

## Epworth Uykululuk Ölçeği

Aşırı uykulu olduğunuz zamanlar dışında, aşağıdaki durumlarda uykuya dalma olasılığınız nedir?

**1. Oturur durumda ve gazete/kitap okurken uykuya dalma olasılığınız nedir?**

1.  Kesinlikle yoktur
2.  Az olasılık vardır
3.  Orta olasılık vardır
4.  Yüksek olasılık vardır

**2. Televizyon seyredirken uykuya dalma olasılığınız nedir?**

1.  Kesinlikle yoktur
2.  Az olasılık vardır
3.  Orta olasılık vardır
4.  Yüksek olasılık vardır

**3. Pasif olarak toplum içinde otururken (örneğin sinema izlerken) uykuya dalma olasılığınız nedir?**

1.  Kesinlikle yoktur
2.  Az olasılık vardır
3.  Orta olasılık vardır
4.  Yüksek olasılık vardır

**4. Ara vermeden en az bir saatlik yolculukta uykuya dalma olasılığınız nedir?**

1.  Kesinlikle yoktur
2.  Az olasılık vardır
3.  Orta olasılık vardır
4.  Yüksek olasılık vardır

**5. Öğleden sonra uzanınca uykuya dalma olasılığınız nedir?**

1.  Kesinlikle yoktur
2.  Az olasılık vardır
3.  Orta olasılık vardır
4.  Yüksek olasılık vardır

**6. Birisi ile oturup konuşurken uykuya dalma olasılığınız nedir?**

1.  Kesinlikle yoktur
2.  Az olasılık vardır
3.  Orta olasılık vardır
4.  Yüksek olasılık vardır

**7. Alkol alınmamış öğle yemeğinden sonra sessiz ortamda otururken uykuya dalma olasılığınız nedir?**

1.  Kesinlikle yoktur
2.  Az olasılık vardır
3.  Orta olasılık vardır
4.  Yüksek olasılık vardır

**8. Trafik birkaç dakika durduğunda arabada beklerken uykuya dalma olasılığınız nedir?**

1.  Kesinlikle yoktur
2.  Az olasılık vardır
3.  Orta olasılık vardır
4.  Yüksek olasılık vardır

*Katıldığınız için teşekkür ederiz.*

**EK-B. S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik  
Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Kararı**



T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : B.30.2.SEL.0.20.71.00.281- 3900  
Konu :

Tarih : 10 MAYIS 2010

Sayın  
Prof.Dr. Tahir Kemal ŞAHİN  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi: 22.04.2010 tarihli dilekçeniz;  
"Vardiyalı Vardiyasız Çalışan Hemşirelerin Uyku İle İlgili Özelliklerinin  
Karşılaştırılması" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının Fakültemiz Girişimsel Olmayan  
Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonunun 28 Nisan 2010 tarih ve 2010/024 sayılı  
kararı ve karara istinaden hazırlanmış form ilişikte gönderilmiştir.  
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Hakkı GÖKBEL  
Dekan

Eki: 2

Adres: S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı 42080 –Meram KONYA  
Tel: (0332) 223 65 00 Faks: (0332) 223 61 81  
Web Adresi: meram\_personel@hotmail.com

Bilgi İçin : Personel Şubesi  
Gir.Olm.Klin. Araştır.Komis.

Tel : (0332) 2236504  
Tel : (0332) 2236180



**EK-B.**

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
ERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME  
KOMİSYON KARARI**

**Toplantı Sayısı:02**

**Toplantı Tarihi: 28.04.2010**

**Karar Sayısı:2010/024:** Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Tahir Kemal ŞAHİN' in "Vardiyalı Vardiyasız Çalışan Hemşirelerin Uyku İle İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması " başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 22.04.2010 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, yüksek lisans tez çalışmasının Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Tahir Kemal ŞAHİN' in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

**ASLI GİBİDİR  
28.04.2010**

**Şazer BİLGİN  
Fakülte Sekreteri**

**EK-C. S.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği İzni**



T.C.  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



SAYI : B.30.2.SEL.0.H1.01.00/25273  
KONU : Tez Çalışması

26/05/2010

Sayın Esra TAŞ  
S.Ü.Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

**İlgi** : 18.05.2010 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçenize istinaden; “Vardiyalı ve Vardiyasız Çalışan Hemşirelerin Uyku ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması” konulu tez çalışmanız için hastanemiz hemşirelerine anket çalışması yapmanız uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

*Doç. Dr. Hamdi ARBAÇ*  
**HASTANE BAŞHEKİMİ**

Adres: S.Ü. Meram Tıp Fak.Hastanesi, Akyokuş  
42080-Meram / KONYA.  
Tel: (0332) 223 60 00, Faks: (0332) 223 65 22  
Elektronik posta : [mtiphos@selcuk.edu.tr](mailto:mtiphos@selcuk.edu.tr)  
Web Adresi : [www.meramtıp.com.tr](http://www.meramtıp.com.tr)  
Bilgi için :BAŞHEKİMLİK 223 65 21

K-Q  
TSE-ISO-EN  
9000

Ç-E  
TSE-ISO-EN  
14000

TSE  
ISG-OHSAS  
TS-18001

TSE  
TS-450-IEC 27001  
BGYS

M-C  
TSE-ISO  
10002

## **10.ÖZGEÇMİŞ**

2008 yılında Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulundan mezun oldu. Aynı yıl Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde meslek hayatına başladı ve Tıbbi Onkoloji Kliniğinde devam etmektedir. 2009 yılında S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimine başladı.